



# Salud Pública: una re-visión necesaria

María Báez (Coordinadora)  
Gilberto Bastidas  
Zoraida Castillo Lara  
Marymili Segura  
(Compiladores)

# **Salud Pública: una re-visión necesaria**

# Salud Pública: una re-visión necesaria

Hecho el depósito de ley  
Depósito legal: CA2017000224  
ISBN: 978-980-233-678-4  
Medios y Publicaciones Universidad de Carabobo  
© María Báez (Coordinadora), Gilberto Bastidas, Zoraida Castillo Lara,  
Marymili Segura (Compiladores)  
© Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud,  
Universidad de Carabobo.  
Diseño gráfico y diagramación: Zoraida Castillo Lara  
Revisión y corrección: Gilberto Bastidas, María Báez, Zoraida Castillo Lara  
y Marymili Segura.

Todos los derechos reservados  
Valencia-Venezuela, 2017.  
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.

**María Báez (Coordinadora)**  
**Gilberto Bastidas**  
**Zoraida Castillo Lara**  
**Marymili Segura**  
**(Compiladores)**

**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Departamento de Salud Pública**  
**Universidad de Carabobo**  
**Valencia-Venezuela (2017)**



## 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 al profesor  
Antonio Domínguez*

## Árbitros

Arpaia Ana  
Báez María  
Díaz Ernesto  
Farías Tania  
González Amelia  
Lessire Liliana  
Mejías Norka  
Ortunio Magaly  
Oviedo Gustavo  
Padrón Daniella  
Pérez Amílcar  
Ramírez Carlisbeth  
Rodríguez Ana  
Sánchez Daniel  
Stranieri Mirna  
Vílchez Zully  
Zavala Miyera

## Contenido

Prólogo.....	15
Semblanza del Prof. Antonio Dominguez.....	17
<b>Capítulo I. Re-visiones de la Salud Pública</b>	<b>19</b>
<b>El arco minero y su impacto en la salud pública</b>	
Norka Mejías.....	21
<b>Ruta maternidad segura. Mortalidad materna cero: utopía o realidad</b>	
Inés Valderrama.....	23
<b>Reflexiones acerca de la salud pública en Venezuela en los siglos XX y XXI</b>	
Ariel Reyes.....	25
<b>Gerencia Hospitalaria: Bases para el Plan Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente en Venezuela 2016</b>	
Maiqui Flores.....	37
<b>Alimentación como factor de riesgo en Venezuela</b>	
Mireya Zabala.....	47
<b>Epistemología del hospital venezolano</b>	
Luis Valera.....	53
<b>Gestión en Salud Pública</b>	
Enrique Bolívar.....	61
<b>Tendencia de la investigación en salud pública</b>	
Amilcar Pérez.....	63
<b>La Diversidad Sexual y las Políticas de Salud. Un debate impostergable en Venezuela</b>	
María Báez.....	69
<b>Arteterapia: Arte para sanar</b>	
Zoraida Castillo Lara.....	75

Inclusión social: música, educación, salud pública, una aproximación al sistema nacional de coros y orquestas juveniles e infantiles de Venezuela Eudel Seijas.....	83	Atención primaria de salud para niños con hendidura labio palatino, consideraciones generales Tania Farías, N. Suárez, Eber Serven.....	151
La construcción de un mundo mejor Doctor Yaso.....	93	Atención primaria en salud significado familiar y cuidado neonatal en madres adolescentes Reyna Hernández, Anthony Moreno, Omar Guerrero, Reina Ferrer.....	157
<b>Capítulo II. Epidemiología</b>	<b>95</b>	Promoción sanitaria de los programas de salud mediante la incorporación de herramientas de comunicación social Ridulia Delgado, Enrique Bolívar.....	163
VPH Caracterización de neoplasia intraepitelial cervical en pacientes femeninas que asistieron al Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”, enero -diciembre 2015 Norys Suárez, Rudy Jiménez.....	97	Acondicionamiento en auditorias clínicas internas en centro de salud en Venezuela José Guanipa.....	175
Manejo de enfermedad por el virus del Zika en ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este durante el periodo enero-junio 2016 Aracelis Sarmiento.....	103	El estilo comunicacional y el clima organizacional en el Hospital Dr. Egidio Montesinos Teodoro Vizcaya.....	183
Evaluación microbiológica de aire y superficies en quirófano de centro de salud pública en el municipio Naguanagua estado Carabobo 2015-2016 Gustavo Rodríguez, Noja Izzeddin, Luis Medinas, Luis González.....	113	<b>Capítulo IV. Salud Pública y Determinantes Sociales</b>	<b>193</b>
Incidencia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) en un hospital público, enero-diciembre 2012 Carlisbeth Ramírez, Katherine Piñero.....	125	Ontogenia de los proyectos de vinculación socio comunitaria en organizaciones sociales promotoras del deporte Andrés Ascanio, Everilda Arteaga, Yraima Aguilar.....	195
Prevalencia de relaciones maxilares de los preescolares del C.E.I Julio Castro. Junio-julio 2016 Sabrina Cuadrado, M. Rivas, Brescia Zerpa.....	39	Promoción en salud y participación comunitaria como herramientas para prevenir enfermedad en tiempos de crisis en Venezuela Arnelys Guevara.....	205
<b>Capítulo III. Gerencia de las Organizaciones Sanitarias</b>	<b>141</b>	Conocimiento que posee un grupo de estudiantes de educación básicas acerca de las heridas y sus cuidados Mercedes Rincones, Blanca Salas.....	217
Modelo de calidad total enfocado en los indicadores de gestión para el servicio de odontología María Paez De Sousa.....	143	Salud y bienestar de pacientes portadores de VIH/ SIDA	

Sabrina Paredes, Jorge Pereira, Valeria Quintero, María Báez.....	227
<b>La misoginia: Un acercamiento histórico desde la ciencia</b> Nacy Molina, Nidian Molina.....	237
<b>Reflexiones sobre la fe en el proceso salud-enfermedad: Una mirada socio –antropológica</b> Martha Díaz.....	247
<b>Culto a los santos y simbolismo: Aproximación a una socioantropología de la salud</b> Luisa Rojas.....	255
<b>Corazonar: Una forma epistemológica otra de ver la vida y la salud, desde la interculturalidad</b> María Báez, María Vega.....	267
<b>Violencia criminal en Venezuela: El retorno de las tribus</b> Luisa Figueredo.....	277
<b>El terrorismo suicida la violencia institucionalizada del islam político</b> Iptisam Salame.....	289
<b>Violencia de género un vacío estadístico en Venezuela</b> Anaid Marcano, Yrali Palacios.....	299
<b>Adicción a la nicotina y alcohol en los estudiantes de carreras técnicas en ciencias de la salud, Universidad de Carabobo</b> Avitmar Rodríguez, Magaly Ortunio, Kesia Ramos, Sonia Pérez, Diana Wharwood.....	311
<b>Dinámica de la investigación en salud pública en América latina. Breve reseña</b> Gilberto Bastidas, Daniel Bastidas, Elena Díaz, Yeni Arciniegas, Rosleidy Arismendi, María Laura Antoima.....	325

<b>Capítulo V. Nutrición, Tecnología y Salud</b>	<b>333</b>
<b>Cambios en el perfil glicémico, morbilidades y complicaciones en el individuo obeso sometido a cirugía bariátrica</b> Giselmar Soto, Ismael Ruiz, Rosa Silva.....	335
<b>Diagnóstico serológico de enfermedad celiaca en pacientes que acudieron al laboratorio clínico en el estado Carabobo</b> Alba Herrera, Dora González, Heidi Roballo.....	345
<b>Uso de las TIC en el desarrollo de proyectos de investigación de estudiantes de postgrados en ciencias de la salud</b> Marymili Segura.....	355
<b>Capítulo VI. Salud sexual y reproductiva</b>	<b>365</b>
<b>Experiencias del profesional de enfermería sobre cuidado humano para la prevención de la mortalidad materna</b> Dilma Chacón, Fanny Domínguez, Beatriz Herrera, María Rodríguez.....	367
<b>Interleucina (IL-6) y perfil lipídico en el segundo y tercer trimestre de gestación en adolescentes</b> Ana Hernández, Mariangel Vázquez, Carlena Navas, Dora González, Villamizar Merlin.....	379
<b>Niveles séricos de TSH y T4I en el segundo y tercer trimestre de embarazo en adolescentes</b> Carlena Navas, Ana Hernández, Dora González, Merlin Villamizar.....	387
<b>Capítulo VII. Bioética e información en ciencias de la salud</b>	<b>397</b>
<b>Síndrome de nevus melanocítico: Innovación de la cirugía mínimamente invasiva</b> Maribel Bont, Nancy Ponce, Kezya Pineda, Roberto Quiñonez, Alejandro Prado, Adriana Prince.....	399

## Liderazgo responsable en la complejidad desde la bioética como transdisciplina

Maribel Bont, Juan Rodríguez, Génesis Prada, Limbrenda Pineda, Luisa Ramírez, Gilbana Quintero.....399

## Ética y bioética en la trascendencia del profesional de salud en el siglo XXI: Una orquesta de saberes

Maribel Bont, Yohana Baudin, Leonela Córdova, José Pérez, José Petta, Darwin Pérez.....409

## Escabiosis como enfermedad reemergente: desde la mirada de la bioética social

Maribel Bont, Yelitza Rocca, Yelitza Dama, José Cordero, Oriana Pianerosi, José Ramírez, Ignacio Poggioli.....429

## Liquen plano pilar una enfermedad crónica que deja huellas: Aproximación compleja en la bioética clínica

Maribel Bont, Gisela Sosa, Lidimar Perfetti, Luis Quintero, Angie Pérez, Nahiangelys Peroza.....439

# Prólogo

---

Corresponde a la salud pública, por su enfoque colectivo y por su extenso ámbito de acción promover la salud y prevenir la enfermedad de las poblaciones, para aumentar las expectativas de vida de los individuos que conforman los grupos sociales, para mejorar su calidad de vida y para apuntalar el bien común, en el contexto actual de incertidumbre política, económica y social, si se quiere un espejo de épocas pasadas, pero ahora debido a la mayor capacidad de movilización, interdependencia e interconexión entre los pueblos, esta incertidumbre se ve acrecentada exponencialmente, si nos permiten este término, motivo que marca, diríamos con mayor fervor, que urge la revisión constante en primer lugar de los teorías que conforman a la salud pública como ciencia, y en segundo término de los aspectos socio-sanitarios que mide como tal.

De la revisión constatare de las políticas y proyectos sanitarios, de los programas de formación en salud pública y de las distintas ramas que la nutren, del contexto socio-cultural, de las variables socio-antropológicas, de los adelantos científico-tecnológicos e incluso de los estamentos legales de los países, es que puede sustentarse la verdadera protección de la salud humana, mediante intervenciones en la salud coherente y direccionadas a combatir los factores de riesgo para enfermar. Es así que cobra vital importancia la constante definición de los problemas de salud de la población, en este caso la venezolana, aunque no exclusivamente, de acuerdo a las características de las enfermedades o hechos, con particular interés, por la casuística que muestran, las enfermedades transmisibles y crónicas, y las relacionadas con el estilo de vida y comportamiento.

También, en el tenor de proteger la salud y evitar la enfermedad, debe vigilarse el binomio madre-hijo, la salud sexual y reproductiva, las condiciones medio-ambientales, la gestión de los sistemas de salud y de sus organizaciones sanitarias, el significado familiar de la salud, la atención primaria en salud, la participación de las herramientas de la comunicación social sobre el bienestar, la violencia y en particular la de género y la institucionalizada, el culto y el simbolismo mágico-

religioso que sobre el continuo salud-enfermedad tiene la sociedad, sobre nutrición y tecnología, y especialmente sobre la dinámica de la investigación en salud pública, todos estos aspectos abordados en el presente texto, de forma clara, consistente y de fácil entendimiento para cualquier lector ávido de conocimiento y preocupado por su salud y la de sus vecinos, familiares y amigos.

Salud Pública: una re-visión necesaria, plasma las ponencias y trabajos libres en extenso presentados en las XXII Jornadas y el Congreso Nacional de Salud Pública "Dr. Antonio Domínguez", realizada en el marco del quincuagésimo sexto aniversario del Departamento de Salud Pública adscrito a la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, tuvo como objetivo de revisar y compartir los avances, tendencias, innovaciones y nuevos desafíos en materia de salud pública con los profesionales y futuros profesionales en Ciencias de la Salud.

*María Báez y Gilberto Bastidas*

## **Semblanza del Profesor Antonio Domínguez**

---

El Profesor Antonio José Domínguez Montiel nació en el estado Carabobo un 02 de enero de 1958, terminando la dictadura de Marco Pérez Jiménez, para 1979 ya se había graduado de Bachiller en Ciencias y para 1983 logra el título de Médico Cirujano en la ilustre Universidad de Carabobo, cinco años después recibe la Especialidad en Epidemiología en la Universidad Central de Venezuela y para el año 2001 se hace Doctor en Ciencias Médicas en la Universidad del Zulia. Dentro del Departamento de Salud Pública se desempeñó como coordinador docente y de investigación, y ejerció la Jefatura del mismo por dos periodos, entre el 2002-2004 y entre 2006-2008, realizando excelentes gestiones.

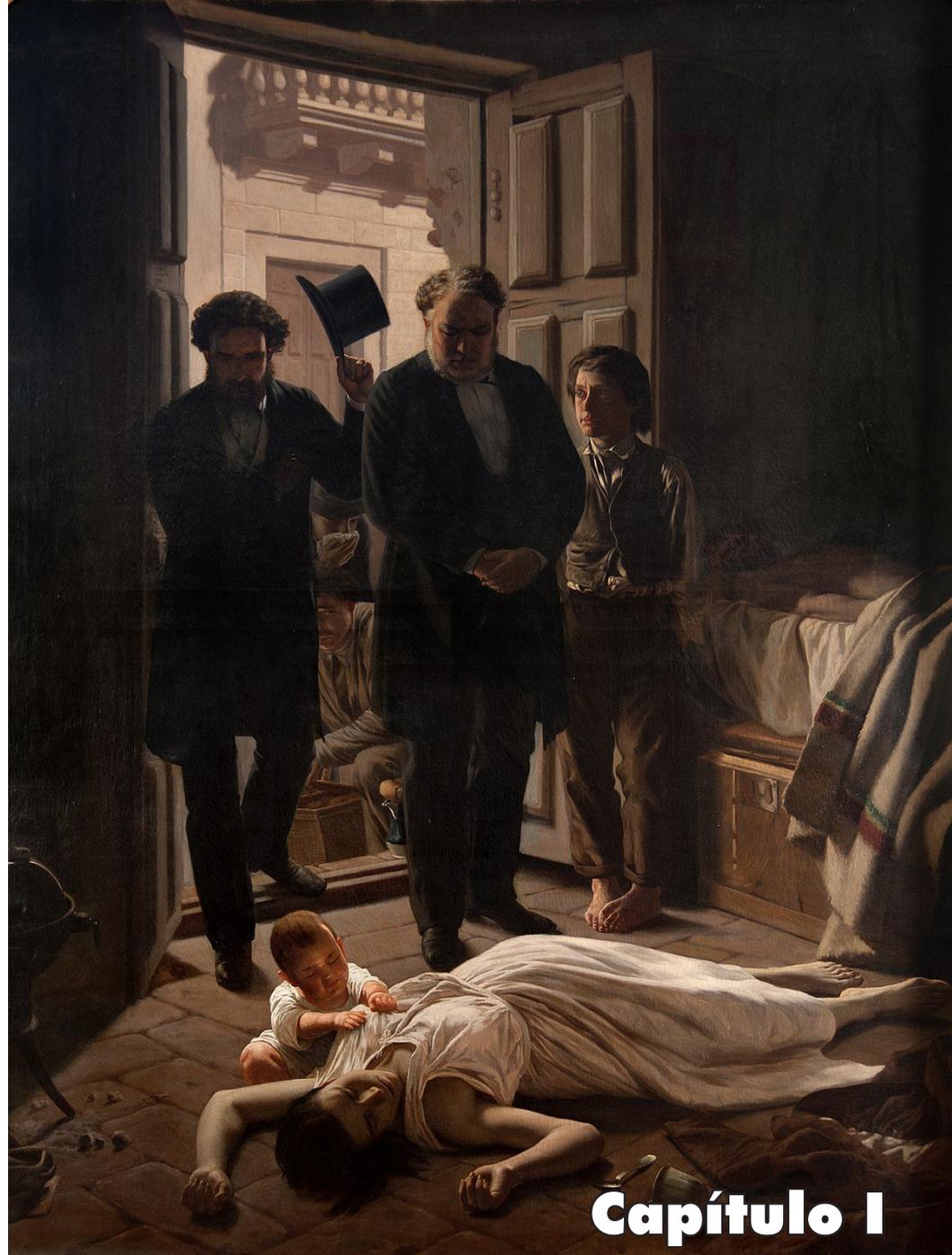
En el Departamento coordinó además el Curso de Gerencia en Salud, la asignatura Medicina Comunitaria, múltiples proyectos de investigación y tesis de grados, y en el ámbito universitario en general fue Coordinador de la Comisión de Salud en IPAPEDI y miembro de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Ciencias Médicas. Igualmente fue coautor de dos libros, tutor de más de 100 tesis de pregrado, de 15 tesis de maestría y de 04 tesis doctorales, y autor de múltiples publicaciones científicas y evaluador en la creación de nuevas carreras de Gerencia en Salud designado por el Consejo Nacional de Universidades.

Asimismo fue representante profesoral del Consejo de Escuela de Medicina, del Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud, del Consejo Universitario y de los egresados, también formó parte de la Comisión de Salud del Consejo Universitario. En el ámbito extrauniversitario se desempeñó como Médico Interno en el Hospital Central de Valencia, Médico Epidemiólogo del Hospital de Bejuma, Sub-Director del Hospital Central de Valencia, Director de la Unidad Sanitaria de Valencia, Adjunto de Atención Médica Regional de Salud del Estado Carabobo, Médico Epidemiólogo del Hospital Central de Valencia y actualmente se desempeña como Director de Salud de la Alcaldía de Valencia.

La actividad gremial también se cuenta entre sus actividades a saber: Secretario de Finanzas del Colegio de Médicos del estado Carabobo, Delegado de la Federación Médica Venezolana, Tesorero del IMPRESS Médico Nacional, Secretario de Finanzas de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y Secretario de Finanzas de FAPUV. Ha sido objeto de distinciones, premios y reconocimientos entre los que destacan: Orden Mérito al trabajo otorgado por el Ministerio del Trabajo en 3era clase, el Botón de la Ciudad de Valencia otorgado por Alcaldía de valencia y Concejo Municipal, y ganador del premio CONABA en sus tres llamados a concurso.

*Edilia Mujica*

Un episodio de la fiebre amarilla  
en Buenos Aires (1871).  
Juan Manuel Blanes.  
Óleo sobre tela. 230 x 180 cm.



**Capítulo I**

**Re-visiones de la Salud Pública**

## EL ARCO MINERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

### Norka Mejias

Comienzo la ponencia informando que el arco minero del Orinoco se ubica en el sureste de Venezuela, específicamente en el Estado Bolívar, con una extensión de 111.846,86 Km<sup>2</sup>, su espacio equivale al 12,2% del territorio nacional, que esta siendo explotado por el gobierno venezolano, con inversión extranjera, en la exploración de minerales como el carbón, el manganeso, oro, hierro, bauxita, cobre, cromo, magnesita, níquel, diamante, fosfato, caliza, feldespato, dolomita, yeso, caolín, grafito y talco. En este sentido, los fines de exploración y explotación, esta zona está constituida en cuatro bloques: el área 1, de 24.717 Km<sup>2</sup> de extensión, que tiene como límite más occidental el Río Cuchivero, donde predomina el coltán y el diamante; El área 2, de 17.246 Km<sup>2</sup> con minerales no metálicos y oro aluvional; el área 3, que comienza en el Río Aro hasta el límite este del Arco Minero, con 29.730 Km<sup>2</sup> donde abunda el hierro y la bauxita; y por último el área 4, que comprende la Sierra de Imataca donde puede extraerse oro, cobre, caolín y dolomita.

El gobierno venezolano pretende con la explotación del arco minero del Orinoco impulsar la actividad minera lícita y ordenada, en este sentido prohíbe la minería a cielo abierto por los temibles efectos que produce sobre el medioambiente, sin embargo, la afectación medioambiental y de salud pública, no pueden del todo evitarse, al respecto los expertos en el área señalan que la actividad minera tiene una fase de exploración, la primera de las etapas del proceso, con estudio geológico para definir la ubicación del mineral; la siguiente etapa consiste en la delimitación del área a explotar, según el mineral y el número de empresas que tienen concesión, aquí en esta etapa como puede presumirse a mayor cantidad de compañías participantes, mayor será el área geográfica impactada en términos de daño al medio ambiente y a la salud.

Debido a esto, entre otros aspectos, a la construcción de vías de penetración, que requiere de deforestación, lo que implica por un lado, el incremento de las enfermedades zoonóticas como la malaria, porque implica la penetración humana al nicho biológico

natural donde se mantiene la transmisión, y por otro un gran daño ecológico. Sumese a este daño del ecosistema la construcción de campamentos y viviendas para los trabajadores, y los espacios que se destinaron para la colocación de maquinarias, y por supuesto, los derrames de combustibles, lubricantes y demás productos propios del oficio de la minería que caen al suelo y en las cuencas de los ríos.

Igualmente se produce desplazamiento de pueblos que por muchos años tienen asiento en la zona y que tienen como sustento la explotación minera, para permitir la entrada de las grandes transnacionales, estos pueblos durante el proceso de traslado dejan los campos mineros con desechos tóxicos y combustibles, como pasivos ambientales, altamente dañinos para el ambiente. Es crucial también mencionar la gran cantidad de agua que se emplea en la minería, por ejemplo, para la extracción de un gramo de oro se requiere 450/1060 litros de agua, líquido vital que para Venezuela proviene en 90,2 de la cuenca del Río Orinoco, vale preguntarse ¿Es realmente beneficioso para el país la explotación de la zona donde se encuentra la principal reserva de agua, animales y plantas?

## **RUTA MATERNIDAD SEGURA. MORTALIDAD MATERNA CERO: UTOPIA O REALIDAD**

**Inés Valderrama**

En esta ponencia se señala que entre los objetivos de la ruta de la maternidad segura se encuentran: lograr la integración funcional del Sistema público Nacional de Salud y mejorar al acceso equitativo de las mujeres embarazadas a los servicios de salud correspondientes. Además se pretende captar a toda embarazada; realizarle diagnóstico de riesgo; asegurar la atención y calidad del control prenatal; llevarlo al parto seguro y planificación familiar; habilitar los comités de seguimientos en todos los niveles de atención, y disminuir los riesgos en la atención, ya que, el embarazo, parto y puerperio son las principales causas de morbilidad-mortalidad (cada año 800.000 mujeres fallecen por estas causas) y discapacidad entre las mujeres.

La ruta de la maternidad segura en el niño implica el registro neonatal, la primera consulta y control de niños (as) sanos, diagnóstico y despistaje de malformaciones y otros trastornos, inmunizaciones y lactancia materna exclusiva por los seis primeros meses. En la madre el control prenatal pretende la identificación de factores de riesgo, edad gestacional, condición y crecimiento fetal y condición materna. Asimismo, se persigue la educación materna y al núcleo familiar. Todo esto con servicios con alta calidad en salud como lo establece la OMS, es decir, que tengan alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, mínimo riesgo para la usuaria y alto grado de satisfacción por parte de la usuaria

A continuación se mencionan las acciones realizadas: Capacitación y sensibilización (talleres, foros, clases magistrales); discusiones y análisis de casos y cursos de obstetricia básica. Asimismo se crean dos (2) escuelas Materno Fetales (ambulatorio de la Isabelica, y Lomas de Funval); preparación de enfermeras centinelas empoderadas con la normas de salud sexual y reproductiva en la red ambulatoria y hospitalaria; reuniones semanales, monitoreo y supervisión de la aplicación de la Norma Oficial de Salud Sexual y reproductiva y protocolos de atención de emergencia obstétrica; enlace con fiscal y defensor de los derechos para evitar violencia obstétrica; incentivo para la atención del parto

de bajo riesgo en los ambulatorios urbanos; inauguración de la maternidad en ambulatorio de la Isabelica.

Se señalan los nudos críticos a resolver: Baja captación en la red de atención comunal Barrio Adentro; captación tardía de la gestante; baja calidad de información recolectada; poca eficacia y eficiencia de los equipos de seguimientos; muy baja cobertura de las consultas prenatales; muy baja cobertura de las consultas de planificación familiar; bajo nivel de participación comunitaria; consultas prenatales de baja calidad; y elevada tasa de morbilidad y mortalidad neonatal.

Finaliza la ponencia con las estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna y neonatal, estas son: Mejorar el acceso y calidad de atención Materna, por personal calificado; incrementar la capacidad resolutive de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal; difusión en campañas masivas de comunicación; uso obligatorio en el posparto inmediato del alfa metil dopa y de sulfato de magnesio como medicamento de primera elección en todos los casos de preeclampsia y eclampsia; disminución de cesáreas. Evitar la primera cesárea por complacencia; desalentar y sancionar el maltrato e indiferencia en los hospitales "Violencia Obstétrica"; y desalentar al máximo la referencia de casos, cero rechazo, enfrentar la emergencia obstétrica.

También menciona como estrategia integral el reforzamiento en todos los centros de salud y en escuelas de medicina del Estado el conocimiento y apego a los lineamientos técnicos de "prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica; de la preeclampsia/eclampsia y el parto humanizado", y las normas de la salud sexual y reproductiva; Disposición oportuna de sangre y hemoderivados; y ampliación de la Red de Casas de abrigo (apoyo a la Mujer Embarazada).

## **REFLEXIÓN ACERCA DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA EN EL SIGLO XX Y XXI**

**Ariel Reyes**

En el Siglo XX, la salud pública en Venezuela la podemos describir en tres períodos históricos: Primer período: Inicio de la salud pública en el país con actividades de higiene y salubridad pública (sanitarismo); segundo período: Creación del MSAS y el auge e implementación de la salud pública integral (Preventivismo); y tercer periodo: Declinación de la salud Pública.

### **PRIMER PERÍODO**

#### *La Salud Pública en Venezuela de 1909 a 1935*

En esta etapa de la salud pública en Venezuela, primeros inicios del sanitarismo ( específicamente la higiene y salubridad pública: las instituciones sólo funcionaban en caso de brotes epidémicos de forma que al alejarse las emergencias cesaban sus actuaciones y en la aplicación de controles sanitarios en determinadas ciudades, puertos, en las inspecciones de alimentos, bebidas y medicamentos, sin vigilancia y control epidemiológico.

Se crea la Dirección de Higiene y Salubridad Pública, la Oficina de Sanidad Nacional, y se implementa la primera Ley de Sanidad Nacional. En la Ley de Sanidad Nacional, se establece el saneamiento ambiental y control de endemias rurales; la aplicación de vacunaciones anti-variolica y anti-tífica. Se intensifica la lucha contra la fiebre amarilla urbana, los servicio de inspección de farmacias y profesiones médicas, de Institutos de Enseñanza y además de la inspección de casas.

La Oficina de Sanidad Nacional, realiza los primeros trabajos para identificar los vectores del paludismo, la anquilostomiasis e investigaciones dirigidas a identificar y/o establecer la existencia de diversas enfermedades en el país como: bilharzia, chagas y las transmitidas por hongos, acáros entre otras. La Dirección de Higiene y Salubridad tenía las siguientes atribuciones: el estudio sobre la profilaxis de enfermedades contagiosas, cuarentenas, cordones sanitarios, lazaretos ( hospital o instalación similar, más o menos aislada, donde se trataban enfermedades infecciosas como la

lepra), propagación de vacunas y sueros, acueductos, importación y elaboración de alimentos, construcciones de habitaciones higiénicas, edificios, asistencia pública, estadística médica, profilaxis de la tuberculosis, alcoholismo, sífilis y protección al niño, la madre y adultos en general. Además esta dirección debía proceder a elaborar los proyectos de leyes sobre higiene pública que el gobierno propondría a la consideración del gobierno nacional. A partir de 1930 se crea el Ministerio de Salubridad cuyas funciones fueron la inspección de los servicios sanitarios de las Municipalidades, obras sanitarias; Leprocomios; Estaciones Cuarentenarias; Sanatorios; y la Aplicación de las disposiciones legales: Médicos-farmacéuticas, este despacho permaneció 6 años hasta 1935.

Datos Estadísticos en este período: Venezuela contaba para estos años de la década de los 30, con una población de aproximadamente 3.364.347 habitantes, 71% de estos pobladores estaban ubicados en las zonas rurales donde predominaba el hacinamiento, malas condiciones de higiene y salubridad que resultaban los más golpeados por el paludismo, anquilostomiasis, tuberculosis, mal de chagas, disentería amebiana, bilharzia, elefantiasis, las infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades como las diarreas, dermatitis y la escabiosis. Hasta 1935, más del 50% de las muertes eran causadas por enfermedades infecciosas entre las cuales se señalan la tuberculosis, el paludismo, la disentería y diarreas concentraban la más alta proporción, con una esperanza de vida de 38 años producto de una mortalidad que oscilaba entre 25 por mil habitantes.

## SEGUNDO PERÍODO

### *La Salud Pública en Venezuela desde 1936 a 1960*

Se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936, comienza con una orientación integral de lo preventivo y lo curativo es el auge de la salud pública en nuestro país con el preventivismo, este caracterizó por la puesta en marcha de la Salud Pública Integral en todo el territorio nacional por medio de la promoción, prevención, saneamiento ambiental, recuperación de la salud, investigaciones en salud pública y se incentiva la propaganda sanitaria relacionada con la educación pública de salud en todo el país.

Entre los científicos e intelectuales de la época que estuvieron a cargo del MSAS, se señalan los siguientes: Ministro Dr. Enrique Tejera, que establece tres grandes prioridades, control de la malaria, de la tuberculosis y la mortalidad infantil. Se expuso como motivo la importancia de la higiene pública; Dr. Arnoldo Gabaldón, dirige la campaña contra el paludismo; Dr. Pastor Oropeza, en pediatría; Dr. José Antonio Baldó, en tuberculosis; D. Francisco Rísquez, preside la cruzada venezolana sanitario-social y Dr. Gustavo H. Machado al frente del Consejo Venezolano del Niño.

El MSAS, a partir de 1936 inauguró instituciones como: el Puesto de Socorro de Santa Teresa, en Caracas; el Instituto de Oncología Luis Razetti; el Hospital Carlos J. Bello, de la Cruz Roja Venezolana (CRV); el Instituto de Puericultura y la Casa-Cuna; la Maternidad Concepción Palacios; y numerosos centros asistenciales; además contribuyo en la construcción de cloacas; acueductos; drenajes; implementación del saneamiento y obras de riego. En consecuencia, las tasas de mortalidad y morbilidad bajaron y la población venezolana creció.

En materia de salud se crea el Instituto Nacional de Higiene, y se erige el Hospital Antituberculoso de El Algodonal, con la creación de estas instituciones se llega a un sector más amplio en cobertura de atención médica de la población en el país. El punto de partida del MSAS, en 1936, consistió en plantearse como objetivos de la higiene rural la lucha contra la anquilostomiasis, el paludismo, la tripanosomiasis y lepra. Objetivos en los centros urbanos: acciones que permitieron que se implementaran: el servicio de agua potable, leche pasteurizada, lucha contra los mosquitos, moscas y la distribución de redes de cloacas en todo el territorio nacional.

En 1938, llega Santiago Ruesta médico español a Venezuela, contratado como asesor técnico del MSAS, tuvo influencia importante en el desarrollo de la salud pública, de las unidades sanitarias, impulsor de las regiones sanitarias, participó en la fundación de la revista Unidad Sanitaria, y en la creación de la Sociedad Venezolana de Salud Pública. Las Unidades Sanitarias existían en cada una de las principales ciudades del país. A Venezuela también llegó el Dr. Antonio Ortiz Landázuri, médico español para poner en marcha las Unidades Sanitarias.

Cada Unidad Sanitaria, concentraba los recursos disponible en función de las características y necesidades de cada grupo de población. Estuvieron coordinadas por los programas (MSAS) de la lucha antipalúdica, antituberculosa, el de la erradicación de la lepra y de las enfermedades venéreas, además del programa de Higiene Materno- Infantil. Se creó también la oficina de Ingeniería Sanitaria por parte del M.S.A.S, que puso en marcha programas de acueductos y viviendas rurales y, luego, con la creación del Instituto Nacional de Obras Sanitarias (INOS) se empezó a dotar a las ciudades venezolanas de redes de cloacas y de un suministro constante de agua potable.

La creación del Instituto Nacional de Higiene y del Instituto de Nutrición aportaron al MSAS los conocimientos acerca de las enfermedades y de las alternativas de alimentación de la población venezolana. El MSAS creó las Regiones Sanitarias a nivel Nacional, Estatal y Municipal beneficiando a todos los núcleos poblados del país, eran organismos intermediarios entre los departamentos sanitarios - asistenciales locales y las direcciones del despacho del ministerio. El MSAS afrontó el problema de salud y lo redujo a tres aspectos fundamentales: Defensa, Fomento y Restitución de la salud. La intención de la administración sanitaria venezolana fue la unificación de todos los programas y servicios que conllevo a la implementación de una salud pública integral en el país.

Datos Estadísticos en este Período: Se reducen a niveles bajos la mortalidad por enfermedades como la tuberculosis, enfermedades venéreas (sífilis), de la viruela, sarampión y bilharzia a nivel nacional. Estas condiciones permitieron que Venezuela bajará sus altas tasas de mortalidad, su población creciera y llegara a alcanzar, a finales del siglo XX, a una esperanza de vida de 70 años o más. Para mediados del siglo XX, mejoraron la tasa de mortalidad general, infantil y la expectativa de vida de la siguiente manera: La tasa mortalidad general pasa de 28 por mil habitantes en 1936 a 9,6 por mil habitantes en 1955. Tasa de mortalidad infantil en 1936, de 137,5 a 62,5 por mil habitantes en 1955 y la expectativa de vida subió de 47 años en 1936 a 62,5 años en 1955.

Otro aspecto importante es que el Perfil Epidemiológico sufrió igualmente profundos cambios, las enfermedades infecciosas transmisibles, ceden sus puestos a las causas de muerte por accidentes

y enfermedades degenerativas no transmisibles. Los logros alcanzados desde 1936 hasta la década de 1950 en la lucha antimalaria fueron extraordinarios la tasa de mortalidad paso de 164 por 100.000 habitantes a 8,5 por 100.000 habitantes y 12 años después en 1962 fue de ninguna muerte. En 1960, 418.842 Km cuadrados del territorio nacional habían quedado libres de malaria.

El impacto sanitario positivo de este período puede ser ilustrado al constatar que la esperanza de vida al nacer se elevó entre 1950 y 1962, de 58,8 a 66,4 años. De igual manera, la tasa de mortalidad infantil, que para el año 1950 era de 78,8, para el año 1962 fue de 48,2 por mil nacidos vivos. Para 1960 ya el 67,4% de la población era urbana y se había controlado la malaria en el país.

El largo período de predominio de la Salud Pública como derecho y responsabilidad estatal, iniciado en 1936 se tradujo en el desarrollo de una eficiente red de servicios de salud, control de endemias rurales, ampliación de cobertura sobre todo rural, formación de talento humano clínico, de salud pública y el desarrollo de una comunidad científica en salud. Desde 1936 hasta finales de la década de los años 1950, fue llamada la época de oro en salud pública por su repercusión sobre el saneamiento básico y el control de las endemias rurales en el país.

### TERCER PERÍODO

#### *La Salud Pública en Venezuela desde 1960 al 2000*

Se aprecia el declive de la salud pública en el país, predominio de la atención médica curativa en detrimento de la salud pública integral (promoción, prevención y saneamiento).

Se fortalece la política de atención primaria de salud, con énfasis cada vez mayor en los aspectos de promoción y prevención; con participación creciente de las comunidades en la planificación, ejecución, evaluación y control en las actividades del área de la salud, esta actividad no cubrió las demandas de salud de la población urbana y rural. Se implementa el programa de Medicina Simplificada para dar cobertura asistencial a la población rural dispersa y desasistida, no dio buenos resultados que se esperaban en salud.

El deterioro en los recursos disponibles y en la economía desde mediados de los años 60, repercutió en un quebranto importante en la salud de los venezolanos e impidió al MSAS responder a los cambios

demográficos y de la situación de salud, en la población urbana. Los costos crecientes de la atención médica curativa comenzaron a ser percibidos como una carga que afectaba las acciones de promoción y prevención, comenzaron a resurgir las ideas reduccionistas en las políticas de salud pública, y fue acumulándose una deuda social sobre todo a nivel urbano con la implementación de la atención médica curativa.

Desde mediados de los años 60, las decisiones sobre políticas de salud pasaron a estar determinadas por la “necesidad” de recuperar costos (transferir los costos de la atención médica a la población en los hospitales públicos) y el Ministerio se desliga de la responsabilidad de la rectoría y de gestionar los establecimientos de atención médica. Se estimuló la descentralización de los servicios en múltiples organismos nacionales, estatales y municipales, redujo el gasto público, hubo un deterioro intensivo de las capacidades del MSAS para conducir y ejercer la rectoría, y se propició el desarrollo de la atención médica privada. Progresivamente se construyó el predominio del sector privado y la subordinación de lo público a los intereses lucrativos del mercado.

En las décadas de los sesenta y setenta se desarrolló en Venezuela, por parte del MSAS un modelo curativo hospitalario, facilitado por la exportación petrolera que permitió la compra de equipos y tecnología médica en los grandes hospitales del país con la idea que podían dar respuesta a la demanda de salud de la población, esto permitió el incremento en el gasto en salud a expensas de la parte curativa que no satisfacía las necesidades de la población y se estancaron los programas preventivos.

En la década del setenta se había descuidado la prevención y saneamiento a todos los niveles, a pesar del boom petrolero de altos ingresos a la Nación, las enfermedades infectocontagiosas sufrieron un incremento en los sectores rurales y marginales urbanos del país. En el año 1978 se implementa la Atención Primaria de la Salud. Se instalaron en el país los “Módulos de Servicios” con prestación de atención médica curativa y preventiva en zonas marginales urbanas, que tampoco resolvieron la situación de salud en el país. En los años 80 y en los 90 se conforma una nueva institucionalidad de la salud en el país, con reformas contraria a la salud pública y de corte anti-popular. Estas reformas neoliberales reforzaron la liquidación de lo

público en salud y su subordinación a lo privado.

Las reformas del sistema de salud realizadas hasta 1998 seguían siendo deficientes e inequitativas. El enfoque de “salud de las poblaciones” y los principios que inspiraron a los fundadores del MSAS, se habían desviado hacia servicios curativos ineficientes e insuficientes que no solucionaron las necesidades sanitarias de la población y no se logró articular los esfuerzos del sector público y privado en salud en el país.

Para 1998 se aprobó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. En la misma se consagra la institucionalidad de salud y se liquidan las posibilidades del MSAS en su responsabilidad rectora, se consagra la fragmentación o división del sistema nacional de salud, la transferencia de las responsabilidades públicas y costos a la población y se fortalece el papel de las ONG’s como intermediarias substitutivas de la responsabilidad del Estado y se incrementa más aún la privatización de la salud.

## La Salud pública en Venezuela en el Siglo XXI

En nuestro país el MSAS, en el siglo XXI, siguió con la política sanitaria implementada a finales de la década del siglo XX, se centralizan los servicios de salud en todo el país ( los presupuestos asignados por parte del MSAS a las diferentes regiones del país en materia de salud, no están acordes con las necesidades reales de atención médica curativa y preventiva que requieren los presupuestos de los establecimientos dispensadores de salud (ambulatorios y hospitales) en todo el territorio nacional. La situación en salud pública empeora inmersa en conflictos de todo orden (laborales, infraestructura, insumos, cantidad y calidad de personal, costos, precios y controversias con el sistema de salud privado).

Otros aspectos importantes en este siglo son:

Desmantelamiento de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, llevando a que se incrementen las enfermedades reemergentes infectocontagiosas que habían sido controladas en todo el territorio nacional (paludismo, Tuberculosis, dengue, mal de chagas y las infecciones de transmisión sexual y Difteria entre otras) y aparezcan nuevas enfermedades emergentes como el virus del Chikungunya, y Zika.

En el caso de la morbilidad y mortalidad no se registran cifras estadísticas en el Anuario del Ministerio de Salud desde el año 2012 hasta la presente fecha en el país. Lo cual impide realizar programas de promoción, prevención y saneamiento por no tener estos indicadores de salud actualizados. La presencia de Infraestructura inadecuada y deteriorada en el sistema de salud de Barrio Adentro, Ambulatorios y centros hospitalarios, además de servicios de agua y luz deficiente, déficit en medicamentos, equipos e insumos médicos y quirúrgicos, robos, hurtos e inseguridad, los programas de salud pública no coordinados e implementados por parte de Barrio Adentro, Ambulatorios y centros hospitalarios del MSAS en el país.

La Hiperinflación del país: merma el poder adquisitivo del individuo para la compra; los problemas nutricionales: Sobrepeso, obesidad y desnutrición en estratos sociales pobres y marginales; seguro HCM: Alto costo económico y de cobertura que debe pagar el paciente no cubre las necesidades de exámenes especiales y de intervenciones quirúrgicas en las clínicas privadas. Todos los aspectos señalados anteriormente constituyen actualmente un problema de salud pública en el país.

### Propuestas en Salud Pública en Venezuela en el siglo XXI

- Aplicar las políticas públicas de salud, contenidas y consagradas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en sus Artículos 83, 84 y 85.
- Los planes de salud deben incluir medidas a ser aplicadas en el corto, mediano y largo plazo, buscando construir un gran acuerdo nacional, con el apoyo de todos los sectores del país, de modo que los objetivos en salud pública se mantengan y perfeccionen en el tiempo para obtener los resultados deseados.
- El mejor sistema de salud es aquel que ofrezca la mejor asistencia individual a la población, y la política de salud debe orientarse a modernizar nuestro sistema de salud a fin de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de la condición económica, social o laboral de los ciudadanos.
- Proponer la creación de una alianza de cooperación y coordinación entre el Estado y el Sector Autosustentable (Asociación Venezolana

de Clínicas y Hospitales), en pro de la salud de los venezolanos para garantizarles equidad, accesibilidad, calidad, seguridad y eficiencia de los servicios. Todo ello, bajo un esquema que incluya rectoría y financiamiento que garanticen la prestación del servicio a la población, a través de un sistema mixto constituido por la red pública de salud y la red de servicios autosustentable, cada uno cumpliendo unas funciones plenamente identificadas, a fin de garantizar el derecho fundamental de la salud.

- El MSAS debe incrementar el gasto público en actividades de atención preventiva (fomento y promoción en salud), y de saneamiento ambiental dirigidas a escala nacional a la población Venezolana para controlar las enfermedades infectocontagiosas y prevenir las enfermedades no transmisibles mediante labores educativas.
- Implementar campañas educativas a través de los medios de comunicaciones dirigidas a toda la población por medio de propaganda continua y permanente en televisión, radio y otros medios que estén relacionadas con la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, no transmisibles, vacunaciones, control materno infantil, de higiene ambiental y prevención de accidentes entre otras en nuestro país, para mayor cobertura poblacional.
- La prevención debe promoverse en los ámbitos laborales, educativos y medios de comunicación. El dinero invertido en prevención permite ahorros significativos en la fase de curación y rehabilitación, liberando recursos que pueden destinarse a la atención de pacientes con patologías no prevenibles.
- Asignar mayor presupuesto al Instituto de Malariología y Saneamiento Ambiental, para que se reactiven las actividades educativas de prevención y de saneamiento (fumigación) en todo el territorio nacional.
- Realizar actividades sanitarias, comunitarias y preventivas en alcaldías, gobernaciones y municipios conjuntamente con el equipo de salud de los respectivos ambulatorios para concientizar a la población en relación a las medidas de prevención que deben realizar en sus respectivas comunidades para prevenir las enfermedades transmisibles y no transmisibles a nivel nacional.

- Poner en práctica un amplio plan de higiene pública, en el medio rural y urbano determinando mediante un censo los principales problemas epidemiológicos presentes en las diversas regiones y estados del país y sus comunidades relacionados a las enfermedades infectocontagiosas, no transmisibles para prevenir estas enfermedades.
- La administración de la salud debe ser descentralizada, manejada desde las regiones, mediante una gerencia profesional que administre de manera eficiente los recursos dirigidos hacia la salud. Los tres niveles de atención (nacional, regional y municipal), deben ser administrados y financiados por Gobernaciones, Alcaldías, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Poder Central (MSAS). Para ello, es fundamental restituir la administración y los recursos económicos a las gobernaciones y alcaldías en materia de salud.
- En estas instituciones mencionadas definir prioridades para la asignación de recursos, basándose en criterios de necesidad de la salud y costo-efectividad de las intervenciones, mejorando los sistemas de información que aseguren rendición de cuentas y evaluación de las políticas implantadas.
- La selección y formación del recurso humano profesional y del personal auxiliar adecuado en todas las áreas de la salud pública, debe ser calificada, evitando el ejercicio ilegal de la medicina. Todo personal médico debe estar debidamente acreditado de acuerdo a las leyes venezolanas.
- La Infraestructura física y demás servicios públicos en los centros de salud pública debe ser óptima, por lo que el mantenimiento de los mismos juega un papel fundamental, para ello, se debe asignar un presupuesto justo para mantener estas estructuras y funcionamiento.
- Dotar a los Centros de Atención médica con todos los insumos necesarios (médicos, quirúrgicos y reactivos), así como con equipos adecuados con tecnología de última generación. Es vital la formación del recurso humano idóneo para la correcta utilización de los equipos médicos, así como todo lo requerido para su óptimo mantenimiento.
- Una buena política de salud debe consolidar las fuentes de financiamiento del sector público, fortalecer el sistema inter-

gubernamental de salud, combinar a prestadores de servicios públicos y privados, enfatizar en el cuidado integral y la prevención, y convertir al Ministerio de Salud en un organismo rector, regulador, coordinador, y financiero de la salud del país

- Proponer reformas tendientes a construir una red de protección social, preventiva y de salud eficaz, eficiente y sostenible para ser implementada a escala nacional en la comunidad venezolana.

## Reflexión Final

La Promoción, Prevención y control de las enfermedades infectocontagiosas y no transmisibles en el país se convierte en un derecho fundamental en salud pública, se debe destinar una mayor cobertura, eficiencia y efectividad, carácter científico y humanístico a estas actividades que nos llevaría a grandes cambios en beneficio de la salud en la población venezolana.

Los permanentes cambios en los factores y agentes que afectan la salud de las comunidades, debe considerarse como un proyecto de reflexión del presente y como una esperanza futurista, dadas las variaciones de las causas que afectan la salud y la realidad de la posible afectación de la misma en nuestro país.

El ejercicio de la salud pública amerita de innovaciones y de estrategias dinámicas en concordancia con otras disciplinas y saberes, es decir, las decisiones y/o opiniones a ser tomadas en salud pública requieren de un consenso con otras disciplinas del conocimiento (interdisciplinarias).

Se requieren reflexiones que permitan enriquecerse con el desarrollo de las temáticas en esta área y los cuestionamientos que se puedan plantear a los expertos en esta disciplina de la salud, reflexiones que nos inducirán a preguntarnos sobre el devenir próximo en la conciencia de que la posibilidad de lo alternativo es el futuro y es un intento por encontrar un sentido nuevo a las demandas y contingencias en salud.

Estas reflexiones requieren de una gran integración por parte del Estado, ONG, Empresa Privada, el Ministerio de Salud y la Academia en Venezuela para beneficio de la salud pública del país.

## GERENCIA HOSPITALARIA: BASES PARA EL PLAN NACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN VENEZUELA 2016

### Maiqui Flores

La palabra calidad tiene su origen en el latín, y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según La Sociedad Americana Para el Control De Calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente” (1).

La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50, teniendo como objetivo lograr evitar desperdicio de costo en productos mal hechos. En el afán de incorporar la calidad en todos los procesos, conciben conceptos tales como el Control de Calidad Total (TQC, siglas en inglés) y la Gestión de la Calidad Total (TQM siglas en inglés) (2).

Joseph Juran (2001), menciona que “Así como el siglo XX fue el siglo de la productividad, el siglo XXI será el siglo de la calidad”. Esto implica incorporar filosofías, conceptos, métodos y herramientas para gestionar la calidad, la participación del personal en el mejoramiento permanente de la calidad y la aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios (3).

La evolución histórica de la calidad en salud en un principio estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión. Ya desde la antigüedad existían leyes que protegían al enfermo. Una de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 a.C. quien, así como el Juramento Hipocrático indica las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo (4).

Posteriormente fue Florence Nightingale, quien incorpora la metodología del análisis de la situación e incorporación de medidas de intervención para mejorar resultados. Durante la guerra de Crimea (1858), estudió las tasas de mortalidad en los hospitales logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40% a un 4%.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia de normas y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano. En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 basados en los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales. En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH), organismos que permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad (5).

En 1961 Donabedian publica el artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados (6).

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta elaboran un conjunto de documentos compilados en el llamado Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios incorporando las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM siglas en inglés), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad. La calidad de los servicios de salud constituye uno de los objetivos permanentes en todos los sistemas de salud en la Región de las Américas.

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, que surge en respuesta al acuerdo adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en su Resolución WHA55.18 “Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente” donde se insta a los Estados miembros a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente” y a “establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención”. Esta iniciativa tuvo su lanzamiento en octubre del 2004 (7).

En octubre 2007, durante la 27.a Conferencia Sanitaria

Panamericana, en la Sesión 59ª del Comité Regional, se emite la Resolución CSP27.R10 (8) sobre “Políticas y Estrategias Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del paciente”, estableciendo las siguientes estrategias regionales o líneas de acción:

### **1. Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial:**

- Diálogo de políticas con autoridades nacionales con el objeto de incorporar la calidad y seguridad del paciente en las políticas sectoriales y procesos de reforma del sector
- Participación y abogacía activa en diversos foros globales y regionales
- Firma de compromisos políticos para la acción. Se espera que en diciembre de 2008 al menos 20 países de Latinoamérica y el Caribe hayan suscrito el compromiso con el Primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: “Una atención limpia es una atención más segura”
- Identificación y orientación de líderes – “embajadores” – en pro de la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- abogacía por la incorporación de la calidad y seguridad del paciente en el currículo de formación de los trabajadores de la salud.

### **2. Promover la participación ciudadana en temas de calidad:**

- Propiciar la promoción y protección de los derechos y deberes de los pacientes y profesionales sanitarios en cuanto a la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente, incluyendo aspectos tales como el respeto a la vida privada, a la confidencialidad y a la integridad personal.
- Incorporar herramientas para la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios
- Promover la creación y fortalecimiento de iniciativas de ciudadanos en mejora de la calidad y seguridad del paciente, así como su vinculación con tomadores de decisión, gestores y sociedades profesionales; (se estima que para diciembre de 2007 habrá iniciativas de participación de este tipo en al menos cinco países).

### 3. Generar información y evidencia en materia de calidad:

- Producción y pilotaje de una herramienta de medición de la situación de la calidad y seguridad del paciente en centros sanitarios (se prevé informe final en diciembre de 2008)
- Compilar y hacer disponible información sobre evidencia en calidad y seguridad del paciente haciendo uso de medios virtuales.
- Desarrollar y estimular líneas de investigación prioritarias.

### 4. Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad:

- Compilar y difundir material, modelos y herramientas existentes para la mejora de la calidad basados en evidencia, incluyendo modelos de mejora continua y garantía de la calidad, formación en gestión clínica, además de la edición de un manual de metodologías en calidad y seguridad de la atención sanitaria y manuales específicos en el área de infección nosocomial.
- Compilar, desarrollar y difundir soluciones basadas en las nuevas tecnologías de la información que fortalecen la calidad de la atención como, por ejemplo, sistemas de información sobre la situación de la calidad y la seguridad del paciente, historias clínicas electrónicas, aplicaciones de telemedicina.
- Capacitar modelos y herramientas de calidad mediante cursos online como los de La Red Iberoamericana de Guías para la Calidad, actividades formativas presenciales en colaboración con la AMSP, cursos de calidad de la Agencia Española de Cooperación Internacional, formación de la Red Mesoamericana EPQI promovida por la Universidad de Tohoku, Japón,
- Prestar asesoría técnica en la formulación, mejoramiento e implementación de los programas nacionales de calidad y seguridad del paciente de los Estados Miembros.
- Promover el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros.

### 5. Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente con un horizonte de 10 años:

- La metodología para su desarrollo se fundamentará en un proceso

consultivo regional que involucrará autoridades de salud, líderes en calidad, prestadores de servicios, expertos y otros actores relevantes.

- El Plan incluirá el establecimiento de un marco conceptual de consenso en calidad y seguridad del paciente partiendo de un análisis amplio sobre los conceptos de salud y calidad de vida y un plan operativo regional en cuatro niveles: país, grupos de países, corporativo y multiagencial. La fecha prevista para la finalización de la estrategia es diciembre de 2008.

En el año 2014 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), mediante la Resolución CD53.R14, denominada “La Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, acordaron la necesidad de avanzar hacia de servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional. En esta resolución se refleja un claro mandato que obliga a redefinir los enfoques y estrategias para la calidad de los servicios de salud dentro de un enfoque menos instrumentalista y más enmarcada en una visión de sistemas de salud que avanza hacia la Salud Universal (9).

A nivel global y particularmente en las Américas, la calidad en la provisión de servicios de salud es un tema de primer orden y prioridad de los sistemas de salud. En general, la gran mayoría de los países han incorporado la calidad de la atención de la salud y la seguridad del paciente a legislaciones, reglamentaciones y normas nacionales o han creado entidades específicas (subsecretarías, direcciones o comisiones) dentro de las estructuras orgánicas de la autoridad nacional de salud con la misión específica de mejorar la calidad de la atención. Sin embargo, a pesar de esta institucionalización de la gestión de la calidad, prevalece en la mayoría de los países la falta de integralidad e integración de las estrategias para la garantía y mejora de la calidad de la atención con un abordaje de sistemas de salud.

En las Américas, algunos países han logrado avances importantes en la organización y gestión de programas de calidad que son actualizados continuamente y son innovadores en el tipo de

experiencias que están produciendo, como son los casos de México, Colombia, Argentina y otros. Más recientemente, en Ecuador se creó la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepaga, con el fin de ejercer la regulación, control y vigilancia de la calidad de los servicios de salud públicos, privados, y comunitarios, de las empresas de salud y medicina prepagada, y del personal de salud. La creación de la Agencia generó un importante proceso de diálogo social acerca de la calidad en el sistema de salud en el cual participaron posicionando temas como la calidad de la atención como ordenador del gasto en salud, la responsabilidad profesional y la acreditación hospitalaria.

Algunos países han formulado planes, políticas y/o estrategias nacionales de calidad. En algunos se ha avanzado en estrategias puntuales con especial énfasis en los temas vinculados a la provisión de servicios de salud, pero muchos carecen de un abordaje de sistemas y mecanismos claros de implementación, gestión integral de la calidad, monitoreo y evaluación, y garantías de sostenibilidad. (Por ejemplo, el desarrollo de guías y protocolos clínicos, no siempre va acompañado de planes de implementación ni de monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos). Otras iniciativas han tenido desarrollos tímidos o han sido pobremente sistematizadas. Tal es el caso en la implementación de mecanismos de pago de incentivos para la atención de calidad, el empoderamiento de las personas y comunidades, las encuestas de satisfacción de usuario y los programas de certificación y acreditación.

La segmentación de los sistemas de salud y la fragmentación en la provisión de servicios que se observa en la mayoría de los países de la Región, resultan en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal, el financiamiento y la calidad de la provisión (9)

En el año 2015 fui seleccionado como Director General de Normativa y Acreditación Hospitalaria por El Vice Ministerio de Hospitales del Ministerio del Poder Popular Para la Salud a participar en el Foro Regional Salud Universal: Sistemas de Salud y Calidad en la Atención. 4 Y 5 de noviembre del 2015 OPS. Washington, DC. El Foro Regional buscará iniciar el proceso de análisis de las causas y factores estructurales del sistema de salud que afectan la provisión de servicios de salud de calidad y que, a su vez, satisfagan las necesidades y expectativas de la población.

El propósito de esta reunión fue comenzar a debatir y trabajar en la construcción de consensos que permitan estructurar una propuesta firme sobre Calidad de la Atención en los Sistemas de Salud.

#### **Objetivos:**

- Iniciar un debate regional sobre la calidad en los sistemas de salud en el marco de la Salud Universal
- Alineación conceptual del significado de “calidad en los sistemas de salud
- Identificar las causas y factores estructurales del sistema de salud que afectan la provisión de servicios de salud de calidad y que, a su vez, satisfagan las necesidades y expectativas de la población.

Los países participantes en el Foro entre otros: Ecuador, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Perú; presentaron avances importantes en el tema, aunque expresan la poca cobertura en acreditación de todos los servicios de salud de sus países. Por lo que concluyen que la certificación de calidad aislada de los servicios no se expresa en satisfacción de la expectativa de los usuarios.

#### **¿Cuáles fueron las lecciones aprendidas para Venezuela en ese foro 4 y 5 de noviembre del 2015 OPS Washington, DC?**

1. Los recursos en salud son limitados, y si aspiramos a un sistema de salud con cobertura universal, que garantice el acceso con calidad, es necesario desarrollar un ejercicio de toma de decisiones informado.
2. Los ministerios de salud son captados por los intereses políticos, luego es fundamental un ejercicio riguroso, independiente y libre de presiones coyunturales.
3. La alternativa es plantear un mecanismo transparente, independiente y técnicamente robusto, para la toma de decisiones.
4. La respuesta puede estar en agencias sólidas técnicamente, que de manera independiente se encarguen de aportar toda la evidencia disponible para la toma de decisiones informadas.
5. Estas agencias deben preservarse del control político y de la presión de la industria transaccional.

6. Es fundamental el desarrollo y crecimiento de talento humano capacitado en los temas relacionados.
7. Es clave el establecimiento de alianzas con la academia y los centros de investigación.
8. No basta con generar productos técnicos de excelente calidad, pues existe una gran brecha entre la evidencia y su implementación.

### **¿Qué avances en calidad de atención / seguridad del paciente posee Venezuela?**

Venezuela presenta un retraso en el cumplimiento de los acuerdos Resolución Csp27.R10 2007 referente a las Política y Estrategia Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, Incluyendo la Seguridad del Paciente.

La alta rotación de funcionarios expertos en el tema es una de las causas que no permite el desarrollo de estrategias institucionales por parte del Ministerio Del Poder Popular de Salud

Actualmente el Ministerio Del Poder Popular para la Salud con asesoría de la OPS, se encuentra consolidando la creación de la División de Calidad de Servicio y Seguridad del Paciente adscrito al Vice Ministerio de Hospitales con el objetivo de establecer acciones para posicionar el programa de calidad de la atención y seguridad del paciente como prioridad de establecimientos asistenciales hospitalarios del Sistema Público Nacional de Salud.

Entre sus funciones podemos destacar el diseño de un Plan Nacional de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente para aplicar en las visitas de evaluación hospitalaria; promover la participación ciudadana en temas de calidad; generar información y evidencias de temas de calidad; desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad; desarrollar una estrategia nacional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente, entre otras.

### **¿Cómo se construye la política de seguridad del paciente en Venezuela?**

En el momento actual, a la luz de la estrategia de avance hacia la Salud Universal, el desafío principal es abordar la calidad desde

una perspectiva sistémica, poniendo énfasis en lograr que la calidad sea equivalente independientemente del lugar de la red de servicios al que acceden las personas. Dicho en otras palabras, disminuir la brecha de calidad existente entre distintos segmentos o partes del sistema de modo que se avance hacia servicios más equitativos.

El Plan Nacional de Calidad y Seguridad del paciente para Venezuela tiene como finalidad contribuir a la mejora continua de la calidad en las organizaciones proveedoras de servicios de salud garantizando el cumplimiento de estándares de técnicos de calidad y satisfacción de los usuarios; con lo cual se pretende impulsar en el país una atención sanitaria de excelencia centrada en el usuario con el fortalecimiento de los valores de la calidad.

Se plantea como objetivo general establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención en salud hospitalaria; igualmente pretende apoyar al desarrollo de la excelencia clínica y adopción de buenas prácticas basadas en evidencias científicas disponibles hasta el momento.

El Estado Venezolano diseña la denominada “Política integral de 100% cobertura en salud” con la cual aspira eliminar las barreras de acceso a servicios de salud y así dar un acceso efectivo, eficiente y seguro, respetando la interculturalidad y los derechos humanos de toda la población y avanzar en la búsqueda de la excelencia en el sistema de salud haciendo énfasis en la atención materno-infantil. Abordando el sistema de salud desde cada uno de sus niveles y estableciendo recomendaciones e implementación de medidas correctivas.

Si bien la Calidad y Seguridad en la Atención Sanitaria, es un atributo fundamental, reconocido por todos y que debería estar presente en los servicios de salud, sin embargo, a pesar de los conocimientos, avances y esfuerzos realizados, aún constituye un reto alcanzarlo de manera estandarizada y sostenible, más en una Venezuela en crisis: política económica y social.

Para reformar el sistema de salud venezolano es necesario reformar el pensamiento reformado de los reformadores. ...

Agradecimiento por sus aportes a la Dra. Johana Ramírez , Coordinadora de la División de Calidad de Servicio y Seguridad del Paciente del MPPS. La calidad y la gerencia hospitalaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Criado F, Vázquez A. Manual de calidad en la gestión: aplicaciones al ámbito universitario Norma UNE EN ISO 8402. 1995.
2. Chandezon G. Hacia la calidad total Ediciones Granica Barcelona. España. 1997.
3. Juran J, Blanton G, Manual De La Calidad De Juran McGraw-Hill. España. 2001.
4. Sánchez J. La administración pública como ciencia: Su objeto y su estudio. Ediciones plaza y Valdez. México. 2001.
5. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals second edicion. 2003.
6. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria Ediciones Días De Santos S.A. Madrid. 1991.
7. WHO. "Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente". Resolución WHA55.18.2004.
8. OPS/OMS. Políticas y Estrategias Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, Incluyendo la Seguridad del Paciente. 140° Sesión del Comité Ejecutivo. 2007.
9. OPS. Estrategia Para El Acceso Universal A La Salud Y La Cobertura Universal De Salud Resolución. CD53.R14. Disponible En [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc...gid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc...gid). 2014.

## ALIMENTACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO A LA SALUD EN VENEZUELA

**Mireya Zabala**

La alimentación y la salud tienen inter-relación a través de cinco componentes básicos: suministro de alimentos; consumo individual de alimentos; mediciones relacionadas con la nutrición y la salud; composición de los alimentos; conocimiento, actitudes y comportamiento (1).

En cuanto a la salud y enfermedad, son características asociadas a los individuos, las cuales dependen de una dimensión subjetiva percibida por la persona que se siente sana o enferma y una dimensión objetiva calificada con exploraciones o pruebas analíticas (2). Esto se fundamenta en indicadores que son medidas que reflejan la salud de las personas y de forma agregada, de las poblaciones; más o menos sanas. Una comunidad sana es un entorno positivo por lo que la dimensión social individual se ve afectada favorablemente al formar parte de ella (2).

En ese mismo orden de ideas, la salud no es un fin en sí misma, sino un instrumento para mejorar las condiciones de vida, con importancia en el apoderamiento de las personas para asumir por ellas mismas el control de la salud y sus determinantes (Carta de Ottawa, 1986). Los salubristas la definen como el "estado físico y mental libre de sufrimiento que mantiene el funcionamiento adaptado al entorno" (René Dubos) y como la "manera de vivir autónoma, solidaria y plena" (Jordi Gol) (2). La salud depende de las relaciones con el entorno.

Además, la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de diversos determinantes los cuales tienen como objetivo desarrollar estrategias políticas de promoción de salud. Dentro de los determinantes se encuentra el entorno físico y social. Actividades clínicas preventivas producen una sobrecarga asistencial con impacto poco eficiente que no modifican los hábitos de alimentación y el sedentarismo que a su vez son consecuencia del modelo de organización social. Los determinantes más cercanos a una patología son los factores biológicos próximos, el resto depende de la actividad física, el estrés y la dieta. Hay determinantes ubicados en el entorno físico (accesibilidad a recursos recreativos y

deportivos) y el entorno social (cohesión social y normas sociales<sup>2</sup>. Son múltiples factores que interaccionan, sobresaliendo los que interactúan sobre el conjunto de la población y esto permite plantear diversas intervenciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad (2).

Por otra parte, la interacción entre alimentación, salud y desarrollo de enfermedades crónicas está influenciada por el desarrollo económico que se refleja en las etapas de transición demográfica, epidemiológica y nutricional (1). Alrededor de 1 año d. C existía alta mortalidad caracterizada por la edad de las pestes y las hambrunas con un crecimiento demográfico caracterizado por alta tasa de natalidad. A mediados del siglo XIX, surgió la segunda etapa, la edad de las pandemias en retroceso, mejoraron los estándares de vida y los índices de mortalidad cayeron por mejoría en la nutrición y la incidencia más baja de infecciones y enfermedades parasitarias, con tasas de natalidad que permanecieron altas.

Cerca de la segunda mitad del siglo XX, declinan las tasas de mortalidad debido a los avances en la salud pública y a la medicina, vacunas, antibióticos y control de vectores. La tercera etapa es la edad de las enfermedades degenerativas provocadas por el hombre caracterizada por la caída de las tasas de natalidad lo que provocó detección de las tasas de crecimiento de la población. Hay una nueva etapa, la edad de las enfermedades degenerativas tardías, en la cual los estilos de vida más saludables prevendrían y retardarían el comienzo de las enfermedades degenerativas. Dentro de los objetivos de las sociedades del futuro se encuentran lograr un desarrollo sustentable, con conservación del medio ambiente, gran longevidad, envejecimiento saludable, con dietas saludables y mayor actividad física (1).

De la misma manera ha ocurrido una transición nutricional en búsqueda de mejoría de la calidad de vida con migración de la población de las zonas rurales a las urbanas, ocurriendo un cambio de las dietas rurales tradicionales caracterizadas por ser de poca variedad, baja en grasas y alta en fibra a la dieta occidental moderna la cual es diversa, alta en grasas y baja en fibras ocurriendo un cambio de dietas inadecuadas a imprudentes, disminuyendo la incidencia de desnutrición y enfermedades infecciosas a aumentando la de sobrepeso y obesidad<sup>1</sup>. Sin embargo, en Venezuela existe una

doble carga de desnutrición y obesidad, donde la población migra desde las zonas rurales buscando mejores condiciones de vida sin saber que se consigue con una “pobreza urbana”, cambiando la “dieta rural” por la “dieta urbana”, rica en alimentos procesados, grasas saturadas, azúcares y proteínas de origen animal, situaciones antagónicas pero con un mismo origen: la mala alimentación (3).

Adicional a lo anteriormente mencionado, en Venezuela se incrementan tres problemas nutricionales: la inseguridad alimentaria, hambre y desnutrición lo cual era considerado cronológico, donde la inseguridad alimentaria se consideraba limitación al acceso de alimentos, el hambre como la manifestación fisiológica al consumo inadecuado y la desnutrición la consecuencia física del consumo inadecuado crónico o agudo, lo cual debe ser abordado apropiadamente desde el punto de vista de prevalencia, causas, consecuencias y políticas apropiadas (1). Reforzando el concepto de Seguridad Alimentaria según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) es el “acceso a suficiente alimento para todas las personas, en todo momento, para llevar una vida activa y saludable”, es un derecho individual a la alimentación con acceso suficiente y sostenible a los alimentos y tiene consecuencias (1).

Es necesario conocer que la Seguridad Alimentaria abarca desde el Nivel Mundial al Individual; para entender su complejidad y naturaleza multifactorial como problema, donde se debe hacer una planificación estratégica y un estudio de las respuestas probables de la población para poder establecer políticas apropiadas con datos continuos y respuestas oportunas (1).

Además, se observan cuatro dimensiones en el ámbito de la seguridad alimentaria: Disponibilidad, acceso económico y físico a los alimentos, utilización de los alimentos y estabilidad en el tiempo. Con respecto a la utilización biológica y estabilidad en el tiempo, existe la percepción general de una salud deteriorada con el resurgimiento de pandemias y enfermedades superadas; no hay disponibilidad de alimentos ni medicamentos con dependencia de las importaciones (dependen de la disponibilidad de divisas); no hay garantía de acceso económico de los alimentos, con disminución de la producción alimentaria nacional y aumento de las exportaciones ilegales y no hay control de precios de los alimentos; en cuanto a

la utilización de los alimentos, no hay aprovechamiento biológico de la ingesta de los alimentos, lo que trae como consecuencia desnutrición (4).

En la actualidad, la valoración de la ingesta sigue siendo una herramienta necesaria y de apoyo para conocer el patrón de alimentación y el aporte de macro y micronutrientes tanto a nivel individual como colectivo y comparar con las recomendaciones dietéticas internacionales. Adicional a esto, entre el 2008 y 2014 hubo disminución de la producción per cápita de cereales (arroz y maíz), ambos son materia prima para elaborar alimentos importantes en el aporte de energía alimentaria, entre otros alimentos (5).

Es conveniente el trabajo en conjunto de los gobiernos regionales con los centros de salud de las comunidades, desarrollando investigación a fondo en la población en general, lo cual brindará información para la individualización de las estrategias de acuerdo a las zonas del país, respetando sus costumbres y creencias (6).

Por otra parte, debe existir una inter-relación entre la investigación en nutrición, vigilancia de la nutrición y las políticas de nutrición para que las estrategias adoptadas puedan ser eficientes y oportunas, siendo la vigilancia nutricional, la descripción continua del estado nutricional de la población, prestando especial atención a subgrupos definidos, especialmente a los que se encuentran en riesgo de desnutrición, siendo uno de sus principales objetivos evaluar la planificación y análisis de los efectos de las políticas y programas, orientadas por organismos internacionales sobre los problemas de la nutrición, fundamentadas en la investigación para la obtención de datos confiables que puedan a su vez tener efecto en las políticas y programas aplicados para su mejoría (1).

De lo anterior se desprende que la clave es la planificación estratégica; entre las estrategias se encuentran la modificación de comportamientos relacionados con la alimentación, las cuales pueden ser a nivel del medio ambiente e individuales, siendo mejor costo efectivas y de mayor impacto para la Salud Pública las que intervienen en el medio ambiente (entorno) (1). Dentro de las estrategias de intervención del medio ambiente se incluyen las que se realizan sobre la alimentación y actividad física en el entorno social así como la intervención a nivel de costos, publicidad y educación nutricional (1).

Sobre la base de las condiciones anteriores, entre las estrategias educativas se encuentran las Guías de Alimentación para Venezuela, expresión práctica de los conocimientos de nutrición y representan la referencia de los contenidos para la educación en nutrición. Contiene 12 Guías con 40 mensajes educativos, sobre los siguientes temas: alimentación variada, compra de alimentos, importancia del peso adecuado, prácticas de alimentación en familia, lactancia materna, consumo de grasas totales, prácticas de hábitos higiénicos en la manipulación de alimentos. Fueron elaboradas por El Instituto Nacional de Nutrición y la Fundación Cavendes en 1991, la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Simón Bolívar (7). También hay que promover la actividad física, por lo menos 150 minutos a la semana (8).

Resulta oportuno mencionar que la difusión de mensajes relacionados a las características y estilos de alimentación son casi nulos. Los gobiernos regionales y locales, además del Ministerio de Salud, se encargan de promulgar pautas sobre alimentación y reducir cifras pero ¿se trata el problema de fondo? Hay que ayudar a orientar e individualizar las «estrategias de alimentación» en teoría, la manera ideal de mejorar dichas prácticas (6).

Otra de las estrategias educativas es el trompo de los alimentos donde se combinan 5 grupos de alimentos, recomendando el mayor consumo de carbohidratos complejos, el menor consumo de grasas saturadas y azúcares refinados con el consumo de agua y la promoción de la actividad física<sup>8</sup>. Una estrategia para mejorar la calidad nutricional de la proteína vegetal como sustituta de la carne es la combinación de cereales con leguminosas, frutos secos o verduras (8).

Por otra parte, las recomendaciones individuales se enfocan en las consultas especializadas ajustando un plan nutricional personalizado, ajustado a las características particulares de cada paciente, tomando en cuenta el aporte calórico de nutrientes, en una dieta variada y balanceada de acuerdo a los requerimientos según las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo y a la condición de salud y enfermedad (9).

Para concluir, la alimentación como factor de riesgo a la salud en Venezuela está en nuestras manos, desde el punto de vista individual, siguiendo las recomendaciones en cuanto al tamaño de porciones y

promoción de la actividad física; desde el punto de vista del entorno físico y social, evaluando la inter-relación entre alimentación, salud y todos los niveles de la seguridad alimentaria, con evaluación del posible impacto y aceptación de la población general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bárbara B, Russell R. Conocimientos actuales sobre nutrición. OPS/OMS. 8va edición. Whashington, EUA, 2003.
2. Hernández A, Gil A, Delgado M, Bolúmar F, Benavides F, Porta M, et al. Manual de Epidemiología y Salud Pública. Editorial Panamericana. 2da. Edición. Madrid, 2011.
3. Fundación Bengoa. La doble carga de desnutrición y obesidad en Venezuela. Disponible en: [http://www.fundacionbengoa.org/informacion\\_nutricion/doble-carga-desnutricion-obesidad-venezuela.asp](http://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/doble-carga-desnutricion-obesidad-venezuela.asp). Acceso 11/11/2016.
4. Gutierrez A. Venezuela y su crisis agroalimentaria: ¿Estamos en emergencia? <http://prodavinci.com/2016/01/11/actualidad/venezuela-y-su-crisis-agroalimentaria-estamos-en-una-emergencia-alimentaria-por-alejandro-gutierrez-s/>
5. Porca C, Tejera C, Bellido B, Garcia J, Bellido D. Nuevo enfoque en la valoración de la ingesta dietética. *Nutr Clin Med* 2016; 10(2):95-107.
6. Cieza C, Mendoza T, Peña E. Iniciativas para una educación nutricional saludables a madres de comunidades rurales. *Rev Med Hered* 2016; 27:68-69.
7. Fundación para la alimentación y Nutrición "José María Bengoa" Guías de Alimentación de Venezuela. Disponible en: [http://www.fundacionbengoa.org/publicaciones/guias\\_alimentacion\\_venezuela.asp](http://www.fundacionbengoa.org/publicaciones/guias_alimentacion_venezuela.asp). Acceso 11/11/2016.
8. Instituto Nacional de Nutrición. Disponible en: <http://www.inn.gob.ve/innw/>. Acceso 11/11/2016.
9. Shils, M. Nutrición en Salud y enfermedad. Editorial McGraw Hill. 2001.

## EPISTEMOLOGÍA DEL HOSPITAL VENEZOLANO

### Luis Valera

Urbina (1) define la epistemología como 'palabra gorda, atemorizante y, sin embargo, hay que despojarla de su gordura y traducirla a un lenguaje sencillo' 'es ciencia del conocimiento, rama de la filosofía para estudiar tanto la producción de conocimiento como de las interrogantes que su uso, abuso, historia, ideologías, sociología, puedan suscitar, anclado en el lenguaje que la ciencia utiliza, además de métodos, su naturaleza, su validez, oportunidad y ética.

Entendemos a la epistemología como la ciencia para estudiar el conocimiento, ese conocimiento tiene su origen, tiene una justificación, tiene una historia, no sólo es la rama del saber que se ocupa de las normas y métodos de la ciencia. Como dice Aprenda (2), en un sentido más filosófico, se trataría del estudio de "como sabemos aquello que sabemos"; en un sentido más científico, trataría acerca de cómo se conoce, cómo se piensa y cómo se decide.

Estudiar la epistemología del hospital público venezolano pasa por revisar su origen y el contexto en que se fragua, porque al hacerlo nos permite comprender parte de la crisis que hoy presenta después de un desarrollo de más de ciento veinte años.

Este análisis debe contemplar: cómo ha sido concebido, desde el punto arquitectónico en ese tiempo, cual ha sido su modelo de atención, su modelo de gestión, las políticas para su construcción, los recursos utilizados para su funcionamiento, como se ha organizado y a que responde esa organización, las políticas que se han dictado para su desarrollo y mantenimiento en el tiempo y las políticas del Estado en salud; éste entre muchas otras variables nos explican su desarrollo socio histórico que nos permita entender cuáles deben ser los cambios necesarios para contar con un hospital que responda a una política de exclusión social, de justicia, con participación protagónica y de libertad.

### EL ORIGEN DEL HOSPITAL

Turnes (3) señala que los primeros hospitales se construyeron en la India y en Egipto, los primitivos hospitales en la India fueron 18 instituciones construidas entre el 273-232 a.C., tenían características similares al hospital moderno. Los encargados tenían órdenes de dar

trato amable al enfermo, proveerle a él con frutas frescas y vegetales, preparar medicinas, darle masajes y cuidar que sus propias personas estuvieran limpias. Los médicos hindúes, fueron adeptos a la cirugía y conocieron todos los procedimientos operatorios excepto el uso de la ligadura; a sus pacientes les hacían tomar baños diarios, cuidar su cabello y mantener las uñas cortas, vestir prendas blancas y prometer que respetarían la confidencialidad.

Los griegos quienes desarrollaron la medicina con el estudio del cuerpo y las causas de las enfermedades y escribieron tratados sobre el arte de curar, donde sobresale el padre de la medicina Hipócrates, quien vivió entre los años 460-370 a.C., atendían a sus enfermos en los templos, desde la época de su antecesor Esculapio, quien vivió 1200 años antes de Cristo y que se le consideró como un Dios; posteriormente hasta Galeno (129-199 a.C) la atención de los enfermos era en espacios como balnearios donde se curaba el cuerpo y el alma, pero que poco tenía que ver con el hospital de la India y Egipto.

Al aparecer el cristianismo, impregnado de los sentimientos de caridad, fe, compasión y amor, los enfermos fueron sacados del ámbito del templo para lugares especiales. Justiniano construyó el gran hospital de San Basilio en Cesárea el 369 d.C., una gran comunidad para los enfermos, los ancianos y huérfanos; ya en el 335 d.C., el Emperador Constantino había clausurado por decreto el culto a Esculapio. Estos hospitales o hospicio se construyeron fuera de las ciudades, alrededor de los caminos y paulatinamente fue eliminada el tratamiento de enfermedades para convertirse en lugares de pobres, esclavos liberados, desamparados y donde se practica la caridad y sostenido por ricos o comunidades cristianas.

Los musulmanes fueron celosos en el cuidado de los enfermos. En Bagdad, El Cairo, Damasco, Córdoba, y muchas otras ciudades bajo su control, ellos proveyeron amplias, y frecuentemente lujosas, instalaciones hospitalarias. El más grande y mejor dotado de los hospitales musulmanes fue el fundado en Damasco en 1160 y el del Cairo en 1276. En el hospital de Damasco se administró el tratamiento y se proporcionaron los medicamentos gratuitamente durante tres siglos. En la edad media la medicina fue secuestrada por la Iglesia católica, existían dos tipos de médicos: los clericós y los seglares; los clericós que mantienen en los monasterios, sus fuentes de información eran libros, manuscritos y su actuar lo presidía la caridad; mientras

que el seglar, su interés es el lucro y su fuente de conocimiento es su experiencia en el oficio. La asistencia es ambulatoria.

Podemos concluir que el hospital ha sido lugar para dar asistencia a la enfermedad y existe otro conocimiento, el hospital para los pobres, los menesterosos, donde se practica la caridad.

## EL ORIGEN DEL HOSPITAL VENEZOLANO.

En nuestro país el hospital ha tenido un desarrollo socio histórico que no escapa a la que han tenido los de los países de América Latina. Con la llegada de los conquistadores españoles, el hospital que trajeron, está enmarcado en las virtudes teologales especialmente en la caridad, de allí que los hacedores de la vida hospitalaria se encuadran en la necesidad de darle a los pobres, enfermos y desvalidos la posibilidad de atenderlos en sus dolencias, así el hospicio cristiano, fueron casas públicas en donde se recogen a los pobres desvalidos y se les mantiene a costa de la beneficencia pública o del producto de las rentas con que las ha dotado la caridad ardiente de algunos conciudadanos, haciendo trabajar a los pobres en los oficios compatibles con su salud y disposición.

Las múltiples epidemias, de viruela, tuberculosis, entre otras, que se presentaron en esta época obligaron a la feligresía católica a asumir esta responsabilidad, además que era una política de los Reyes españoles, encomendada a los gobernantes, cabildos o ayuntamientos, así nacieron los degredos, termino venezolano a los hospitales de aislamiento, como los destinados a atender a los leprosos.

“Encargamos y mandamos a vuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores que con especial cuidado, provean que en todos los pueblos de Españoles e Indios de sus Provincias y jurisdicciones, se funden Hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se exercite la caridad cristiana”(4).

Así nacén, el Hospital de San Lázaro en 1565 en Barquisimeto (antigua Nueva Segovia), el Hospital de los Reies, en 1595 en Caracas y el Hospital de Santa Ana en 1607 en Maracaibo. Estos hospitales fueron construidos y administrados por religiosos católicos (5).

A comienzo del siglo XIX existían en el país veinte hospitales, cuatro en Caracas y uno en las ciudades de la época, La Guaira, Puerto Cabello, Valencia, San Felipe, San Carlos, Barquisimeto,

El Tocuyo, Carora, Guanare, Ospino, San Sebastián de los Reyes, Coro, Trujillo, Maracaibo y en Cumaná.

El primer hospital, como tal, construido por el estado venezolano fue el Hospital Vargas de Caracas inaugurado el 5 de julio de 1891, el Decreto de su construcción la firmó el Presidente Juan Pablo Rojas Paul el 16 de agosto de 1888, en dicho decreto se refería a un hospital con capacidad de mil camas y con una construcción análoga y su funcionamiento análogo al Hospital Laribossiere de París, Francia; prototipo de hospital con pabellones amplios separados, llamados para ese entonces, salas Nightingale, en honor a Florencia Nightingale (1890-1910), quien propusiera ese modelo y que constituía la última palabra en materia hospitalaria (6).

El hospital Vargas, sepultó al hospital colonial, comenzando una era del desarrollo de la prestación de servicios de atención médica hospitalaria y por ende, los conocimientos científicos de la medicina moderna. Una pléyade de médicos modernos formados la mayoría en Francia, trajeron los saberes que sobre el hospital se tenía en las metrópolis. Razetti, Acosta Ortiz, José Gregorio Hernández, Santos Dominici, Francisco Rísquez, Antonio Herrera Vegas, Elías Rodríguez, Manuel Antonio Fonseca, Enrique Mier y Flegel, Eduardo Fernández Bernardo Herrera Vegas, Manuel Pérez Díaz, entre otros, formados con el pensamiento liberal del capitalismo emergente, que percibe a la medicina como una profesión lucrativa.

## EL CONOCIMIENTO DE LA CUESTIÓN HOSPITALARIA.

La construcción de los saberes del hospital parten, como dice Urbina, de “las interrogantes que su uso, abuso, historia, ideologías, sociología, puedan suscitar”; este conocimiento es impuesto y atornillado por la ideología existente, lo que se convierte en una verdad absoluta, no hay otra, ésta es la que impera, la que se torna inmodificable. Podemos señalar algunos de los muchos conocimientos, saberes, que caracterizan al hospital venezolana en estos últimos ciento veinticinco años:

a.- *El hospital venezolano es copia de un hospital extranjero.* Ya dijimos que el Vargas es una copia de un hospital parisino, aunque su construcción la hicieron venezolanos y pudieron aportarle algunas, no significativas modificaciones.; La mayoría de los hospitales del país son

hospitales “llave en mano” de otras latitudes; El hospital Universitario de Maracaibo es suizo, según algunos disque, vino con la barredora de nieve; El hospital Central de Maracay era un maternidad y lo adaptaron para un hospital general; el IVSS tiene tres hospitales que su sistema de enfriamiento no está adaptado a las condiciones de nuestra calidad de agua. El hospital Universitario de Caracas es el único hospital autóctono diseñado por nuestro insigne arquitecto Carlos Raúl Villanueva. En el Ministerio de Salud, ni en un Ministerio afín a la construcción de hospitales, existe un equipo que diseñe el hospital venezolano necesario.

b.- *El hospital solo funciona por las mañanas.* Ese contingente que se formó en la Francia del desarrollo del capitalismo y se impregnó de las bondades de la medicina privada, asentó el conocimiento de que la vida hospitalaria es hasta el medio día, porque la tarde es para el ejercicio de la medicina privada; que en aquel siglo XIX y principios del XX la atención era a domicilio, hasta que Razetti creara la primera clínica privada en Caracas el año 1911. En algunos hospitales como en el Hospital Civil de Maracay el cabalgamiento de horario era de lo más cómico, según señala el Dr. Sergio Arias C. en 1961, los 42 médicos que laboran en el hospital se pasaban por una puertita de madera al Hospital Militar a cumplir su otra jornada de trabajo en el mismo tiempo (7). Es entonces este conocimiento, universal, hasta nuestros días.

c.- *El hospital es un centro de enseñanza.* En el año 1895, Razetti establece en el hospital Vargas los concursos del internado y externado de los estudiantes de medicina, para el establecimiento de la enseñanza clínica en la Universidad Central. Un medida muy loable, pero que quedó implícito el conocimiento, de quien atiende a los hospitales durante los momentos que el “clínico” atiende a su clientela privada es el estudiante; actualmente es el estudiante de postgrado y el de pregrado.

El hospital público venezolano cuenta con estudios de postgrado de diversas áreas del conocimiento médico, estos estudios, en la mayoría sin un currículo y un plan de estudio se convierten en “sacadores de trabajo” y al final el Estado, en la mayoría de los casos, no les ofrece un cargo de especialista, porque la finalidad, de este saber, no es la formación del recurso necesario sino “sacar el trabajo”.

d.- *Esta construido en zonas lejanas a la población objeto.* La gran mayoría de los hospitales venezolanos están o fueron construidos en zonas lejanas a los grandes conglomerados humanos. Algunas

aparecen dentro de las ciudades pero en su inicio eran zonas retiradas. El hospital Central de Maracay está construido en la zona residencial más pudiente de la ciudad. El Hospital Carabobo del IVSS es un buen ejemplo de esta característica.

e.- *Esta organizado por Servicios o Departamentos de las clínicas médicas.* El hospital que ha llegado hasta nuestros días se caracteriza porque en su conformación subyace una distribución, clasificación, jerarquización y delimitación, circunscritas a determinado ordenamiento de las regiones anatómicas y a su fisiología (8). El hospital venezolano está organizado por departamentos o servicios que tiene las ciencias medicas, a saber: medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, y recientemente por su complejidad, traumatología. De tal manera que los recursos humanos están asignados a estas estructuras organizativas. Las enfermeras, como cosa extraña, se agrupan en el departamento de enfermería. Este es el conocimiento que se tiene. Según los pensadores de la administración entre ellos, Peter Drucker, dicen que la organización de un ente debe orientarse a los productos. El hospital produce: altas hospitalarias, atenciones de urgencia, atenciones de consulta externas y servicios de diagnóstico y tratamiento.

Es decir que un departamento o servicio hospitalario tiene personal médico o de enfermería en todas las unidades productivas, pero en el hospital venezolano estas unidades productoras no tienen responsables. Las emergencias de los hospitales III y IV, son un hervidero de personas, convergen allí, cirujanos, traumatólogos, cardiólogos, intensivistas, residentes, pediatras, internistas, enfermeras, que pertenecen a los diferentes departamentos médicos, ¿quién lideriza esa menestra?. Es lógico que tengamos una crisis de esta unidad productiva. El Hospital Cardiológico Infantil “Gilberto Rodríguez Ochoa” de Caracas, cuenta sólo con tres departamentos, a saber: la Gerencia de Diagnóstico, la Gerencia de Intervención Quirúrgica y la Gerencia de Medicina Crítica; de cara al producto.

f.- *Los cargos de dirección están medicalizados y son autocráticos* Es difícil comprender que un médico de fructificada y aquilatada experiencia en la ciencia médica pueda, como Jefe de Servicio o Departamento, estar pendiente de los insumos y materiales que necesita su servicio, de roles de guardia y quien sabe cuántas cosas más. El médico hospitalario con rol Jefe de Servicio o Departamento es para cultivar la ciencia no para ser administrador. Pero este es el conocimiento imperante. Además

a los Departamentos o Servicios no llega el proceso gerencial.

Aun cuando el Ministerio del Poder Popular para la Salud ha instado a las Direcciones Regionales de Salud a constituir los Colectivos de Dirección en los hospitales, esto no se ha logrado, la gestión hospitalaria no es un problema médico es producto de varios sectores, que participan en la organización o fuera de ella.

g.- *El director hospitalario es coyuntural.* En nuestro país existió en la Escuela de Salud Pública un postgrado de Administración Hospitalaria en los años sesenta y setenta; aunque en los años cincuenta existió un programa del Ministerio de Sanidad y Asistencia y Social de Directores de Hospital. Por la dinámica política en la cuarta república esta preparación de los administradores desapareció, de allí que el conocimiento prevalente es que para dirigir un hospital no es necesario conocer de administración hospitalaria, basta con ser un resuelto, “con sentido común” y apoyo de un amigo. Saludamos la iniciativa del Dr. Maiqui Flores de lograr implantar un postgrado de gerencia Hospitalaria.

h.- *El hospital solo tiene presente.* La planificación ha sido un conocimiento que en el hospital no ha estado presente. En los años setenta cuando se implantó el Modelo de Planificación OPS-CENDES se planificaron las actividades y metas del hospital, pero no se cumplieron y quedaron en el olvido. Ningún hospital venezolano establece su Plan Maestro de desarrollo en un tiempo determinado, de allí que nadie conoce cuál es su futuro y desarrollo. Menos, se planifica cuales hospitales son necesarios en el futuro y muchos tienen varios años construyéndose. Para los hacedores de gerencia hospitalaria la planificación presente ni futura es importante. Una razón para que esto ocurra es que no hay una filosofía organizacional, no se establece la misión, ni la visión, menos los valores.

i.- *No existen estadísticas ni epidemiológicas ni de gestión.* El hecho que el hospital no planifique su presente ni su futuro hace que no es importante los registros médicos, administrativos, epidemiológicos ni de ningún tipo. La automatización de los eventos que ocurren es un sueño; el Artículo 133, del Código de Deontología Médica dice “La profesión médica debe rechazar cualquier intento destinado a imponer una legislación sobre el procesamiento electrónico de datos que pueda poner en peligro el carácter confidencial de la información recogida”. De allí que no conocemos cuantos usuarios tiene el hospital, por que

consultan, cual es el costo de la cama hospitalaria, menos cuantos insumos consume. Preguntemos de donde sale este conocimiento.

## A MANERA DE RESUMEN

Podría ser interminable la lista de los saberes y conocimientos hospitalarios existentes que hacen que estos definan el hospital que tenemos, todo apunta, que los sectores de poder a través de la historia han designado al hospital, como un centro de aprendizaje, atención para la gente pobre y humilde, que no se evalúa ni controla y que mantiene una existencia a la saga del pensamiento dominante. Debemos estudiarlo para poder modificarlo, existen muchos ejemplos en el mundo sanitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urbina S. Epistemología de la salud. Ediciones de IAES "Dr. Arnoldo Gabaldon", 2005.
2. Apreda G. Epistemología y psiquiatría. Rev Argen Clin Neuro psiquiat 2004; 11(4). Disponible en: [https://www.alcmeon.com.ar/11/44/02\\_apreda.htm](https://www.alcmeon.com.ar/11/44/02_apreda.htm).
3. Turnes A. Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>. 2009.
4. Real Cedula del 7 de octubre de 1541. Citado por Archila, R (1959) Imprenta Nacional. Caracas.
5. Escalona R, Escalona-Vivas G. La atención hospitalaria en la Caracas colonial. Revista Venezolana de Cirugía 2008; 61(3):6-14.
6. Gallent M. Historia e historia de los hospitales. Revista d'Historia Medieval 7. Universitat de Valencia, España. Disponible en: [www.uv.es/dep210/revista\\_historia\\_medieval/PDF166.pdf](http://www.uv.es/dep210/revista_historia_medieval/PDF166.pdf). año.
7. Osorio J, et al. La vieja casona del Hospital Civil de Maracay. Edición Particular. 2013.
8. Arroyave M, Isaza P. Los hospitales en la antigüedad algunas anotaciones historicas Educ Med Salud 1989; 23(2):182-191.

## GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

### Enrique Bolívar

Inicia su disertación con el siguiente pensamiento: "la salud no lo esto todo pero sin ella, todo lo demás no es nada", a continuación el ponente señala que: "La Salud publica es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad" (Piedrola Gil 1991). Seguidamente explica con un holograma el pensamiento complejo, su genoestructura (leyes, normas, sistema económico, tradiciones, cultura y costumbres), fenoeestructura (acumulaciones sociales, producción de hechos, actores sociales, instituciones políticas, sociales y económicas) y fenoproducción (hechos sociales, políticos, económicos y culturales).

Aborda el insigne ponente el proceder en el análisis de los problemas de en salud, en este sentido indica que son dos los enfoques a considerar, el individual (signos y síntomas y factores de riesgo) y el poblacional (estilos de vida y determinantes sociales [intermedios y estructurales]), el primero hace gala del tratamiento paliativo y el segundo de la promoción de la salud. Preocupa que la mayor parte del presupuesto de salud se concentra en tratamiento de los efectos y en el tratamiento especializado, aquí surge la siguiente interrogante ¿Por qué tratar a la comunidad para luego devolverla a las condiciones de vida que la enferman?

Deben tenerse estrategias adecuadas a los contextos específicos en consideración de las dimensiones claves y dirección de políticas con base en la intersectorialidad, participación social y empoderamiento, con políticas que actúen sobre la generación de la estratificación y que reduzcan la exposición a factores que afectan la salud particularmente para los grupos de mayor desventaja, para ello debe monitorearse la equidad en salud, entonces vale la pregunta ¿Dónde tienen su origen las diferencias en salud entre los diferentes grupos sociales (inequidades en salud)?

El ponente, en este sentido, trae un resumen de lo tratado en la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado en San Salvador. 2008:

- Toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y

programas públicos.

- La gestión pública tiene que orientarse para resultados, por lo que debe sujetarse a diversos controles sobre sus acciones, suponiendo entre otras modalidades la responsabilidad del ejercicio de la autoridad pública.

A continuación el ponente define gestión como: Conjunto de decisiones y acciones que llevan al logro de objetivos previamente establecidos; e igualmente señala lo que debe tenerse en cuenta para el direccionamiento estratégico, aquí señala que es indispensable: Formular los grandes propósitos de la organización: Misión, visión, valores Corporativos y las áreas de direccionamiento estratégico; generar las herramientas para la supervivencia de la entidad; análisis de situación de la entidad priorizada; las políticas corporativas (objetivos, estrategias y metas relacionadas con los cambios fundamentales que se deben dar en la organización para el logro de la visión); los mecanismos para el despliegue de las políticas; y la metodología de seguimiento.

La ponencia, también discurre por la transformación cultural, la gerencia de los procesos, la toma de decisiones, sobre control de gestión, indicadores de gestión, proceso de control, sistema de gestión (modelo europeo de excelencia empresarial), calidad, investigación en salud pública, líneas de investigación y tipos de organizaciones.

## TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

**Amilcar Pérez**

La misión fundamental de las universidades es la creación del conocimiento científico, desde cualquier perspectiva de la ciencia y la salud no escapa a esta exigencia. Este conocimiento sólo se logra a través de las actividades de investigación, planificadas desarrolladas y evaluadas dentro de políticas de prioridades que el Estado establece según la necesidad de su entorno social, y es la universidad quien garantiza y mantiene su carácter de universalidad.

La actividad investigativa universitaria tiene que ser creativa y basada en la exhaustiva búsqueda del conocimiento sobre problemas que afectan la realidad y donde el espíritu innovador para abordar la solución de dichos problemas, será el único camino viable en la permanente búsqueda de respuesta que transforme la vida de la sociedad.

En los últimos años se ha hecho cada vez más evidente la importancia para la universidad de tener una adecuada relación con el medio circundante, como vínculo que refuerza las funciones fundamentales de formación e investigación impulsando la modernización de los diferentes sectores de la actividad productiva del país. Se hace necesaria la existencia de una universidad moderna, flexible con mecanismos que posibiliten y potencien las iniciativas de sus miembros, con una participativa opinión en la solución de los problemas de la sociedad.

De igual manera, es menester analizar sobre los problemas que confrontan actualmente las Instituciones universitarias venezolanas y explorar en las infinitas posibilidades en el accionar que podría tomar tales instituciones, a partir de la comprensión de la realidad actual y futura por parte de la comunidad universitaria en general desde sus autoridades hasta la razón de ser de las mismas: sus estudiantes.

La investigación universitaria es una de las claves para poner en marcha los procesos necesarios, para enfrentar los desafíos de un mundo en constante transformación, en una sociedad modificada estructuralmente en sus formas y modos de vida. Es en este sentido, la generación y transferencia de conocimiento se rige en estímulo que debe contribuir a que la vida económica y social sea más productiva y próspera.

Por supuesto, en una era donde el avance científico y tecnológico se rige por la velocidad del cambio, la educación ha de considerarse pieza estratégica para delinear objetivos que garanticen una inserción positiva y constructiva de la comunidad universitaria en el sistema económico, en el mercado de trabajo.

La problemática de la educación superior, en el contexto de las exigencias que plantea la nueva realidad del siglo XXI, ha sido objeto de un amplio y reciente debate a nivel internacional, bajo la coordinación y auspicio de la UNESCO, cuyas ideas fundamentales han sido recogidas en la "Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción", aprobada en la Conferencia Mundial sobre Educación Superior realizada en París (UNESCO, Octubre, 1998).

La universidad venezolana de finales del siglo XX y comienzo del XXI, enfrenta dos tipos de situaciones que están íntimamente relacionadas; en primer lugar, están los problemas internos tradicionales, asociados con la gobernabilidad institucional, las deficiencias presupuestarias, el desempeño del profesorado, la calidad y pertinencia del egresado, el desarrollo de la investigación, la pertinencia de la extensión y la eficiencia administrativa. En segundo término, están un conjunto de factores externos que plantean nuevos retos a la universidad; ellos son: la globalización económica, la sociedad del conocimiento, además de la revolución de la información y tecnología de la comunicación. (Ruiz B; 2008)

Ahora bien, mi intención fundamental con esta intervención es develar en cierto modo el quehacer de la productividad investigativa dentro de nuestra Facultad de Ciencias de la Salud, específicamente en lo relacionado a nuestra carrera de Medicina, tanto de pre como de postgrado. No pretendo en lo absoluto dictar una cátedra de investigación en salud! Aunque si les soy sincero, estoy realizando todo lo posible por crear la Maestría en Investigación en Salud adscrita a nuestro Departamento de Salud Pública, para formar las futuras generaciones que enseñarán a investigar.

Esta mañana me propongo a través de esta disertación llamar a la reflexión del quehacer investigativo en un primer momento de nuestra Carrera de medicina Facultad De Ciencias De La Salud sede Carabobo, muy especialmente en atención al tema que nos reúne esta semana que es la salud pública venezolana; esta primera

aproximación sentará las bases para la prosecución del quehacer investigativo de los programas de postgrado, y representan las partes fundamentales de mi futura tesis doctoral.

Como dice una canción (de salsa) muy de moda a principios de los años 90: "Amigos, me alegra tanto que hayan hablado, atentamente a todos he escuchado (...)" y es que de cada tópico abordado a lo largo de las disertaciones que se desarrollaron en el marco de este congreso, reflexionaba que la investigación representa ese eje transversal capaz de generar el conocimiento que tanto necesita nuestra sociedad venezolana.

¿Cómo saber sobre los factores asociados presentes los pacientes con manifestaciones clínicas de alguna patología emergente como el zika o el chikunguya? ¿Cómo analizar sobre el alcance de un programa de salud materna o la relación que guarda el control del embarazo con la presencia de complicaciones maternas? ¿Cómo obtener indicios que me orienten la situación en cuanto a calidad de atención o en cuanto a la formación de nuestro personal en salud? Muy sencillo: ¡incentivando la investigación! Pero, ¿sobre qué estamos investigado?

En un trabajo que próximamente será presentado por la Profa. Tania Farías (docente de nuestro departamento) para optar al título de magister en Investigación Educativa y del cual soy orgullosamente tutor, se presentarán los enfoques investigativos, tipos y diseños de investigación y áreas de especialización médica más frecuentes entre los trabajos de investigación presentados por nuestros estudiantes del quinto año de la carrera de Medicina encontrándonos con un panorama algo alentador.

Aunque el enfoque predominante sigue siendo el cuantitativo y el tipo de investigación el descriptivo con diseños transversales (muchas veces retrospectivos) podemos mostrar con orgullo que además de las 4 grandes áreas de la praxis médica: MI, OBS-GIN, CIRUG Y PEDIAT, existe un área que subyace con características muy particulares como lo es la salud pública. Evidenciada principalmente en estudios sobre conocimiento de ITS, intervención educativa, educación sexual y nivel de conocimiento de factores predisponentes a patologías crónicas u oncológicas (cáncer de mama), factores asociados a complicaciones maternas desde una perspectiva epidemiológica, accidentes y hechos violentos, factores asociados a la presencia de VPH o VIH, entre otros tópicos de relevancia.

**Tabla 1.** Clasificación por áreas de especialización médica los trabajos de investigación científica desarrollados por estudiantes del 5to año de la carrera de medicina. Sede Carabobo.

Área clínicas macro	f	%	f	%	f	%
<b>Salud pública</b>	17	14,1	28	23,1	<b>45</b>	<b>37,2</b>
Ginecología y obstetricia	13	10,7	14	11,6	27	22,3
Medicina interna	12	9,9	7	5,8	19	15,8
Pediatría	2	1,7	9	7,4	11	9,1

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 2.** Clasificación por áreas de especialización específica los trabajos de investigación científica desarrollados por estudiantes del 5to año de la carrera de medicina. Sede Carabobo.

Áreas específicas	f	%	f	%	f	%
<b>Salud sexual y reproductiva</b>	8	6,6	8	6,6	<b>16</b>	<b>13,2</b>
<b>Salud materna y fetal</b>	6	4,9	9	7,4	<b>15</b>	<b>12,4</b>
<b>Enfermedades infectocontagiosas</b>	4	3,3	7	5,8	<b>11</b>	<b>9,1</b>
<b>Epidemiología</b>	2	1,7	6	4,9	<b>8</b>	<b>6,6</b>
<b>Formación del personal de salud</b>	3	2,6	4	3,3	<b>7</b>	<b>5,8</b>
Salud ocupacional	0	0	7	5,8	7	5,8
Calidad de vida	4	3,3	2	1,7	6	4,9
Cardiología	3	2,5	3	2,5	6	4,9
Crecimiento y desarrollo	0	0	6	4,9	6	4,9
Nutrición	4	3,3	2	1,7	6	4,9

Fuente: Datos propios de la investigación.

Ahora falta otro desafío mayor, como docente de la asignatura seminario de investigación I y II en nuestros programas de postgrado universitarios me trace una meta: ver de qué manera puede vincularse la salud pública a los diferentes productos investigativos de las especialidades y encaminarlos a que más que un conocimiento muy técnico o de un área específica de la praxis médica, brinden una respuesta concreta a una sociedad cada vez más deprimida que recurre a nuestros centros de salud pública para recuperar su estado de salud.

No sé si será una quimera o pecaré de idealista, pero “o inventamos o erramos” y si es en Salud Pública donde desempeño mi quehacer educativo, esa será la trinchera de batalla donde me tocará lidiar mis más grandes batallas. Estoy profundamente sensibilizado sobre este aspecto y agradezco el legado que forjaron en mí todos esos extraordinarios salubristas, epidemiólogos y gerentes de salud pública que me antecedieron y que en la actualidad puedo vincular con lo que, más o menos, sé hacer: enseñar a investigar!.

No todo está dicho, falta mucho camino que recorrer. Soluciones? No las tengo por ahora, pero se vislumbra un panorama prometedor con nuevas oportunidades encontradas en las profundidades del enfoque cualitativo, donde podemos vincular la evidencia con la individualidad del paciente y el entorno que lo circunda, donde el método trasciende el esquema y el investigador se hace uno con el sujeto respetando su realidad.

Es momento de abrir el pensamiento y repensar el quehacer investigativo, que debe estar centrado en brindar soluciones y comprender la realidad para ayudar a transformarla, sólo así podremos decir: “Buscando el bien de los demás encontraremos el nuestro” Platón. La Formación continua desde la Sociedad Venezolana de Salud Pública.

## LA DIVERSIDAD SEXUAL Y LAS POLÍTICAS DE SALUD. UN DEBATE IMPOSTERGABLE EN VENEZUELA

**María Báez**

### Reflexión inicial

“Yo respeto la diversidad género-sexual, yo quiero un mundo más justo”. Con esta frase de una campaña que se hizo en Venezuela, llamada No soy tu chiste, doy inicio a esta disertación. Hablar de respeto y sobre un mundo más justo, entra en una categoría casi utópica, impensable para muchos, anhelada para otros. La diversidad género-sexual, representa entonces eso otro que debe ser definido en un mundo diverso por su esencia misma. Hay una hermosa y letal complejidad entendernos y sabernos parte del Mundo y fuera de él.

Es a través de los discursos donde podemos observar estas “diferencias”, convertidas en acciones naturalizadas o no, alimentada por los elementos culturales que rigen la historia misma de un espacio o país. Por ejemplo, en nuestra sociedad venezolana en particular, en la mayoría de sus aristas está cimentada bajo la heteronorma en relación a la sexualidad, lo demás “lo otro”, queda en una suerte de periferia que orbita entre la visibilidad y la lucha por su reconocimiento. En la actualidad, nos enfrentamos a un tema que se habla, que se lee, se escucha, se ve en el cine, se escribe en la literatura. Este es un tiempo en donde se remueve lo que se cree en base a lo que nuestra cultura dominante nos ha impuesto, y se quiera o no debemos, como país, hacer una revisión a lo interno en pro de una sociedad más justa y más equitativa.

### Derechos Humanos utopía o justicia

Quise iniciar haciendo referencia a un caso que conmovió- a una parte- de los venezolano, como lo fue Giniveth Soto. Quién fue ella?, fue una mujer que se enamoró de otra mujer, activista, se casaron en Argentina, tuvieron un hijo. Intentaron formalizar su matrimonio aquí en Venezuela pero les fue negado por ser una pareja del mismo sexo y en la ley venezolana eso no está contemplado sólo para parejas heterosexuales. A ella la asesinan en el país y queda su viuda (reconocida como viuda en Argentina solamente), desconsolada, que

fue sacada de la morgue porque no “era familiar directo” y aquí en Venezuela este “tipo” de matrimonios no eran aceptados. Después de quedarse sin su pareja, no había un marco legal de protección tanto para ella como para su hijo. Uno de los tantos casos que ha diario tienen que padecer mujeres y hombres venezolanos.

También, me refiero a expresiones de odio como “Me golpearon por tomar la mano de mi novio”, este es un joven como muchos tantos, que fue golpeado por tomar la mano de su novio, su pareja. El odio fue tal que lo golpearon, llegó al hospital y escuchaba que no querían atender “al maricón”, que “eso” se lo buscó por “andar de marico”, y que hasta un “sidoso” puede ser.

Dentro de los variados discursos que se expresan libremente por unos tantos, encontramos ¿Derechos? no se puede hablar de un derecho cuando se trata de una aberración sexual. Esta expresión de un pastos evangélico que lo publicó en sus redes sociales posterior al acto de odio llevado a cabo en un sitio nocturno en Orlando Florida, donde murieron homosexuales, heterosexuales y en resumen, seres humanos.

Parto las palabras de Hanays Montaner (s/f) Presidenta de la Fundación Amanecer Humano Venezuela que expresa: Este tipo de discurso, promueve el que la comunidad sexodiversa sea prohibida, oprimida, silenciada, bajo la presunción que son peores que los delincuentes”. Así mismo hace promoción e instigación al odio hacia un sector de la sociedad. “Son muchas las personas que han perdido la vida por causa de la homofobia y el Estado tiene una deuda histórica con la comunidad LGBT y sus caídos”.

De acuerdo a Van Dijk (1984) las ideologías son marcos básicos de cognición social, las cuales son compartidas por miembros de grupos sociales, están constituidas por selecciones de valores socioculturales relevantes, y se organizan mediante esquemas ideológicos que representan la autodefinición de un grupo. Además de su función social de sostener los intereses de los grupos, las ideologías tienen la función cognitiva de organizar las representaciones (actitudes, conocimientos) sociales del grupo, y de esta forma monitorizar indirectamente las prácticas sociales grupales, y por lo tanto también el texto y el habla de sus miembros.

Esto significa que los modelos forman la base mental que sitúa al texto y al habla: “son lo que la gente habla, o a lo que se refiere, caracterizan las construcciones de unos hechos subjetivos del

pasado, presente o futuro; representan experiencias personales así como planes para la acción” (Van Dijk 2008:101). Para este autor, el hecho que los modelos sean construcciones mentales subjetivas explica por qué la gente puede ser parcial, estar equivocada o tener representaciones de la realidad, ficticias o equivocadas, como sucede en las representaciones racistas de los hechos étnicos, o sexistas como la discriminación por género.

Entonces, el discurso de odio y la materialización de ello como los crímenes de odio, están sustentadas en bases ideológicas que moldean esa cognición social, y como señala Van Dijk, puede ser entonces una aproximación para entender lo que sucede entre el discurso y la acción.

Si profundizamos en esto, vemos constantemente como los crímenes de odio por orientación o preferencia sexual, identidad de género y expresión de género se dan constantemente. La exclusión, los estigmas, burlas, las etiquetas, la vulneración de los derechos civiles, afecta a una gran parte de la población al negarse su derecho a la identidad deseada y sentida, como en el caso de los y las transexuales y transgénero. No hay derecho a un HCM, como marco de resguardo en el sector salud, dentro de los trabajos se ven discriminados si se expresa abiertamente la preferencia sexual o como sucede en la mayoría de los casos con hombres y mujeres transexuales, ni siquiera son considerados para un puesto de trabajo, así sea mano de obra calificada. Y como se mencionó anteriormente, no hay un marco legal que ampare en el matrimonio de personas del mismo sexo, además y el punto que se resalta no hay acceso equitativo de salud.

Cabe mencionar, que aunque se han hecho aportes importantes para este tema dentro de discusiones regionales, nacionales e internacionales, se plantean también contradicciones en los lineamientos dibujados por el Estado venezolano y las praxis sociales, que de acuerdo a Gutiérrez, Navarrete y Tovar (2007) .

*El Estado, al menos éste que, desde la inclusión, propone una nueva sociedad basada en un socialismo humanitario, debe integrar reflexivamente a su programa la puesta en valor de la diversidad sexual. Sin embargo, el programa estatal debe ser coherente, lo que requiere la revisión permanente de las contradicciones entre la nueva praxis política y los resabios homofóbicos y heterosexistas manifiestos, irreflexiva y*

*frecuentemente, en los discursos y acciones de instituciones, colectivos e individuos que conducen el nuevo socialismo. (s/p)*

Estas incoherencias son vividas tangiblemente en acciones de discriminación y exclusión concretamente, dando pasos a conceptos, en diversos espacios sociales. Y muy especialmente en los centros de salud, en donde se ven comprometidos, estigmatizados, vulnerado y en violación constante de sus derechos humanos.

Estos hechos descritos, fueron reflejados y ampliados en el Informe sobre la Situación de las Personas LGBTI Venezuela presentado ante la CIDH en el año 2012, en donde señalan, entre muchos aspectos relacionados al marco legal ya que carecen de una identidad legal, son vulnerados sus derechos civiles, económicos, sociales y culturales particularmente a la salud.

De acuerdo al Informe Anual de los Derechos Humanos (2012), Venezuela **carece de un marco normativo y de políticas públicas orientados garantizar el libre y pleno goce de los derechos humanos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transsexuales, transexual, transgénero e intersex**; además, la inobservancia y falta de implementación de los estándares internacionales de protección establecidos para dicha población, dejan en indefensión a esta población en situación de vulnerabilidad. Esta presentación, devela tres problemáticas graves que enfrentan en nuestro país las personas LGBTI, a saber: 1) La falta de acciones efectivas de protección, 2) la situación especialmente vulnerable de las personas transsexuales y transexual, y 3) la falta de protección legal de parejas del mismo sexo.

### Informe Anual de Derechos Humanos. Cap IV.B Venezuela

- CIDH continúa recibiendo información preocupante sobre actos de violencia contra personas LGBT, en particular sobre asesinatos -especialmente de mujeres trans-, alegadas situaciones de abuso policial.
- Expresiones de altos funcionarios del Estado que promueven los prejuicios y estigmatizan a personas LGBT.
- Ausencia de la protección legal a parejas del mismo sexo, discriminación en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales de personas LGBT.

- (...) el Estado destacó las medidas adoptadas en aras de proteger y promover los derechos de personas LGBT, en particular las acciones adelantadas por la Defensoría del Pueblo y la investigación de casos de asesinatos. El Estado señaló que el tema es cultural y que posiblemente sólo pueda solucionarse generacionalmente.
- Adicionalmente, según información aportada por la sociedad civil, las parejas del mismo sexo no tienen los mismos derechos que las parejas de diferente sexo y se les niegan sus “derechos relativos al régimen patrimonial de bienes ante la disolución de la pareja, por separación o muerte,” y otros derechos y obligaciones de índole social y económica reconocidos a los integrantes de una familia compuesta por personas de distinto sexo.

### Informe sobre la situación de las personas LGBTI en Venezuela ante la CIDH 2012

Las solicitudes al Ministerio del Poder Popular para la Salud para establecer la posibilidad de que las personas transexuales accedan a los servicios de salud con su nombre social, no han sido respondidas

La mayoría de las personas transexuales prefieren no asistir a ningún centro de salud, inclusive cuando son portadoras de VIH, para evitar la violencia y discriminación en su contra, contraviniendo lo establecido en la Observación General N° 14 del Comité de DESC, que prohíbe la discriminación en el acceso a la atención de la salud.

### Reflexiones finales

#### *Primeros pasos*

Se presenta el nuevo paradigma y las cuestiones nodales.

Un nuevo paradigma es una forma de ver el mundo, si seguimos viéndonos como partes, sin darle un significado a otro, donde se pueda establecer la convivencia sin asimetrías.

- Historización de los conceptos claves para entender la construcción del enfoque de género, sexodiversidad.
- La atención desde la perspectiva sugiere estrategias para abordar la sexodiversidad desde las instituciones, hogares, escuelas.
- Erradicar las asimetrías de género, identificándolas en esta sociedad patriarcal.

- Resignificación de las relaciones emo-afectivas no heteronormadas.
- Respeto a las identidades y expresiones de sexo-género-diversidad.

Esta investigación constituye una plataforma inicial para la reflexión sobre nuestra pertinencia social en la minimización de las relaciones asimétricas de género históricamente constituidas en el país. Pensar en una sociedad más justa representa deconstruir conceptos, valores y visiones instaurados en los modelos ideológicos de pensamientos llevados a la praxis a través de acciones que vulneran el derecho a Ser y a vivir libremente; es por ello que esto implica escuchar a las partes y mirar desde un todo, en este compromiso social que debemos generar como investigadores.

Es por ello, que se reafirma la necesidad de profundizar y ahondar sobre estos temas con posturas epistémicas y metodológicas sistemáticas que tengan una repercusión en y para las realidades de las dinámicas sociales inherentes a la salud; así como también la sistematización teórica, desde la ciencia sociológica, de los estudios acerca del género y sus implicaciones respecto a la sexodiversidad.

## REFERENCIAS

- Gutiérrez, C., Navarrete, R., y Tovar, M. (2007) Diversos y socialistas: La diversidad sexual en el socialismo del siglo XXI. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales* v.13 n.2 Caracas ago. 2007, 103-123.
- Informe sobre la Situación de las Personas LGBTI Venezuela presentado ante la CIDH en el año 2012. Documento en línea, recuperado en Noviembre 2012, disponible en <http://amnistia.me/profiles/blogs/informe-sobre-la-situacion-de-las-personas-lgbti-venezuela>.
- Van Dijk, T (1984) Prejuicio en el discurso: un análisis de los prejuicios étnicos en la cognición y conversación. J. Benjamins, Amsterdam.
- Van Dijk, T. (2008) Semántica del Discurso. *Discurso y Sociedad*, Vol 2(1) pp 207-261.

## ARTETERAPIA: ARTE PARA SANAR

Zoraida Castillo Lara

**RESUMEN:** La arteterapia es una técnica terapéutica con base en materiales artísticos que facilitan al paciente la expresión de sus conflictos y la reflexión. En los últimos años, nuevos enfoques se han centrado en fomentar la arteterapia como herramienta para sanar a través de las distintas técnicas relacionadas al arte como el dibujo, pintura, escultura, fotografía, danza, música, teatro, entre otras. El presente artículo tiene como propósito analizar los beneficios terapéuticos de la arteterapia como herramienta para sanar mente, cuerpo y alma. Realizado el análisis, se concluye que a través de la arteterapia, los pacientes desarrollan las expresiones simbólicas como sueños, fantasías, imágenes del pasado, sin tener que traducirlas a palabras, liberando las emociones previamente contenidas. La obra creada conlleva una experiencia, que permite revivir los sentimientos que prevalecieron al momento de al crearla, con solo volver a mirarla. La experiencia creativa es gratificante por lo que el paciente se motivaría en su proceso, siendo este un prototipo de un funcionamiento sano gracias su carácter simbólico. No obstante, el arte es un medio poco utilizado y menos susceptible de ser controlado, debido a la integración del mundo interno y externo de los pacientes. Por ello es necesario fomentar este tipo de terapia a través del arte, utilizando las diversas técnicas adaptadas a las necesidades de cada paciente.

**Palabras Clave:** Arteterapia, lenguaje artístico, terapias artísticas.

## INTRODUCCIÓN

El arte es el concepto que engloba todas las creaciones realizadas por el ser humano para expresar una visión sensible acerca del mundo, ya sea real o imaginario. Es un lenguaje fundamental del hombre, una de las maneras que ha encontrado a lo largo del tiempo para tratar con lo real, es decir, para bordear lo imposible, lo insoportable, la discordancia que está en el centro de la condición humana; una forma de expresión visual de los pensamientos y sentimientos que en él convergen.

Asimismo, el arte visto desde la psicología, es considerada como una herramienta terapéutica que labora en pro de la recomposición de una trama simbólica fracturada, así como el valor de la sublimación para el sujeto que padece, es lo que se llama hoy en día "Arteterapia". La arteterapia es una técnica terapéutica gracias a

la cual el paciente se comunica con materiales artísticos, los cuales le facilitan la expresión de sus conflictos y la reflexión. Esta técnica está especialmente indicada para aquellas personas que, en virtud de la enfermedad que padecen u otras razones, tienen dificultades para articular verbalmente sus conflictos (1).

Existen diversas definiciones de la arteterapia, así como diferentes opiniones sobre cual deberían ser su base. Las más importantes son las que tienen que ver con el proceso creativo. Dalley propone que cualquier enfoque teórico de la terapia artística debe tener en cuenta la noción de creatividad, mientras Storr ofrece una definición simple y concreta que evidencia la importancia de la transformación en el proceso creativo: "La creatividad es la capacidad de hacer que exista algo nuevo para la persona" (2).

Otra definición importante es la dada por la Asociación Americana de Arteterapia (AATA), que la define como una profesión establecida en la salud mental que ocupa los procesos creativos de la realización de arte para mejorar y explorar el bienestar físico, mental y emocional de individuos de todas las edades, pues administra el comportamiento, las adicciones, las habilidades sociales, mejora la orientación de la realidad, reduce la ansiedad y aumenta la autoestima. Según la AATA, un objetivo en la terapia de arte es mejorar o restaurar el funcionamiento de un paciente y su sentido del bienestar personal. La práctica de arteterapia requiere del conocimiento del arte visual (dibujo, pintura, escultura y otras formas de arte) y el proceso creativo, así como las teorías y técnicas de desarrollo humano, psicológico y terapéutico (2).

Para la Asociación Chilena de Arteterapia (ACAT), la Arteterapia es una especialización profesional que utiliza la expresión plástica como medio de comunicación, para explorar y elaborar el mundo interno de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, con fines educativos y de desarrollo personal (3). Por su parte, la Asociación Británica de Arteterapia (BAAT) describe a la arteterapia como una forma de psicoterapia que usa los medios artísticos como el modo de comunicación primordial. Ésta es practicada por arteterapeutas cualificados y registrados quienes trabajan con niños, jóvenes, adultos y ancianos (4).

Aunque su aplicación es reciente en Venezuela, la técnica no es nueva y tiene sus antecedentes en la Europa de los años posteriores

a la Segunda Guerra Mundial. Inicialmente existen dos corrientes fundamentales en la arteterapia, representadas por Margaret Naumburg (terapeuta) y Edith Kramer (artista), ambas trabajaron desde la perspectiva psicoanalítica y del arte. Mientras Naumburg trabajaba con la idea de animar a sus pacientes a dibujar de forma espontánea y con base a esto se realizaban libres asociaciones, por lo que entendería la imagen como forma de comunicación entre paciente y terapeuta, permitiendo que los contenidos inconscientes afloren a la conciencia; Kramer trabajaba con niños dándole énfasis al valor curativo e integrativo del proceso artístico, sin recurrir a la interpretación verbal, produciendo un trabajo plástico cargado de emocionalidad (5).

Con el tiempo van surgiendo nuevas formas de realizar terapias artísticas con orientación existencialista, humanista, psicoeducativa, cognitiva, conductual, sistémica, entre otros enfoques de integración teórica. Sin embargo, los enfoques de realización de arteterapia dependerán del grado de libertad que otorga el terapeuta al paciente, frente a la elección de materiales, técnicas y actividades guiadas por el terapeuta.

En los últimos años, estos nuevos enfoques se han centrado en fomentar el arteterapia como una herramienta para sanar a través de las distintas técnicas relacionadas al arte como el dibujo, pintura, escultura, fotografía, danza, música, teatro, entre otras. El presente artículo tiene como propósito analizar los beneficios terapéuticos de la arteterapia como herramienta para sanar mente, cuerpo y alma, así como definir cuales pueden emplearse para ello.

## ANÁLISIS-DISERTACIÓN

La arteterapia puede utilizarse para diferentes diagnósticos o dificultades como los emocionales, problemas conductuales o de salud mental, aprendizaje, discapacidades físicas, lesiones cerebrales o situaciones neurológicas y enfermedades. La arteterapia no es una actividad recreacional o una clase artística, aunque se puede disfrutar de ella. Los pacientes no necesitan de experiencia previa alguna o ser expertos en arte (4).

La arteterapia no es útil solamente para aquellas personas con dificultades en la verbalización, sino que el simple hecho de poder

comunicarse, de expresarse a través de una obra artística permite salvar muchas resistencias, sin que se irrespete o vulnere a las personas, ya que, permite un el abordaje inicial porque funcionará como catalizador para que surja todo lo deba surgir y por tanto, ayuda en el tratamiento terapéutico necesario.

Las técnicas de la terapia artística no se centran en el valor estético del trabajo, si no en el efecto que tiene el proceso terapéutico, considerando que todo individuo, tenga o no formación artística, posee la capacidad latente para proyectar sus conflictos internos por medio del arte. Finalmente la obra realizada es un nexo entre el paciente y el arteterapeuta (3), porque se basa en la creencia de que el proceso creativo relacionado en la autoexpresión artística ayuda a las personas a: resolver conflictos y problemas, desarrollar habilidades sociales, controlar el comportamiento, reducir el estrés, aumentar el autoestima y la autoconciencia, y alcanzar la introspección.

El valor terapéutico de las artes, tanto visual, musical como corporal, ha generado una alternativa en las áreas de la medicina, educación y servicio social. Se desarrolla desde hace más de 50 años en Estados Unidos, Inglaterra, España, Francia, Alemania, entre otros. En Estados Unidos e Inglaterra es reconocida como profesión de apoyo insertándose en contextos sanitarios, educativos y sociales (3).

Además, es importante señalar que la actividad artística es un vehículo de cambio terapéutico inmerso dentro del arte que se concibe principalmente como un medio de comunicación no verbal. Esta peculiaridad permite sobre todo captar la riqueza del mundo emocional y relacional del individuo, que en los enfoques modernos psicoterapéuticos es el punto esencial para cualquier cambio o movilidad de los procesos emocionales y cognitivos (3).

Estas técnicas serían de amplio uso por personal de salud previamente capacitados y adiestrados en sus principales elementos teóricos y prácticos, y cuyo desarrollo inicial debería ser siempre supervisado. Pero ¿Cuáles son los beneficios terapéuticos de la Arteterapia? en primer lugar facilita la expresión directa de aspectos internos de la persona, plasmando a través de las distintas técnicas ideas que no puede expresar verbalmente. Como expresión plástica es una forma rápida y transparente de comunicación, a través del cual se expresan sentimientos y pensamientos en forma de imágenes,

permitiendo encontrar soluciones a viejos problemas. Esto facilita el contacto interior y los nuevos descubrimientos cuando el paciente va describiendo su obra, lo que permite a su vez profundizar, desde otro nivel, y crear el espacio y la oportunidad para comunicarse con el exterior.

Una de las principales ventajas de la terapia artística es que puede ser utilizada como un recurso terapéutico flexible que puede ser empleado en poblaciones de diversas edades (niños, adultos y ancianos), así como también con sujetos que presentan dificultades y trastornos emocionales. Igualmente este enfoque puede desarrollarse con otros fines de salud en diferentes escenarios: escuelas, centros de salud y en diversos espacios comunitarios; y el tratamiento puede ser abordado de diferentes maneras: trabajando con individuos, con familias y en grupos.

No obstante, surgen ciertas inquietudes ¿Cómo sanar mente, cuerpo y alma a través de la arteterapia? y ¿Cuáles lenguajes artísticos puedo utilizar? Son muchos los autores que han realizado investigaciones sobre la arteterapia, pero su inclusión en el ámbito académico, médico y psicológico es relativamente reciente.

La necesidad de investigar y dar razones fundamentadas, es un desafío que convoca a diversas disciplinas: desde las neurociencias, al psicoanálisis; incluyendo la antropología, el juego, la filosofía, la estética, la ética, la astrología, la sociología y las vicisitudes del ser. En la práctica de las terapias expresivas hoy se retoma ese conocimiento ancestral desde nuestra capacidad innata tanto individual, como singular y colectiva en la búsqueda de la integridad de nuestro ser, de saber quiénes somos como seres humanos en el mundo. En la práctica de las terapias expresivas hoy se retoma ese conocimiento ancestral desde nuestra capacidad innata tanto individual, como singular y colectiva en la búsqueda de integridad de nuestro ser, de saber quiénes somos como seres humanos en el mundo (6).

Al respecto, la psicóloga Cristal Palacios afirma que “el proceso creativo sana, porque te permite ser tú mismo, sin limitaciones y sin juzgarte. Además, mostrarte cómo eres ante otra persona es sanador porque significa que adquieres confianza para decir ‘este soy yo’. Pero lo más importante es que al final te permite, a través de lo sensorial, verte tú de otra manera, más allá de lo que crees que eres, y encontrar en tu interior soluciones a los conflictos. El arteterapia brinda una

oportunidad única de superación personal, de autoconocimiento y potencia la capacidad de sanación que hay en cada quién” (7).

Con respecto a los lenguajes artísticos utilizados, se puede señalar en primer lugar la terapia expresiva, donde los principales paradigmas en que se han basado las diferentes aplicaciones han sido la técnica dramática, una fórmula de psicoterapia grupal donde la innovación es la aplicación de la dramatización de roles a la práctica psicoterapéutica grupal, a partir de la naturaleza psicosocial de la experiencia dramática; el rol, que concibe que el ser humano, como individuo creativo, puede crear o regenerar nuevos y viejos roles que le inducen pensamientos y actitudes nuevas en un sentido existencial y relacional; y la dramatización creativa o juego de roles, la cual se centra en la creatividad del acto dramático que cumple funciones de catarsis, interacción social, formación de la autoconciencia y que como “acto creativo” sirve al individuo para negociar las paradojas entre la vida cotidiana y la vida imaginada, entre la realidad y la fantasía. Esto posibilita la expresión al exterior de la vida interna del individuo y sus posibilidades de apropiación de roles mediante mecanismos internos y externos (8).

En cuanto a las terapias musicales o musicoterapia, destacan 3 vertientes: la Sonoterapia, que se refiere al poder fisiológico de la vibración; la Ritmoterapia, se refiere al poder dinamogénico de la música, en que el ritmo estimula la interacción entre los niveles sensorial, afectivo e intelectual; y la Meloterapia, se refiere al poder afectivo, comprobándose clínicamente que la melodía contiene una fuerza propulsora que despierta la actividad motriz y las emociones. Esta es utilizada en estrategias antiestrés y en la psicoprofilaxis del dolor y del parto; mientras que en el plano de la rehabilitación la música estimula los estados afectivos e impone estados de ánimo aprovechables en las situaciones psicológicas de pérdida (8).

En relación a las terapias danzarias, se reconocen 2 aspectos a los que va dirigido el estudio de los efectos terapéuticos de la danza: el movimiento como una necesidad física y psicológica del ser humano, y la danza como comunicación de sentimientos, deseos y vida interna del ejecutante. Como recurso terapéutico, la creación de grupos de danza en la comunidad resulta un movilizador para la respuesta activa a los problemas de salud; así como también en la prevención, utilizando los beneficios del ejercicio físico y las posibilidades

comunicacionales para programas de enfermedades crónicas, para el trabajo con adolescentes y otros grupos vulnerables (8).

En las terapias artísticas, los principales elementos en los que se sustenta la aplicación son las posibilidades comunicacionales, posibilidades de expresión emocional y del mundo interno, y posibilidades creativas del proceso de interacción. En la generalidad de las aplicaciones se utilizan técnicas de expresión creativa como el modelado, pintura, dibujo, mandalas, títeres, instalaciones, collage, entre otras, las cuales puede ser grupales o individuales. (8)

Las técnicas plásticas son de gran utilidad dado que pueden ser utilizadas para desarrollar mensajes de salud desde una posición activa de la comunidad, para el trabajo con grupos de riesgo, como medio de comunicación efectiva, para desarrollar los objetivos terapéuticos en las familias disfuncionales y otros grupos específicos en la curación, incluso lograr la rehabilitación de procesos en la orientación psicológica a familias e individuos en rehabilitación.

## CONCLUSIONES

La arteterapia es una herramienta que proporciona muchos beneficios para la sanación del cuerpo, mente y alma del ser humano. A través de la arteterapia los pacientes desarrollan las expresiones simbólicas como sueños, fantasías, imágenes del pasado, sin tener que traducir las a palabras, liberando las emociones previamente contenidas. La obra presupone que está relacionada con el mundo interno del autor, como una proyección de su experiencia y expresa las polaridades que en un proceso creativo pueden integrarse.

La obra creada conlleva una experiencia, por lo que se pueden revivir los sentimientos que se tuvieron al crearla con solo volver a mirarla. La experiencia creativa es gratificante por lo que el paciente se motivaría en su proceso, siendo este un prototipo del sano funcionamiento gracias su carácter simbólico, no obstante, el arte es un medio poco utilizado y menos susceptible de ser controlado, por lo que se logra la integración del mundo interno y externo de los pacientes. Por ello es necesario fomentar este tipo de terapia utilizando las diversas técnicas adaptadas a las necesidades de cada paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marxen E. Diálogos entre arte y terapia. Del «arte psicótico» al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones. Gedisa Editorial. 2011.
2. Dalley T. El arte como Terapia. 2º ed. Editorial Herder. Barcelona, España 1984.
3. Asociación Chilena de Arte Terapia. Disponible en: <http://www.arteterapiachile.cl/arte-terapia-1>. 2017.
4. Botero C. ¿Qué es la arte-terapia? Disponible en: <http://www.claudia-botero.com/singlepost/2016/10/28/%C2%BFQu%C3%A9-es-Arte-Terapia>. 2017.
5. Balmaceda V. Arte-terapia y duelo: proceso de elaboración con un niño. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Arte. Disponible en: <http://media.wix.com/ugd/3e2e6ae70a4b80d81d4aabb80cf118ff847033.pdf>. 2005.
6. Sophiaonline.com.ar Arte para sanar. Disponible en: <http://www.sophiaonline.com.ar/arte-para-sanar/>. 2016
7. Castillo E. Arte para sanar. Rev Estampas 2012. Disponible en: <http://www.estampas.com/cuerpo-y-mente/120401/arte-para-sanar>.
8. Suárez L, Guibert W. Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad En la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):295-230.

## INCLUSIÓN SOCIAL: MÚSICA, EDUCACIÓN, SALUD PÚBLICA, UNA APROXIMACIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE COROS Y ORQUESTAS JUVENILES E INFANTILES DE VENEZUELA

**Eudel Seijas**

**RESUMEN:** Cuando hablamos del Sistema Nacional de Coros y Orquestas Juveniles e Infantiles de Venezuela, viene a nuestras mentes una población dinámica y alegre, vestida de tricolor, dejando el nombre del país en alto a través de sus voces e instrumentos, sin pensar que también se encuentra allí uno de los proyectos más visionarios en los últimos años, en cuanto a salud pública se refiere. Con la consigna cantar, tocar y luchar se presentan factores protectores de la salud que se entretajan entre sonidos para consolidar la salud social del individuo que le integra, su familia y su comunidad en general. Bajo la modalidad de investigación acción participativa podremos conocer el devenir de seis años de estudio de la formación de una sociedad sensible ante las personas que presentan diversidad funcional entre los distintos programas impartidos dentro del Núcleo Valencia “El Trigal”.

**Palabras Clave:** Inclusión social, música, educación, salud pública.

La música puede ser vista como un fenómeno físico que se traslada a lo más profundo del ser y le hace estar en contacto con su propia esencia, su biología, emocionalidad e interacción social. “La música que atesoramos, que nos habita de manera indispensable, provoca un ahondamiento, una receptividad hacia emociones que de otro modo nos serían desconocidas. Los intentos de desarrollar una psicología, una neurología y una fisiología de la influencia de la música sobre el cuerpo y la mente se remontan a Pitágoras y la magia terapéutica, pasando por Schopenhauer y Nietzsche, hasta llegar a Sloterdijk., quien plantea como basamento de este interrogar, como pregunta estrictamente filosófica, exploratoria de la experiencia musical: ¿dónde estamos, cuando escuchamos música? A la que podríamos añadir ¿a dónde nos dirigimos cuando escuchamos música? O, mejor aún, ¿hacia dónde somos conducidos?” (1).

Sin embargo el autor, cita únicamente la experiencia del receptor en la música y no incorpora la de un emisor que sería el compositor y quien conduce este mensaje y por otro lado,

el mensaje mismo que es transmitido por los músicos, así que fácilmente se pudiese estar representado ese mensaje por el o los intérpretes de la obra musical, quienes se involucran de forma sensorial y afectiva a este fenómeno ajeno a ellos, pero tan estrecho a su vez porque le dan forma y materializan a través de su ejecución, y mientras seguimos desarrollando la cita de Vásquez, es necesario también plantearnos que en este proceso complejo y filosófico, indiscutiblemente se involucra la socialización. A lo que se podría decir que la música que atesoramos, nos traslada a la imagen del otro y lo que significa en nuestras vidas en relación a ella. Es aquí donde toma fuerza la proyección social de la práctica musical en grupos, planteada por el Maestro José Antonio Abreu y su concepto vanguardista de su alcance “La música es un instrumento irremplazable para unir a las personas” (2).

En Venezuela, durante las últimas cuatro décadas se ha estado relacionando la educación, la música y salud pública a través del Sistema Nacional de Orquestas Juveniles e Infantiles de Venezuela como herramienta de transformación de la sociedad, y a través de sus programas se ha canalizado el preocupante índice de pobreza e inseguridad que forma parte del día a día del venezolano hacia un colectivo artístico presente en cada rincón del territorio nacional, mostrando una luz esperanzadora a la sociedad, basada en el talento que caracteriza al músico venezolano que se lleva ante su población y en distintos escenarios para ubicar a sus protagonistas como un ejemplo para sus conciudadanos. De esta manera, lo anteriormente expuesto conlleva al reconocimiento internacional de distintas instituciones que junto a la ovación del público rinde homenaje al trabajo que viene realizando el Maestro José Antonio Abreu con este proyecto que cada día rescata a la juventud venezolana de la calle, los vicios, el ocio y los factores de riesgo a través de la enseñanza musical.

La Organización Mundial de la salud nos presenta en su concepto, que el bienestar social juega un papel importante en lo que a salud se refiere, por tal razón en la actualidad, el desarrollo integral del individuo y su interacción con el entorno que le rodea es un tema muy discutido, debido a que la sociedad requiere herramientas para consolidar valores en sus ciudadanos y procurar que perduren en los

mismos; por esto, tras la búsqueda de este desarrollo, la comunidad científica se ha abocado a buscar recursos a lo largo de su propia existencia, para lograr la transformación desde su esencia y la de su colectivo, surgiendo así una estrecha relación entre la salud, la cultura, la educación y el arte.

Por otra parte, la música posee características trascendentes en el proceso formativo de los niños niñas y adolescentes en cuanto a su desarrollo personal y colectivo. Con base a esta premisa el mencionado sistema de enseñanza musical venezolano enfoca sus esfuerzos en atender de forma general a sus integrantes para establecer un patrón de ciudadano activo y participe de la construcción de su futuro próximo; Por esta razón dicho programa llama la atención del mundo entero, ya que, involucra directamente a la educación a través de la música como una estructura educativa poco tradicional y posee a su vez un alto alcance social porque le presenta a la población involucrada un panorama distinto al que se encuentran cotidianamente, llámense barriadas, zonas vulnerables y sectores en los que hacen vida.

Según datos obtenidos por Borzacchini (3), en el estado Carabobo se contaba con una población atendida por El Sistema Nacional de Orquestas y Coros de Venezuela de 3.187 personas, únicamente con la operatividad de dos núcleos, ubicados en los municipios Valencia y Puerto Cabello. Sin embargo, en este momento tan solo el municipio Valencia cuenta adicionalmente con dos núcleos y una extensión del Conservatorio “Simón Bolívar” por lo que su alumnado ha aumentado significativamente a más de 10.840 con la incorporación de los proyectos “Simón Bolívar” y “Alma Llanera” esta data es obtenida a través del informe de gestión presentado por la Coordinación Regional en el periodo 2013-2014. Por lo que resulta oportuno desglosar, que en la actual estructura funcional del estado Carabobo, que cuenta para el año 2016 con siete núcleos ubicados de esta manera: en los municipios Carlos Arvelo; en la parroquia rural Belén, Puerto Cabello en las parroquias urbanas Juan José Flores y Bartolomé Salom, en Libertador; parroquia Tocuyito, Naguanagua y Valencia en las parroquias Miguel Peña, San José y El Socorro.

El Núcleo Valencia de la parroquia San José, se encuentra ubicado en la Urbanización Trigal Centro y es conocido como

“Núcleo El Trigal”. Éste fue fundado en el año 2006 y desde entonces ha sido un importante semillero, referente en la formación musical de niños, niñas y adolescentes en el estado Carabobo. Como muestra se destaca que, 50% de los niños y niñas carabobeños que fueron seleccionados para participar en la Festival Internacional de Música de Milán 2015 con la Orquesta Sinfónica Nacional Infantil de Venezuela, fueron formados en el Núcleo El Trigal.

La población estudiantil del mencionado Núcleo es bastante amplia y cuenta actividades principales que se desarrollan día a día en la institución; kínder musical que se encarga de brindarle su primer acercamiento a la música desde la edad temprana a los niños y niñas, Orquesta Alma Llanera, pionera en el estado Carabobo en la formación musical en el género tradicional venezolano, Sistema Coral, comprendido por tres agrupaciones: “Entrenamiento auditivo” que equivale a una iniciación a la técnica vocal, “Niños Cantores” que le brinda una iniciación al canto coral y El “Coro Aldemaro Romero”, agrupación que se encarga de formar a sus participantes en un repertorio coral complejo. Del mismo modo el Sistema Sinfónico Orquestal, cuenta con tres agrupaciones: Orquesta “Teresita Carreño” introduce a las niñas y niños de temprana edad en la práctica grupal de los instrumentos de cuerda, Orquesta “Preparatoria Abreu” brinda un espacio para la iniciación de la práctica orquestal sinfónica y por último la Orquesta “Mozart” que se encarga de formar a sus participantes en un repertorio sinfónico más complejo.

Por ubicarse de manera céntrica, referente al mapa urbano del municipio Valencia, a este Núcleo acude una población predominantemente de la zona Norte de Valencia y Sureste de Naguanagua, al igual que del municipio San Diego, con características socioeconómicas que no apuntan a la pobreza extrema ni factores de riesgos muy prominentes. Razón por la cual motivó a escudriñar en cuanto al alcance social del mismo en este sector y las repercusiones que conlleva su presencia en el desarrollo de la comunidad a la que pertenece.

Según Hurtado (4) desde el punto de vista de Marx, para alcanzar planteamientos teóricos es necesario recorrer primeramente un camino que va desde la descripción de los hechos hasta su

interpretación y luego de esas interpretaciones a los hechos y sociedades de las cuales partió la descripción, por lo tanto “la investigación culminaría con un análisis y reinterpretación de las contradicciones y confrontaciones que ocurren en el contexto estudiado” Por lo que es principalmente es necesario conocer qué está sucediendo y cómo se origina para tener un panorama general del comportamiento colectivo de la agrupación y así interpretar los fenómenos presentes.

Inicialmente, la idea se basaba en conocer ¿Cuál es el alcance social del Sistema Nacional de Orquestas y Coros Juveniles e Infantiles de Venezuela en el estado Carabobo? Sin embargo, por razones metodológicas, dado por el diseño de investigación – acción participativa, durante la fase de diagnóstico fue necesario enfocar los esfuerzos requeridos hacia el Núcleo Valencia “El Trigal” donde surgieron una serie de indicadores que le dieron un giro a la investigación. Se redimensionaron las interrogantes al trasladarse a la localidad, ¿Cuál es el alcance social del Sistema Nacional de Orquestas y Coros Juveniles e Infantiles de Venezuela en el Núcleo Valencia “El Trigal”? ¿Se podría determinar a través de la triangulación de distintas historias de vida las dimensiones sociales que ha alcanzado el Sistema en el Núcleo Valencia “El Trigal”? ¿Qué factores Psico-Sociales intervienen en el desempeño musical de los niños, niñas y adolescentes de la orquesta? ¿Hasta qué punto trasciende en el entorno social el trabajo formativo del sistema en la comunidad de la Urbanización Trigal Centro?

## OBJETIVO GENERAL

Indagar sobre el alcance social del Sistema Nacional de Orquestas y Coros Juveniles e Infantiles de Venezuela en el Núcleo Valencia “El Trigal”.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar, a través de la triangulación de distintas historias de vida las dimensiones sociales que ha alcanzado el Sistema en el Núcleo Valencia “El Trigal”.

Conocer lo factores Psico-Sociales intervienen en el desempeño

musical de los niños, niñas y adolescentes de la orquesta.

Establecer la relación entre el trabajo formativo del Sistema Nacional de Orquestas y Coros Juveniles e Infantiles de Venezuela, Núcleo Valencia “El Trigal” con su entorno comunitario.

## JUSTIFICACIÓN

En una institución que asciende a cuatro décadas formando músicos en Venezuela y en el mundo, se hace pertinente indagar desde el punto de vista cuánto ha calado en la sociedad carabobeña el Sistema Nacional de Coros y Orquestas, específicamente en la locación del Trigal Centro donde lleva ocho años funcionando el Núcleo Valencia “El Trigal”. Del mismo modo, pero ahora desde el aspecto social, la investigación tiene el fin de aproximarse desde la particularidad de las historias de vida las dimensiones alcanzadas en los últimos ocho años en las distintas generaciones de personas que fueron formadas dentro del Núcleo Valencia “El Trigal”, perteneciente al Sistema Nacional de Orquestas y Coros Juveniles e Infantiles de Venezuela en el estado Carabobo y determinar lo significativo que haya podido ser el pertenecer o haber pertenecido a dicha institución musical.

Por otro lado, es necesario conocer de primera mano y esto a través de los representantes comunales de la Urbanización Trigal Centro cómo es su relación con la institución y así determinar si se cumplen los vínculos que pretende el proyecto originario del Maestro José Antonio Abreu, en relación al estímulo vecinal y fomento de la transformación espiritual del espacio público en los últimos seis años.

## METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó bajo el paradigma cualitativo; el cual entre otros aspectos permite “introducirse al ambiente y mimetizarse con este... también logra capturar lo que las unidades o casos expresan y adquirir un profundo sentido de entendimiento del fenómeno estudiado”. Bajo un diseño de investigación- acción participativa donde se estudia una “situación social con miras a mejorar la calidad de la acción dentro de ella”. Según Elliot (1991)

citado en Hernández (5).

A lo largo de seis años se llevó a cabo en el Núcleo Valencia “El Trigal” donde se imparten actividades musicales a niños y jóvenes pertenecientes a distintos sectores dentro y fuera del municipio Valencia, con el objetivo de conocer el alcance social del proyecto en sus vidas y buscar mejorar aspectos que pudiesen favorecer en la consecución de esta iniciativa en años futuros para generar cambios significativos en relación a su calidad de vida. Por esta razón y según Álvarez-Gayou (6) a las perspectiva que destaca en relación a la investigación propone una visión emancipadora que se aproxima a la naturaleza del presente estudio “Su objetivo va más allá de resolver problemas o desarrollar mejoras a un proceso, pretende que los participantes presenten un profundo cambio social por medio de la investigación. El diseño no solo cumple funciones de diagnóstico y producción de conocimiento, sino que crea conciencia entre los individuos sobre sus circunstancias sociales y la necesidad de mejorar su calidad de vida”.

## RESULTADOS

Los resultados surgen a través de una triangulación realizada durante los distintos ciclos de la investigación. Destacando en las distintas instancias del espiral, lo que a continuación se expresa:

La población estudiantil, sobre la cual se realizó éste estudio, pertenecientes todos al Núcleo Valencia “El Trigal” posee características socio- económicas que no le proporciona rasgos como para formar parte de una población de alto riesgo. Las necesidades básicas de los grupos familiares de dicha población se encuentran cubiertas. En su mayoría el ingreso económico es compartido entre los jefes de familia, donde al menos uno de ellos es profesional universitario. Se pudo conocer que el índice delictivo en la zona donde se ubica el Núcleo es elevado y los miembros del mismo han sido víctimas de los mismos en repetidas oportunidades, sin embargo, no se han visto involucrados como operantes en dichos acontecimientos.

Las actividades que se realizan en el núcleo forman a la población estudiantil con la intención de consolidar a través de la música valores principales como la responsabilidad, puntualidad,

solidaridad y cooperativismo, al poner en práctica día a día a lo largo de sus clases, ensayos y conciertos. Lo que nos lleva a entender que fungen como un factor protector de la salud en la comunidad en la que se ve inmersa, debido a que los estudiantes que integran las distintas agrupaciones y programas musicales previstos en el núcleo, pueden desarrollar sus proyectos de vida a corto, mediano y largo plazo en relación a la música gracias al sistema de recompensas con el que se topan a diario, al ir escalando dentro de sus filas y agrupaciones, obteniendo una trayectoria clara a seguir en el continuo de su formación.

En cuanto al desarrollo y activación de redes sociales, se hacen presente al integrar a la comunidad con los llamados a asistir a los conciertos, los cuales durante los seis años del estudio presentaron una gamma muy variada de escenarios, los cuales variaron, desde clubes, teatros, escuelas públicas y privadas, bibliotecas, centros comerciales, plazas públicas, canchas deportivas y hospitales. Lo que abre significativamente los lazos con distintas instituciones que les permiten a través de su promoción, difusión y alianzas, establecer nexos que les identifica como un valor digno de exaltar en la sociedad.

Finalmente, el desarrollo de habilidades sociales. En este aspecto el Núcleo Valencia “El Trigal” mostró una gran respuesta al integrar en las distintas agrupaciones, una población estudiantil con diversidad funcional. En un principio dio como respuesta a la iniciativa de incluir a la población que quedó flotante en el Estado, luego de la disolución del Programa de Educación Especial. Logrando así que éste fuese el rasgo distintivo del Núcleo, que según los entrevistados “es el único núcleo del Estado en el que me dijeron que lo aceptarían”. Esto abrió una puerta a la integración social dentro de las distintas agrupaciones musicales. Donde se aprecia el compromiso y colaboración por parte del personal Estudiantil, Docente, Administrativo, Obrero, Padres y Representantes de la institución.

Es importante destacar, que justo finalizada la investigación (año escolar 2016-2017) surgió un cambio en la estructura administrativa del Núcleo Valencia “El Trigal” donde se presentaron cambios significativos en el cual a un grupo de integrante de los programas de formación del mismo, se les solicitó a través

de sus representantes el cese de las actividades musicales. La decisión de separar a un grupo determinado de participantes y otro no, por parte del Director del Núcleo, resulta inquietante y probablemente significaría una nueva etapa a desarrollarse dentro de la institución.

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones van dirigidas, especialmente al personal Directivo del Sistema Nacional de Coros y Orquestas Juveniles e Infantiles de Venezuela. Es necesario sensibilizar al personal de los distintos núcleos del país. Si bien el programa de Educación Especial responde de forma contundente a la inclusión, funge como pilar fundamental en la capacitación del personal y brinda apoyo técnico ante las necesidades de cubrir con los requerimientos básicos de la atención a la diversidad que de alguna manera no integra con la población general.

La integración permite aceptar y respetar la diferencia, fortalece los valores que adecuadamente se vienen promocionando dentro del sistema, afianza la confianza en sí mismos a la población que presenta diversidad funcional y les brinda la oportunidad de mejorar su calidad de vida a través de la socialización.

Finalmente, tomar en cuenta que la sociedad intenta incluir sin tomar en cuenta los siguientes factores:

- No somos idénticos en nuestros tiempos de respuesta.
- No nacimos todos para ser iguales.
- Todos tenemos lugares distintos para destacarnos.
- La sociedad nos requiere a todos para desarrollarse de forma equilibrada.
- La inclusión no es un favor, es un derecho.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vásquez A, música y filosofía contemporánea; registros polifónicos de John Cage a Peter Sloterdijk. Sinfonía Virtual. Revista de música clásica y reflexión musical 2008. Disponible en:[http://www.sinfoniavirtual.com/revista/006/musica\\_filosofia\\_contemporanea\\_john\\_cage\\_](http://www.sinfoniavirtual.com/revista/006/musica_filosofia_contemporanea_john_cage_)

2. Pérez- Aldeguez S. (Artículo: Cohesión social y percusión. Arte y bienestar, investigación aplicada. Disponible en: <https://books.2012>.
3. Borzacchini Ch. Venezuela sembrada de Orquestas. Banco del Caribe. Caracas. Venezuela. 2004.
4. Hurtado J. Cómo formular objetivos de Investigación. Segunda Edición. Quirón Ediciones. Caracas. 2008.
5. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición Editorial Mc Graw Hill. México. 2008.
6. Álvarez-Gayou J. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Paidós Educador. México. 2003.

---

## LA CONSTRUCCIÓN DE UN MUNDO MEJOR

### Doctor Yaso. Payaso de hospital.

La risa es como un limpiaparabrisas nos ayuda a avanzar aunque la lluvia no quiera. A continuación se enumeran los beneficios de la risa: 2 minutos de carcajada pone en marcha cerca de 400 músculos incluidos algunos que solo se pueden ejercitar con la risa; se masajea y estiran la columna vertebral y las cervicales; tiene efecto analgésico porque favorece la producción de endorfinas y encefalinas en el cerebro, despeja los oídos, la piel se oxigena, mejora la circulación; baja la hipertensión, ya que, se relajan los músculos lisos de las arterias; favorece la eliminación de la bilis; el diafragma origina un mensaje interno que facilita la digestión; se limpian los ojos con las lágrimas; rejuvenece la cara al estirar y estimular los músculos; y mejora la capacidad respiratoria, pues entra el doble de aire en los pulmones.

De la misma manera son valerosos los siguientes enunciados: las endorfinas que sirven son aquellas que generamos nosotros mismos; la felicidad y el buen humor son una decisión a veces puede ser difícil de tomar, pero una vez que lo haces tu vida cambia para siempre; y la primera obligación del ser humano es ser feliz y la segunda hacer felices a los demás” Cantinflas.



El Triunfo de la Muerte (1562).  
Pieter Brueghel el Viejo.  
Óleo sobre tabla. 117 cm × 162 cm.

## Capítulo II

# Epidemiología

## **VPH CARACTERIZACIÓN DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES FEMENINAS QUE ASISTIERON AL INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”, ENERO -DICIEMBRE 2015**

**Norys Suárez, Rudy Jiménez**

**RESUMEN:** En investigaciones científicas se ha determinado que el virus del papiloma humano (VPH) es potencialmente cancerígeno en el aparato genital femenino induciendo al cáncer cervicouterino. Se transmite principalmente por contacto sexual, afecta piel y mucosas, siendo responsable del 91% de los casos reportados. El diagnóstico tradicional de VPH ha sido la citología cervical (Papanicolaou). El objetivo de esta investigación es analizar la caracterización del VPH en mujeres con neoplasia intraepitelial cervical que acudieron al Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Métodos: se trata de una investigación de tipo descriptiva, con diseño no experimental y transversal; la población estuvo conformada por 42 pacientes de género femenino que acudieron al servicio de Ginecología del Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño (Valencia). La muestra incluyó la totalidad de la población. Resultados: La edad con mayor frecuencia de VPH fue de 30 a 45 años, con 71,4% (30 casos) y 42,9% presentaron NIC mientras 57,1% no lo presentaron. Los NIC I se presentaron en 19,0%; 14,3% de NIC II y 9,5% de NIC III. La mayor frecuencia de los casos de NIC se evidenció en las edades de 40 a 45 años con 16,7% (07 casos) de los cuales 7,1% fueron NIC I y NIC III respectivamente y 2,4% de NIC II. Concluyendo que la identificación del VPH juega un papel importante al momento de caracterizar las neoplasias intraepiteliales en mujeres con edades intermedias de la vida.

**Palabras Clave:** VPH, caracterización, citología cervical, neoplasias.

### **INTRODUCCIÓN**

Estudios realizados han comprobado científicamente que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es potencialmente cancerígeno en el aparato genital femenino induciendo al cáncer cervicouterino (1). Los virus son clasificados de acuerdo al hospedaje natural y en relación con sus ácidos nucleicos (2). El VPH infecta las mucosas y las superficies cutáneas y provoca la aparición de verrugas o tumores epiteliales, hasta el momento se han logrado identificar más de 200 tipos virales clasificados según la homología de sus genomas, y de acuerdo al riesgo de transformación maligna de la siguiente forma:

bajo riesgo: 6, 11, 32, 42, 43, 44, 54 y 81; riesgo intermedio: 50, 51, 52, 53, 58 y 83, y alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 56, 59, 66, 68 y 70 (1-4). En el mundo, entre el 10 al 15% de las mujeres de 30 a 35 años están infectadas. En Estados Unidos, las cifras no son menos alentadoras, ya que, más de una cuarta parte de las niñas y mujeres estadounidenses de entre 14 y 59 años están infectadas con VPH lo que implica que la enfermedad es más común de lo que se creía, a nivel mundial se habla que entre 30% y 80% de las mujeres, están infectadas (3).

En Venezuela, según cifras del Ministerio de Sanidad, 60% de los venezolanos están contaminados con VPH. Los VPH son virus ADN, epitelio trópicos, que producen lesiones hiperplásicas en el hombre. La infección a nivel de humanos se produce en varias partes del cuerpo incluyendo: Tracto genital, uretra, piel, laringe, cavidad bucal y esófago (4), a sí mismo en Venezuela 40% de los hombres con VPH albergan al virus en la uretra sin manifestación alguna externa que advierta la existencia del virus. Esto señala a la uretra y al prepucio como reservorios del VPH (4-7).

Es evidente la grave problemática que genera el VPH con respecto al cáncer de cuello uterino, siendo este último el responsable de la aparición de 3.000 nuevos casos en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 64 años. La afección además de ser la más frecuente, es la primera causa de muerte oncológica en las mujeres venezolanas, para lo cual el VPH es uno de los principales factores de riesgo (4-7). Estudios epidemiológicos realizados en países desarrollados y en vías de desarrollo, presentan indicios de que los virus genotipo específicos de VPH están asociados a la patogénesis de lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) y al cáncer invasor cervicouterino. Igualmente, se ha demostrado que la progresión de LIE a cáncer invasivo suele estar asociada a la infección viral persistente por virus de papiloma humano. El método convencional para la pesquisa de cáncer cervicouterino ha sido la citología cérvico-vaginal y su interpretación, ya que, permite sugerir la presencia de una infección por VPH. No obstante, una evaluación anual de manera óptima permitiría prevenir hasta en 70% de las neoplasias cervicales. Sobre la base de los estudios clínico-patológicos y moleculares se conoce que la infección viral pasa por cambios morfológico: LIEbg (VPH y-o NIC I), la infección activa producida por algunos de los tipos de VPH, están frecuentemente

asociados al tracto genital femenino y LIEag (NIC II - NIC III), de VPH. Usualmente, las LIEbg regresan ó persisten, mientras que la mayoría de los LIEag progresan a neoplasia cervical. La utilización de las técnicas de biología molecular, contribuye a detectar la presencia del genoma viral en material de citología y biopsias (3-7).

El diagnóstico de infección por VPH se efectúa sobre la base de criterios citológicos, colposcopicos e histopatológica. La presencia de tipos de virus de alto riesgo fue elevada en las muestras cervicales de pacientes con lesiones de bajo grado. Resultados similares se observaron en vulva con histopatología diagnóstica de infección por virus de papiloma humano. En las LIEag, la tipificación correspondió a los tipos de VPH-AR oncogénico en todas las muestras analizadas. Es importante destacar que en estudios realizados todos los grupos, poblaciones, corresponden a pacientes jóvenes con una edad promedio de 25 años. A diferencia de la mayoría de los trabajos realizados en países desarrollados, en los cuales se encuentra alta presencia de infección por VPH, en una edad promedio entre los 38-45 años. Por lo que estos resultados deben alertar, pues se tratan de pacientes jóvenes, en su mayoría con lesiones de bajo grado, que tienen alta posibilidad de evolucionar a lesiones de alto grado (3-7).

Por lo antes expuesto, en esta investigación surge el interés especial de analizar la incidencia del VPH en mujeres con edades comprendidas entre 20-59 años, que acudieron al servicio de Ginecología del Instituto Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño"(Valencia), cuyo objetivo general fue: Determinar la caracterización del VPH en mujeres con neoplasia intraepitelial cervical que acudieron al Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño, 2015, en cuanto a los objetivos específicos fueron: Identificar edad de los pacientes; - Asociar edad y tipificación de la neoplasia intraepitelial cervical.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, no experimental, documental y transversal. En el presente estudio, la muestra estuvo conformada por la totalidad de la población equivalente a 42 personas de género femenino, se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con VPH y neoplasia intraepitelial cervical que acudieron al servicio de Ginecología del Instituto Oncológico "Dr.

Miguel Pérez Carreño" (Valencia), en año 2015. Para la obtención de la información se utilizó la técnica de observación indirecta, al recolectar los datos de historias clínicas, para lo cual se utilizó como instrumento una ficha elaborada para este fin.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se aprecia que las edades con mayor frecuencia de mujeres infectadas con VPH es de 30 a 45 años, con 71,4% (30 casos) seguida del grupo de 46 a 49 años (4 casos); luego el de 20 a 25 con 7,1% igual porcentaje del grupo de 50 a 55; el de 26 a

**Tabla 1.** Distribución por edad de pacientes con VPH Que asistieron al Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia. 2015.

Edad	f	%
20 - 25	3	7,1
26 - 29	1	2,4
30 - 35	12	28,5
36 - 39	6	14,3
40 - 45	12	28,5
46 - 49	4	9,5
50 - 55	3	7,1
56 - 60	1	2,4
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Fuente : Datos propios de la investigación.

**Tabla 2.** Distribución por edad de pacientes con VPH y presencia de neoplasia intraepitelialcervical, que asistieron al Instituto Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño". Valencia. 2015.

	NIC I		NIC II		NIC III		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
20-25	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	5,6
26-29	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30-35	2	11,1	0	0,0	1	5,6	3	16,6
36-39	1	5,6	2	11,1	0	0,0	3	16,6
40-45	3	16,6	1	5,6	3	16,6	7	38,8
46-49	0	0,0	3	16,6	0	0,0	3	16,6
50-55	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	5,6
56-60	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>44,4</b>	<b>6</b>	<b>33,3</b>	<b>4</b>	<b>22,2</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Fuente : Datos propios de la investigación.

29 años al igual que el de 56 a 60 años se presentaron en 2,4%.

En la tabla 2 se observa que 42,9% (18/42) de las mujeres presentaron NIC; mientras 57,1% no. Del 42,9% de las mujeres con algún tipo de NIC, 44,4,% desarrollaron NIC I, 33,3% NIC II y 22,2% NIC III. La mayor frecuencia de NIC se dio en el grupo de edad comprendido entre 40 a 45 años (38,8% [7 casos]), de los cuales 16,6% fueron NIC I y NIC III, y 5,6% NIC II. De la misma manera siguen en frecuencia de aparición de NIC los siguientes grupos de edad: de 30 a 35 años; 36 a 39 años y 46 a 49 años con 16,6% cada uno.

## DISCUSIÓN

Cabe destacar que los datos muestran variabilidad en la frecuencia del tipo lesión en la muestra estudiada y que la mayor frecuencia de lesiones ocurre en las edades comprendidas entre 40 a 45 años, esto en pleno acuerdo con la información encontrada en la literatura. Al igual que se señala que es grave la problemática respecto al cáncer de cuello uterino, ya que, se detectan 3.000 nuevos casos en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 64 años. La afección además de ser la más frecuente, es la primera causa de muerte oncológica en las mujeres venezolanas, para lo cual el VPH es uno de los principales factores de riesgo (2-5).

Sobre la base de los estudios clínico-patológicos y moleculares se conoce que la infección viral pasa por cambios morfológico: LIEbg (VPH y-o NIC I), la infección activa producida por algunos de los tipos de virus de papiloma humano, están frecuentemente asociados al tracto genital femenino y LIEag (NIC II - NIC III), de virus de papiloma humano. Usualmente, las LIEbg regresan ó persisten, mientras que la mayoría de los LIEag progresan a neoplasia cervical. Estos resultados deben alertar, en vista que se trata de pacientes con una edad promedio de 20-25 años, con lesiones de bajo grado, que tienen alta posibilidad de evolucionar a lesiones de alto grado (2-7).

## CONCLUSIÓN

Es importante destacar que esta enfermedad es sumamente contagiosa, por lo cual es de vital importancia crear conciencia en

las personas que poseen esta enfermedad, así como también en las que no, ya que, este virus es un factor de riesgo predisponente en el desarrollo del cáncer cervical. En este sentido la educación juega un papel muy importante al igual que la prueba de Papanicolaou, porque esta última representa la principal medida de despistaje de cáncer de cuello uterino; misma que la mujer debe realizarse anualmente y acoplada a pruebas de biología molecular para detectar y tipificar el VPH, especialmente si con la citología se determinó cambios en los tejidos cervico-uterinos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavazza M, Correnti M. Actualidad sobre el Virus de Papiloma Humano Venezuela. Disponible en: <http://antoniorondonlugo.com/blog/wp-content/uploads/2010/05/60>. 2010.
2. Vega M, Gómez J, Bastidas M, Márquez L, Pons J. Detección y tipificación de virus del papiloma humano (VPH) mediante PCR-RFLP. *Obstet Ginecol* 2008; 68(1):25-31.
3. Escalante M, Noguera M, López F. Caracterización de 129 mujeres con cáncer de cuello uterino en el IAHULA, Mérida. Venezuela. *MedULA*, 2013; 22(2):74-79.
4. Castellsagué X, Bosh X, Muñoz N, Meijer C, Shah K, Sanjosé S, et al. Study group, Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners *N Engl J Med* 2002; 346:1105-12.
5. Araujo E, Barroso S, Cendón A, Muñoz M, Ortunio M, Cardozo R, Guevara H. Infección por virus de papiloma humano en mujeres: hallazgos paraclínicos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2010; 70(2):82-89.
6. Tamayo I. Anatomía patológica, actualización sobre la historia del virus papiloma humano en Venezuela y su relación con el cáncer cervical. Academia biomédica Digital, Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela. 2006.
7. Herrero, R. Human papillomavirus and cancer of the upper aerodigestive tract. *J. Nat Cancer Inst Monogr* 2003; (31):47-51.

## MANEJO DE ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ZIKA EN AMBULATORIOS URBANOS DEL DISTRITO SANITARIO SUR-ESTE DURANTE EL PERÍODO ENERO-JUNIO 2016

Aracelis Sarmiento

**RESUMEN:** En investigaciones científicas se ha determinado que el virus del papiloma humano La infección por virus Zika (ZIKV), es una enfermedad febril aguda autolimitada causada por el ZIKV y transmitida por la picadura de mosquitos Aedes. No obstante, su comportamiento en las Américas ha generado un alerta de vigilancia epidemiológica por las anomalías congénitas y síndromes neurológicos asociados, debido a la necesidad de ampliar el tratamiento de los servicios neurológicos y cuidados específicos para los recién nacidos y reforzar las recomendaciones emitidas sobre otras arbovirosis e implementar una estrategia efectiva para disminuir la densidad del vector. **Objetivo:** Caracterizar el manejo de pacientes con enfermedad por el ZIKV en los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y de campo. La población estuvo constituida por pacientes atendidos en ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este durante Enero-Junio 2016 con enfermedad por ZIKV. Para la obtención de datos se utilizó la revisión documental del telegrama EPI-12 de enfermedades y evento de notificación obligatoria. **Resultados:** Se registraron 106 fichas epidemiológicas, de las cuales 21% correspondían a ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este siendo el 59% del ambulatorio la Isabelica. La edad promedio fue 24 años, el género femenino predominó en 73%. El Exantema y la cefalea se presentaron en 73%. El tiempo de consulta fue 3 días y 100% presentaba factores de riesgo. Del total de mujeres 56% eran gestantes encontrándose 56% en el primer trimestre. Se tomaron muestras en 86% de los casos. El 91% fue manejo ambulatorio y 9% de los casos fue confirmado. **Conclusión:** Solo 21% de los pacientes reportados pertenecían a ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este del estado Carabobo. Se describieron las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con ZIKV y se evidenciaron diferencias entre el manejo de casos a nivel nacional e internacional. **Palabras Clave:** Epidemiología, Zika, Vigilancia.

## INTRODUCCIÓN

El virus del Zika (ZIKV) es un arbovirus del género flavivirus, muy cercano a otros virus, como: el dengue, la fiebre amarilla, la

encefalitis japonesa, entre otros. Se aisló en 1947 de un mono Rhesus en un estudio sobre la transmisión de fiebre amarilla selvática en los bosques de Zika (Uganda). En 1968 se aisló en seres humanos en Uganda y la República Unida de Tanzania (1). El primer brote fuera de África o Asia se registró entre abril y julio de 2007 (2).

A finales del año 2013 se inició un brote de infección por el ZIKV en la Polinesia Francesa, notificándose en febrero de 2014 más de 8.262 casos sospechosos. Por otra parte, en febrero de 2014, las autoridades de salud pública de Chile confirmaron un caso de transmisión autóctona de ZIKV en la isla de Pascua. Posteriormente, en mayo de 2015, se confirmaron los primeros casos de transmisión autóctona en Brasil y en octubre se notificó el primer caso en Colombia. Adicionalmente, en noviembre, el Salvador, Guatemala, México, Paraguay y Surinam confirmaron casos autóctonos de ZIKV (2).

A diferencia del comportamiento que la infección había presentado en otras regiones del mundo en las Américas se generó un alerta de vigilancia epidemiológica por las anomalías congénitas y síndromes neurológicos asociados a la infección por ZIKV. Específicamente en Brasil se incrementó 20 veces la tasa de recién nacidos con microcefalias. Asimismo, se ha asociado la infección por ZIKV con la aparición de síndromes neurológicos como el Síndrome Guillain Barré (SGB), hasta el 13 de julio de 2015 se identificaron 42 casos (2). En Venezuela, según la actualización epidemiológica de la OMS/OPS se habían registrado desde la semana epidemiológica (SE) 41 del 2015 hasta la SE 6 del 2016 16.942 casos sospechosos, con 801 muestras analizadas de las cuales 44% (352) resultaron positivas para ZIKV. Con respecto a las embarazadas se reportaron 941 pacientes con ZIKV. Para la SE 1 a la 6 de 2016 se recibieron 226 muestras en embarazadas de las cuales 67,7% (153) resultaron positivas. Mientras que de la SE 49 del 2015 a la SE 6 del 2016 se reportaron 578 casos de SGB, 235 con sintomatología de ZIKV con 1 caso confirmado por PCR y de la SE 1 a la 6 de 2016 se reportaron 27 muestras, de las cuales el 22% (6) resultaron positivas. Evidenciándose una tendencia de alza en la curva epidemiológica (3, 4).

Es por ello, que la vigilancia del ZIKV debe formar parte del sistema nacional de información epidemiológica y se deben reforzar los sistemas de vigilancia existentes para las otras arbovirosis (1, 2). En este sentido, en Venezuela se establece la obligatoriedad de

registrar notificar semanalmente a través del telegrama EPI-12 de enfermedades y evento de notificación obligatoria todos los casos sospechosos de fiebre por ZIKV en cualquier establecimiento médico asistencial público y privado en todo el territorio nacional. Esta notificación debe estar acompañada de la ficha de investigación de fiebre por ZIKV (2-5). Por su parte, la OMS recomienda a los países que se mantengan en alerta ante la necesidad de ampliar las consultas y controles prenatales, además del tratamiento de los servicios neurológicos y cuidados específicos para los recién nacidos (2). Planteando como estrategia de vigilancia epidemiológica: Detectar de manera oportuna la introducción del ZIKV, rastrear la dispersión de la fiebre por ZIKV para precisar su entrada en nuevas áreas del país y vigilar la enfermedad, prestando particular atención a la aparición de complicaciones neurológicas y autoinmunes. De esta manera, la detección temprana permitirá una respuesta oportuna (1, 2).

En vista de la importancia epidemiológica y el impacto en salud pública que generan las complicaciones de la enfermedad por el ZIKV, se plantea la necesidad de conocer el manejo de dicha enfermedad en los Ambulatorios Urbanos, debido a que la mayoría de los síntomas agudos son tratados en los centros de atención primaria en salud, y es imperativo el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente interrogante ¿Están los ambulatorios urbanos preparados para el manejo de pacientes con enfermedad por el ZIKV?. Para ello se establece el objetivo general: Caracterizar el manejo de los pacientes con enfermedad por el ZIKV en los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este del Estado Carabobo, durante Enero-Junio 2016, con base a los siguientes objetivos específicos: Establecer la incidencia de pacientes con enfermedad por el ZIKV, determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con enfermedad por el ZIKV y comparar el manejo y seguimiento de los pacientes con enfermedad por el ZIKV en los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este con respecto a la normativa nacional e internacional.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal y de campo durante el periodo enero-junio 2016. La

población estuvo constituida por los paciente atendidos en los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este del estado Carabobo con la enfermedad por el ZIKV. Se utilizó la revisión documental del telegrama EPI-12 de enfermedades y evento de Notificación Obligatoria y la ficha de investigación de fiebre por ZIKV con el fin de obtener la información de las características clínico-epidemiológicas con respecto a: edad, género, localidad, sintomatología, factores de riesgo, comorbilidades, exámenes de laboratorio, manejo, clasificación del caso y manejo. Para realizar los cálculos estadísticos se utilizó el paquete PSPP.

## RESULTADOS

Durante el periodo Enero-Junio 2016 se registraron 106 ficha de investigación de fiebre por ZIKV, con una incidencia de 23 casos por cada 100.000 habitantes y una tasa de ataque de 0,02%. De la totalidad de las fichas evaluadas 21% (22) provenían de los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este, siendo 59% (13) del ambulatorio la Isabelica. De las parroquias Rafael Urdaneta y los Guayos se reportan 64% (7) de los casos. El mes con mayor número

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes con enfermedad por el ZIKV atendidos en los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este, durante Enero-Junio 2016, según su procedencia y mes de notificación.

Caraderística	Indicador	N	%
Ambulatorio	Isabelica	13	59
	Guayos	5	23
	Agüitas	3	14
	San Blas	1	4
Parroquia	Rafael Urdaneta	7	32
	Los Guayos	7	32
	San Blas	2	9
	Sta. Rosa	1	4
	Otras no pertenecientes al distrito	5	22
Mes de Notificación	Enero	6	27
	Febrero	9	41
	Marzo	5	23
	Abril	1	4,5
	Mayo	1	4,5

Fuente : Datos propios de la investigación.

de reportes fue febrero con 41% (9), no se reportaron casos en junio, siendo la SE 6 la de mayor numero de reportes con 18% (4) (tabla 1).

La edad promedio fue de 24 años con una desviación estándar (DS) de + 14 años, siendo el rango de 1 mes a 51 años, con predominio del género femenino en 73% (16). Los pacientes eran estudiantes en 27% (6), mientras 22% (5) de dedicaban a labores del hogar, 13% (3) eran personal de salud, otras profesiones ocuparon 25% (5) y 13% no fue reportado. Ningún paciente realizó viajes durante los 15 días previos al inicio de la sintomatología. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el exantema y la cefalea en 73% (16), seguidos de fiebre 68% (15), artralgia 59% (13) y mialgias 55% (12), siendo menos frecuentes la conjuntivitis 36% (8) y los trastornos gastrointestinales 32% (7) (tabla 2). El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta médica fue en promedio de 3+1 día, siendo el mínimo 1 y el máximo 6 días. No se reportaron complicaciones en los casos evaluados.

En relación a los factores de riesgo, estuvieron presentes en el 100%, siendo los más frecuentes la presencia de mosquitos en el área y el almacenamiento de agua en 73% (16), seguido del uso de tambores y pipotes en 59% (13) y la presencia de criaderos en 55% (12), y el menos frecuente la presencia de neumáticos en 5% (1). Mientras que los factores protectores estaban presentes en 27% (6) de los casos, predominando el uso de repelentes en 100% (6). El promedio de horas en el hogar fue 16+ 7 horas, con un mínimo de 6 y un máximo de 24 horas. Los pacientes en 50% habitaban en una vivienda planificada. Siendo el promedio de 6+ 3 habitantes, con un mínimo de 3 habitantes y un máximo de 14 habitantes (tabla 2).

Por otro lado, el 14% de los pacientes tuvo contacto con personas con sintomatología asociada a ZIKV. Los pacientes en 73% (16) no presentaba patologías de base, 4,5% (1) con antecedente de asma y 4,5% (1) antecedente de dengue, el resto no fue reportado. Se tomaron muestras en 86% (19) de los casos. Fueron tratados en forma ambulatoria 91% (20), mientras 9% (2) ameritó hospitalización. La clasificación final fue caso probable en 91% (20) y 9% (2) caso confirmado. De las 16 mujeres reportadas con síntomas por ZIKV, el 56% (9) se encontraban embarazadas; 56% (5) en el primer trimestre de gestación, 22% (2) en el segundo trimestre y 22% (2) en el tercer trimestre (tabla 2).

**Tabla 2.** Características Epidemiológicas y Clínicas de los de los pacientes con enfermedad por el ZIKV atendidos en los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este, durante enero-junio 2016.

Edad	24 años $\pm$ 14 años		
Género	Femenino	16	73
	Masculino	6	27
Ocupación	Estudiante	6	27
	Del Hogar	5	22
	Personal de Salud	3	13
	Otras profesiones	5	25
	Ninguna	3	13
Manifestación Clínica	Exantema	16	73
	Cefalea	16	73
	Fiebre	15	68
	Artralgia	13	59
	Mialgia	12	55
	Conjuntiviis	8	36
	Trastorno gastrointestinal	7	32
Factores de Riesgo	Presencia de Mosquitos	16	73
	Almacenamiento de agua intradomiciliaria	16	73
	Uso de tambores y pipotes	13	59
	Criaderos	12	55
	Presencia de cauchos	1	5
Factores Protectores	Ausentes	16	73
	Presentes	6	27
Contactos	Si	3	14
	No	16	72
	No reportado	3	14
Toma de Muestras	Si	19	86
	No	2	9
	No reportado	1	5
Manejo	Ambulatorio	20	91
	Hospitalización	2	9
Clasificación	Probable	20	91
	Confirmado	2	9

Fuente : Datos propios de la investigación.

## DISCUSIÓN

La enfermedad por el ZIKV representa un problema de salud pública, por lo que se requiere la detección precoz de los casos sospechosos para limitar las posibles complicaciones, siendo los centros de atención primaria en salud indispensables para esta labor. En este sentido, llama la atención el número de fichas epidemiológicas para enfermedad por el ZIKV en relación al número de casos reportados por los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este, entendiéndose que es de obligatoriedad realizar la notificación. Por otro lado, cabe destacar que los médicos en los centros de atención primaria en salud se encuentran en formación o están ejerciendo por primera vez, por lo que la impericia puede ser un factor determinante en el diagnóstico precoz de la patología, además de no disponer de tiempo suficiente para realizar un interrogatorio y examen físico exhaustivo que permita la aproximación al diagnóstico, debido a la alta demanda en los servicios de salud pública. Sin contar que en oportunidades no se dispone de las fichas epidemiológicas para el reporte de los casos. Aunado a que algunos pacientes no acuden a los centros de salud y si la enfermedad transcurre sin complicaciones, no se hace la identificación ni el reporte del caso. Por otra parte, llama la atención que el mayor número de reportes fue durante el mes de febrero con un aparente descenso los meses posteriores a diferencia de los que se esperaba según el reporte epidemiológico de la OMS/OPS en marzo 2016 donde se evidencia una tendencia de alza en la curva epidemiológica (4).

En relación a las características epidemiológicas, se evidenció un predominio de pacientes de género femenino, con promedio de edades de 24+14 años, lo cual se corresponde con lo encontrado en el brote del ZIKV en la Isla de Yap (Micronesia) en el año 2007, donde el género femenino predominó en 61% y el promedio de edad fue de 36 años (2).

Al evaluar las manifestaciones clínicas, las más frecuentes fueron el exantema y la cefalea. Lo que se corresponde a la definición de la OMS con respecto a los casos sospechosos de enfermedad por ZIKV considerando la presencia de exantema como síntoma predominante acompañado de dos o más de los siguientes signos o síntomas: fiebre ( $<38,5^{\circ}\text{C}$ ), conjuntivitis, artralgias, mialgia, edema

periarticular (1). A diferencia del Ministerio del poder popular para la salud (MPPS), que plantean como caso sospechoso al paciente que presenta exantema o elevación de temperatura corporal axilar ( $>37,2^{\circ}\text{C}$ ) y uno o más de los siguientes síntomas: artralgias o mialgias, conjuntivitis o hiperemia conjuntival, cefalea o malestar general (2). Siendo la elevación de la temperatura axilar  $>37,2^{\circ}\text{C}$  un síntoma inespecífico y por el contrario abre una amplia gama de posibilidades para el diagnóstico diferencial.

En otro orden de ideas, el tiempo de evolución, desde el inicio de la sintomatología hasta la atención médica fue en promedio 3 días, encontrándose los pacientes en periodo de viremia (1). Al evaluar los factores de riesgo, se pone en evidencia la necesidad de reforzar las recomendaciones epidemiológicas emitidas para otras arbovirosis para favorecer la disminución de la densidad del vector, ya que, entre los factores de riesgo más frecuentemente encontrados están la presencia de mosquitos, uso de pipotes, tambores y almacenamiento de agua, aunado a viviendas no planificadas y condiciones de hacinamiento (1, 2).

Con respecto al algoritmo para el diagnóstico de los casos, la OMS plantea la realización de PCR en suero para el ZIKV entre los días 1 y 5 de los síntomas, si resulta negativo, realizar diagnóstico diferencial con otras arbovirosis y en caso de realizar serología viral (IgM para ZIKV), tomar muestras a partir del 6to día (1). A diferencia de lo que establece el MPPS quienes plantean realizar PCR en suero entre el día 1 y 5 de los síntomas pero realizar primero el diagnóstico diferencial con dengue y chikungunya para posteriormente realizar PCR para ZIKV y en caso de realizar serología tomar muestras luego del 6to día e igualmente iniciar con la determinación de otras arbovirosis para finalmente realizar la detección de IgM para ZIKV (2), lo cual supone un mayor costo y atraso en el diagnóstico.

Además de que en Venezuela el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" (INHRR) es el único organismo público encargado de procesar las muestras de PCR para ZIKV durante los primeros 5 días de inicio de los síntomas a nivel nacional. En relación a la clasificación final, solo 9% fue confirmado. Cabe destacar, que en las fichas de vigilancia epidemiológica solo se establece la opción de clasificación final como casos probables y confirmados, a pesar de no contar con pruebas de laboratorio que permitan un diagnóstico

y clasificación precoz, por lo que 91% restante se catalogó como probable. Es importante, reforzar la vigilancia epidemiológica en embarazadas debido a que el mayor número de casos de enfermedad por el ZIKV se presentó durante el primer trimestre de embarazo, el cual ha estado vinculado con síndromes congénitos y microcefalias en otros países como Brasil (2). En función de esto, los casos sospechosos en embarazadas fueron considerados como alto riesgo obstétrico y derivados a centros médicos especializados de mayor complejidad en concordancia con el programa nacional Maternidad Segura.

## CONCLUSIONES

Solo 21% de los pacientes reportados pertenecían a ambulatorios urbanos del distrito sanitario Sur-Este del estado Carabobo. El mes de febrero tuvo 41%, siendo el mes con mayores casos reportados; 73% de la población pertenecía al género femenino, en edad fértil, las cuales eran estudiantes o se dedicaban a labores del hogar. El síntoma más frecuente en 73% fue el exantema y la cefalea. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta médica fue de 3 días; 73% de los pacientes no presentaba patologías de base; 100% presentaban factores de riesgo; 56% de las embarazadas se encontraban en el primer trimestre de gestación; 91% fueron tratados de forma ambulatoria y solo 9% fue confirmado; y se evidenciaron diferencias entre el manejo de casos a nivel nacional e internacional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones. Washington, D.C. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28234/9789275318942\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28234/9789275318942_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 2016.
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Guía de Vigilancia Epidemiológica para la infección por virus Zika. Diciembre 2015. Caracas, Venezuela. Disponible en: [http://svmi.web.ve/wh/intertips/Guia\\_de\\_vigilancia\\_virus\\_Zika.pdf](http://svmi.web.ve/wh/intertips/Guia_de_vigilancia_virus_Zika.pdf). 2015.

3. OPS/OMS. Zika - Actualización Epidemiológica 16 Junio 2016. Washington, DC. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=35045&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=35045&lang=es). 2016
4. OPS/OMS. Zika - Actualización Epidemiológica 10 de marzo 2016. Washington DC. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/Ziika2ActualizaciionEpidemiologica-10.marzo.2016.pdf>. 2016.
5. Sociedad Venezolana de Infectología. Se declara Zika como evento notificable. Disponible en: <http://www.svinfectologia.org/index.php/la-comunidad/noticias/generales/511-se-declarazika-como-evento-notificable.html>. 2016.

## EVALUACIÓN MICROBIOLÓGICA DE AIRE Y SUPERFICIES EN QUIRÓFANO DE CENTRO DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO NAGUANAGUA ESTADO CARABOBO 2015-2016.

**Gustavo Rodríguez, Noja Izzeddin, Luis Medinas, Luis González**

**RESUMEN:** La transmisión de enfermedades infecciosas adquiridas en centros de salud, puede asociarse a la presencia de agentes biológicos contaminantes en el ambiente, en especial en las áreas críticas como los quirófanos. En tal sentido, se evaluaron las condiciones microbiológicas del aire y superficie en quirófano un centro de salud público en Naguanagua, estado Carabobo. El método empleado fue el impacto de un volumen de aire sobre medios de cultivo con la ayuda de un muestreador SAS meter 100. Para determinar la carga microbiana en superficies se realizaron hisopados de diferentes puntos. A través de un termohigrometro midió la temperatura y humedad relativa. En los resultados del análisis de aire, se obtuvieron valores por encima 10 UFC/m<sup>3</sup> para bacterias y hongos; en cuanto a las superficies en más de 50% de los puntos analizados igualmente se evidencio positividad microbiana; la temperatura resultó superior a 20°C y la humedad relativa mayor de 50%. Los microorganismos de mayor relevancia aislados fueron; *Staphylococcus* (coagulasa negativos), *Staphylococcus aureus*, *Bacillus* spp, *Aspergillus niger*, *Aspergillus terreus*, *Penicillium frequentans*, *Cladosporium oxysporum*, *Pseudomonas luteola* y *Pseudomonas orizyhabitans*. Se determinó que la calidad del ambiente del quirófano no cumple con los criterios establecidos por la NTP- 409 y 243 que establecen un recuento microbiano inferior a 10 UFC/m<sup>3</sup> de aire, una temperatura menor a 18°C y humedad de 50% a 60%.

**Palabras Clave:** Infecciones, ambiente, microorganismo, centros de salud.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones adquiridas en centros de salud o infecciones intrahospitalarias (IIH), se presentan en entes tanto públicos como privados del mundo. Esta situación incrementa el índice de mortalidad, los costos y prolongación hospitalaria de pacientes, afectando además, a visitantes, personal de mantenimiento, personal en salud en general (1). Estas enfermedades son de origen multifactorial dado los componentes que forman la cadena de infección e interactúan entre sí, como el hospedador, ambiente y los agentes infecciosos (2).

Además existen condiciones que favorecen el desarrollo de las IIH, como pacientes que en menor o mayor grado presentan compromiso inmunológico. En este contexto, “el ambiente hospitalario resulta un espacio donde se podrían adquirir IIH con el consiguiente deterioro del cuadro clínico preexistente” (3).

La transmisión de enfermedades puede estar influenciada por herramientas de trabajo y superficies contaminadas que podrían determinar la aparición de IIH, sin embargo, en las últimas décadas ha quedado demostrado el rol del aire en la transmisión de microorganismos y otras sustancias nocivas para la salud, no solo de los pacientes hospitalizados, sino también del personal que se desenvuelve en él (3). Es importante acotar, estos contaminantes ambientales están constituidos por partículas o moléculas que generalmente proceden de un organismo vivo; su supervivencia, reproducción y dispersión en el ambiente dependen, en gran medida, de las condiciones del entorno en que se encuentran, tales como temperatura, humedad relativa, movimiento de aire, luz y disponibilidad nutricional (3). La agravante de esta situación es el desarrollo de microorganismos resistentes a antibióticos de uso común, que favorece a su vez la formación de organismos más complejos, conocidos como organismos multiresistentes, condicionado por lo general, por la abusiva y en ocasiones inadecuada utilización de los mismos (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) señala que la máxima prevalencia de IIH ocurre en unidades de cuidados intensivos, en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las infecciones en áreas quirúrgicas constituyen la tercera causa de IIH. Del 38% de pacientes que fallecen por infección post-operatoria, 77% de los casos se originó como IIH y 93% de las mismas corresponden a infecciones severas que comprometen órganos o cavidades (5). De acuerdo a datos del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en el año 2002 en Estados Unidos, 8.205 de las muertes estuvieron asociadas a infecciones quirúrgicas, las cuales incrementan un promedio de 7,3 días de estancia postoperatoria y un costo médico directo e indirecto cada año de 1 a 10 billones de dólares (6).

En Venezuela, no se dispone de un registro nacional periódico de IIH, sin embargo, algunas clínicas u hospitales publican ocasionalmente sus datos, con incidencias muy variables. Los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Infección Hospitalaria

realizada el 5 octubre de 2005 en hospitales tipo IV, revelan gran variabilidad entre las tasas, variando entre 0,00% y 14,9%. Esta misma encuesta revela que los tipos de infección hospitalaria más frecuente fueron las de heridas tratadas quirúrgicamente con 19,5%, sepsis con 18,5% e infección respiratoria excluida la neumonía (7).

En el servicio de Hemato-Oncología del Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto entre los meses de agosto y octubre del 2008, se encontró una elevada tasa de incidencia de IIH que alcanzó 26,9/100 egresos en el mes de agosto a 18,9/100 egresos para el mes de octubre (8). Dadas las incidencias señaladas el análisis de la calidad microbiológica en ambiente confinado es de vital importancia para indicar la cantidad y tipo de microorganismo presentes en un área determinada y de esta manera analizar las condiciones del centro de salud en cuanto a asepsia se refiere, esto a manera de prevenir potenciales eventualidades en las cuales se podrían afectados tanto el personal de trabajo como el usuario y de esta manera propiciar un ambiente adecuado y libre de riesgo para realizar actividades seguras, oportunas y efectivas.

En la actualidad, Venezuela no consta de normativas para regirse, en cuanto a control de calidad en espacios cerrados, esto aplica para evaluaciones de aire y de superficies, es por ello que se toman en cuenta normas de origen español como son las Normas Técnicas de Prevención (NTP). Las cuales indican una temperatura inferior a 18°C y una humedad relativa variable entre 40% y 60% (NTP-243) junto con un crecimiento microbiano menor a 10 UFC/m<sup>3</sup> de aire (NTP- 409) (9, 10).

Tomando en cuenta la problemática anterior, se recomienda realizar monitoreos periódicos a nivel nacional en centros de salud públicos y privados a fin de establecer valores estadísticos y referenciales para la implementación de medidas preventivas con el propósito de controlar y disminuir los niveles de prevalencia e incidencia de las IIH. Por lo tanto, en el presente estudio se evaluaron las condiciones microbiológicas del aire y superficie en quirófano de un centro de salud público en el municipio Naguanagua, estado Carabobo durante los años 2015 y 2016, a través del desarrollo de actividades como la determinación del número de unidades formadoras de colonias por metro cúbico de aire (UFC/m<sup>3</sup>), medición de temperatura y humedad relativa del área muestreada, determinación del crecimiento microbiano de forma

cualitativa en superficies específicas del quirófano, caracterización macroscópica y microscópicamente de los organismos detectados con mayor relevancia y determinar la calidad microbiológica del aire del quirófano utilizando como referencia normas técnicas españolas (NTP-409 y 243) en concordancia con los resultados obtenidos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se desarrolló con modalidad descriptiva y diseño no experimental. La población estuvo representada por el centro de salud público y la muestra por el quirófano del mismo.

### Técnica e instrumento de investigación

1.- *Recuento de bacterias y hongos en aire:* Se aplicó el método de impactación de aire sobre medios de cultivo empleando un muestreador BIOSAS Meter 100 (NTP- 203 y 299) (11, 12). Se impactó 100 litros de aire por área muestreada sobre placas con agar enriquecido para el crecimiento de bacterias, un punto junto a la puerta y el otro junto a la salida del aire acondicionado. Este mismo procedimiento se aplicó pero impactando el aire sobre agar Sabouraud para el crecimiento de hongos, en los mismos puntos. Posteriormente se incubaron las placas de agar enriquecido a 37°C durante 24-48 horas para el recuento de bacterias y las placas de agar Sabouraud a 25°C durante 96-120 horas para el recuento de hongos. Luego utilizando un contador de colonias se determinaron las Unidades Formadoras de Colonia por metro cúbico de aire (UFC/m<sup>3</sup>). Este procedimiento se repitió 15 veces, dos veces por semana.

2.- *Detección de bacterias y hongos en superficie:* Se aplicó hisopado impregnado en solución salina fisiológica en las superficies camilla, lámpara y mesa de faena (NTP-203) (11). Posteriormente se sembró cada hisopado sobre medios de cultivo por extendido en superficie. Se sembraron en placas de agar enriquecido para bacterias y agar Sabouraud para hongos. Las placas para el crecimiento bacteriano se incubaron a 37°C por 48 horas y la de hongos a 25°C por 3 días. Se recolectaron 39 hisopados durante tres meses.

3.- *Medida de temperatura y humedad relativa:* Estas mediciones se realizaron con un electrodo de termohigrómetro digital capaz de medir estas dos variables en simultáneo.

4.- *Identificación de bacterias y hongos:* Se aislaron por estricción

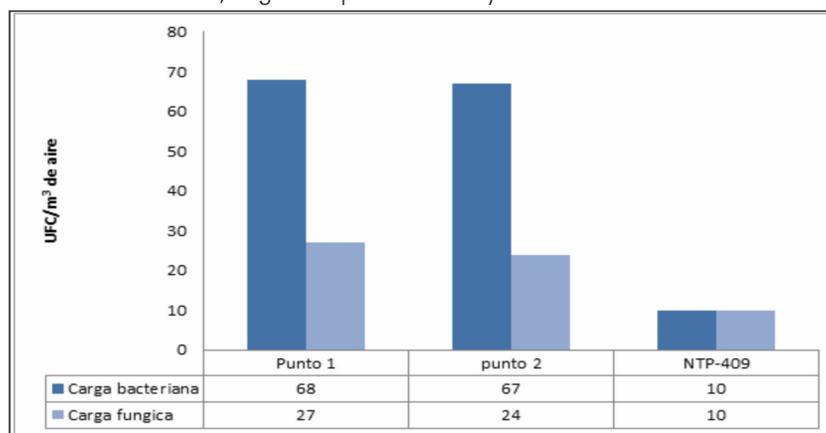
en medios selectivos, todos los microorganismos representativos de cada siembra. Se caracterizaron, a través de tinción de Gram y azul de lactofenol para bacterias y hongos respectivamente. Para la confirmación bacteriana se realizaron pruebas bioquímicas manuales y posterior comprobación por Sistema Automatizado API-20E, permitiendo 98,9% de confiabilidad en la identificación.

5.- *Análisis de los resultados:* Los valores de las UFC/m<sup>3</sup> de aire, temperatura y humedad relativa en el área analizada se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar. Los microorganismos aislados en la superficie se presentaron de forma cualitativa, y expresados por frecuencias relativas y absolutas. La información procesada se presentó en tablas y gráficos. En tanto, que la calidad microbiológica, se realizó tomando como criterios los valores de las normas técnicas de prevención (NPT-409 y 243) de origen español.

## RESULTADOS

Se obtuvo un promedio de 68 unidades formadoras de colonia bacterianas por metro cúbico de aire (UFC/m<sup>3</sup> bacterias) para el punto 1 y de 67 UFC/m<sup>3</sup> para el punto 2. En cuanto a la carga fúngica se determinó un promedio de 27 UFC/m<sup>3</sup> y 24 UFC/m<sup>3</sup>

**Gráfico 1.** Distribución de los pacientes con enfermedad por el ZIKV atendidos en los ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario Sur-Este, durante Enero-Junio 2016, según su procedencia y mes de notificación.



Fuente: Datos propios de la investigación.

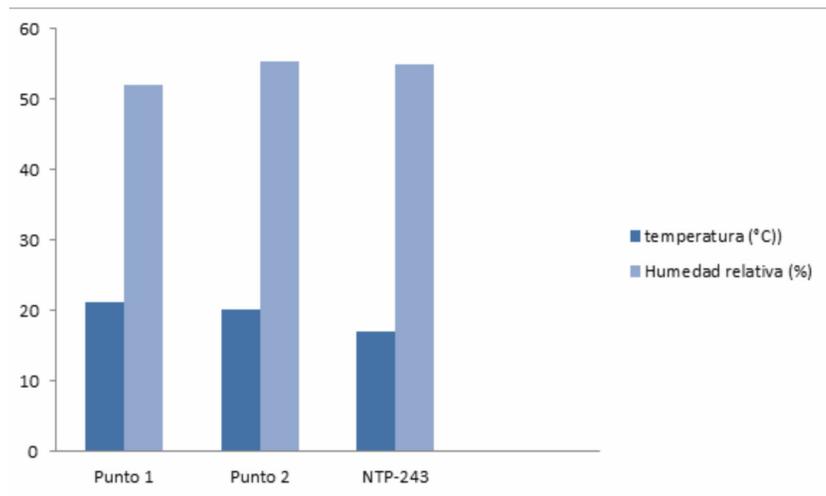
NTP-409: Contaminantes Biológicos: Criterios de Valoración. Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo de España 1999. Punto 1: Muestra tomada junto a la puerta. Punto 2: muestra tomada frente al aire acondicionado.

respectivamente (grafico 1). Ambos valores promediados superan los requisitos microbiológicos establecidos en las normativas españolas (<10UFC/m3) para áreas críticas de atención en salud.

En cuanto a la temperatura se determinó un promedio de 21,2 para el punto 1 y 20,1 para el punto 2. Respecto a la humedad relativa se determinaron valores comprendidos entre 52% para el punto 1 y 55% para el punto 2 del quirófano (grafico 2). En áreas críticas como quirófanos, la temperatura debe ser controlada con valores inferiores a 19°C como lo establecen las NTP 403, a fin de controlar el crecimiento microbiano. Sin embargo, la humedad determinada cumple con los requisitos establecidos es esta NTP.

De las tres superficies analizadas, camilla, lámpara y mesa de faena, en lacamilla se apreció 69,2% de crecimiento bacteriano intermedio. Sin embargo, el mayor crecimiento se obtuvo en la lámpara quirúrgica (23,1%). Por otro lado, la mesa de faena a pesar de haberse detectado 46,2% de crecimiento considerado bajo, son superficies que se encuentran en contacto con los utensilios quirúrgicos y con el paciente. En total 16/39 muestras de superficies fueron negativas para el crecimiento bacteriano, y en 23/39 se obtuvo crecimiento bajo, intermedio y alto de bacterias (tabla 1).

**Gráfico 2.** Representación gráfica de la temperatura y humedad relativa.



Fuente: Datos propios de la investigación.  
NTP-409: Contaminantes Biológicos: Criterios de Valoración. Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo de España 1999. Punto 1: Muestra tomada junto a la puerta. Punto 2: muestra tomada frente al aire acondicionado.

**Tabla 1.** Crecimiento Bacteriano en superficies expresado de forma cualitativa con frecuencias relativas y absolutas.

Lugar	(-)	FA	(+)	FA	(++)	(+++)	FA
Lámpara	53,8%	(7)	23,1%	(3)	- (0)	23,1%	(3)
Camilla	23,1%	(3)	69,2%	(9)	- (0)	7,7%	(1)
Mesa	46,2%	(6)	46,2%	(6)	- (0)	7,7%	(1)

Fuente: Datos propios de la investigación. .  
- (Negativo), (+) numero bajo de bacterias, (++) numero intermedio de bacterias, (+++) numero alto de bacterias. F.A= Frecuencia absoluta.

**Tabla 2.** Microorganismos aislados con mayor relevancia en aire y superficies del quirófano.

Microorganismo	Frecuencia
<i>Staphylococcus</i> (coagulasa negativos)	69%
<i>Staphylococcus aureus</i>	46%
<i>Aspergillus niger</i>	35%
<i>Bacillus</i> spp.	38%
<i>Aspergillus terreus</i>	31%
<i>Penicillium frequentans</i>	31%
<i>Cladosporium oxysporum</i>	27%
<i>Pseudomonas luteola</i>	7%
<i>Pseudomonas oryzae</i>	7%

Fuente: Datos propios de la investigación.

El microorganismos mayormente aislado fue *Staphylococcus* (coagulasa negativo) con 69% y le siguen: *Staphylococcus aureus* (46%) y *Bacillus* spp (38%) (tabla2).

## DISCUSIÓN

En el grafico número 1 se pueden apreciar recuentos mayores de microorganismos, tanto para el punto 1 (junto al puerta) y punto 2 (frente al aire), de acuerdo a lo establecido en la NTP-409, la cual establece un recuento microbiano inferior a 10 UFC/m3 en aire en zonas críticas como el quirófano. Los quirófanos son entornos donde las condiciones de climatización, paso de personal, puertas cerradas, vestimenta quirúrgica, deben ser estrictamente controladas, dada las condiciones de los pacientes al ingresar al mismo, es decir, en un

centro de salud es prioritario disponer de un sistema de climatización que pueda mantener dentro de los rangos de referencia factores como temperatura, humedad relativa y renovación de aire con el fin de evitar la diseminación, proliferación y dispersión de microorganismos potencialmente patógenos (9). En México para el año 2014, investigadores determinaron recuentos microbianos en dos hospitales, donde se obtuvieron valores igualmente mayores de bacterias y hongos en el quirófano de 442UFC/m<sup>3</sup> y 548UFC/m<sup>3</sup> respectivamente (13).

Con respecto a la temperatura, se determinaron valores promedios superiores a 20°C, lo cual se encuentra fuera de los criterios establecidos en la NTP-243 (<18°C). A pesar de contar con un adecuado sistema de climatización, es imprescindible tomar en cuenta otros factores que afectan negativamente el ambiente quirúrgico, como el mantenimiento de puertas abiertas y paso de personal sin su vestimenta quirúrgica, factores que se consideraron en el análisis. Otro parámetro importante es la humedad relativa, que juega un papel importante siendo también, además de la temperatura, un factor predisponente en la proliferación de microorganismos. Los valores obtenidos con respecto a la humedad relativa cumplen con la NTP-243 la cual sugiere un rango entre 50% y 60%, este resultado coincide con la investigación realizada por Izzeddin (3), los cuales realizaron un estudio analizando las áreas críticas de 6 centros de salud, aun cuando obtuvieron valores de temperatura por encima de 18°C, 5 de los 6 centros en estudio arrojaron valores de humedad relativa dentro del rango establecido por la NTP-243.

Por otra parte, se ha demostrado que la contaminación ambiental puede propiciar la transmisión de agentes potencialmente patógenos cuando los profesionales de salud contaminan sus manos o guantes al tocar superficies contaminadas, o también cuando pacientes entran en contacto directo con estas superficies. En esta eventualidad, este estudio determinó que más del 50% de las muestras de superficie del quirófano mostraron positividad, en 23/39 muestras y 16/39 negativas en cuanto a crecimiento bacteriano, mientras que, para el crecimiento fúngico 22/39 muestras fueron positivas y 17/39 negativas. el porcentaje de muestras positivas en cuanto a crecimiento microbiano bajo, intermedio y alto, es mayor a las muestras negativas. Este resultado coincide con el estudio realizado por González (14), quien evaluó la calidad microbiológica de las superficies inertes de un

área de salud, obteniendo como resultado 48 muestras positivas y 24 negativas en cuanto a crecimiento microbiano.

En relación a los microorganismos detectados con mayor relevancia, los *Staphylococcus coagulasa* negativos, identificados en un 69% de las muestras, han sido reportados como agentes etiológicos de bacteriemias relacionadas a contaminación de catéteres, abscesos superficiales, infecciones en piel, tejidos blandos e infecciones urinarias y post-quirúrgicas (15). La prevalencia de esta bacteria coincide con el estudio realizado por Torres (2013) (16), en un quirófano de un centro de salud en Ecuador. En orden de prevalencia se identificó *Staphylococcus aureus* con 46%, el que a pesar de ser un microorganismo ubicuo tanto en ambiente como a nivel dérmico formando parte de la flora comensal de la piel, su alta frecuencia en ambiente hospitalario puede causar repercusiones a nivel sanitario, puesto que, con facilidad esta bacteria puede generar resistencia a antimicrobianos, representando un gran riesgo para los pacientes hospitalizados e inmunosuprimidos (17).

Por otro lado, la presencia de microorganismos con capacidad de esporulación como el caso de bacterias aerobias *Bacillus* spp (38%), frecuentes tanto en aire como en superficies en general, cuyas esporas le otorgan mayor resistencia, y con ella la capacidad de sobrevivir en ambientes extremos, además de su bajo metabolismo que le confiere la propiedad de mantenerse viable durante largos periodos de tiempo en lugares donde la disponibilidad nutricional es baja demostrando así gran expectativa de supervivencia y resistencia a la sanitización en áreas hospitalarias, donde se aplican productos variados de amplio espectro bactericida (3).

En el caso del crecimiento fúngico obtenido, los hongos de género *Aspergillus*, *Cladosporium* y *Penicillium*, fueron aislados con mayor frecuencia, coincidiendo con Torres (18), en su estudio sobre hongos en el aire de la biblioteca de la Universidad de Central de Venezuela de la Escuela de Bioanálisis. A pesar de que este utilizó una metodología de muestreo diferente consistente en la “deposición horizontal de placas”, se puede demostrar de forma fidedigna las mismas especies tanto en aire como en superficies, ya que, las esporas de los mismos tienden a descender por gravedad y por ende decantan hacia la superficie. Los hongos anemófilos, además de aportar numerosos beneficios a nivel industrial y en el campo de la

salud como ejemplo la fabricación de antibióticos, son capaces de ocasionar graves complicaciones a nivel sanitario, esto debido a la producción de esporas o conidias que le facilitan su dispersión y reproducción en el ambiente, pudiendo estas ser inhaladas o depositadas en el huésped susceptible, desencadenando reacciones de hipersensibilidad con diferentes grados de severidad que van desde asma hasta cuadros de inflamación de pulmón, esta última es generada en casos graves de Aspergilosis.

Cabe destacar, es el estudio, se aislaron además, *Pseudomonas oryzihabitans* y *Pseudomonas luteola*, las cuales a pesar de ser detectadas con menor frecuencia en el aire quirófano, su presencia es significativa, generalmente se comportan como oportunistas y pueden causar severas infecciones especialmente en pacientes hospitalizados y/o inmunocomprometidos, además, se establece como uno de los agentes etiológicos más comunes relacionados a bacteriemia, meningitis, infecciones del tracto urinario y neumonía asociada a ventilación mecánica. En algunos casos, los problemas de las infecciones por este género de bacterias se ven agravados por su capacidad de supervivencia en el ambiente hospitalario, sobre todo en superficies secas, por su facilidad para diseminarse y transmitirse, a través del aire, reservorios humanos o materiales inanimados. Además de la facultad que tiene de adquirir nuevos mecanismo de patogenicidad, la cual le confiere multiresistencia a gran cantidad de antimicrobianos (19).

## CONCLUSIONES

Se concluye que: El recuento de bacterias y hongos en el quirófano fue superior a 60 UFC/m<sup>3</sup> y 20 UFC/m<sup>3</sup> de aire respectivamente; los valores de temperatura determinados fueron superiores a 20°C y la humedad relativa en un rango de 50%-60%; en más del 50% (23/39) de las muestras de superficie analizadas en el quirófano, presentaron crecimiento bacteriano y en el 41% (16/39) no se evidenció crecimiento; del total de muestras, 22/39 fueron positivas para el crecimiento fúngico y 17/39 negativas; los microorganismos aislados con mayor relevancia en el ambiente del quirófano *Staphylococcus* (coagulasa negativos), *Staphylococcus aureus*, *Bacillus* spp, *Aspergillus niger*, *Aspergillus terreus*, *Penicillium frequentans*, *Cladosporium oxysporum*, *Pseudomonas luteola* y *Pseudomonas oryzihabitans*; y que la calidad

microbiológica del quirófano, en el centro de salud público estudiado, no cumple con los requisitos establecidos por las NTP 409 y 243.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez H. Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, manejo actual y prevención. *Rev Cient Med* 2010; 13(2):94-98.
2. Serra M, Farril R. La infección intrahospitalaria en el diagnóstico de salud del Hospital General Docente "Enrique Cabrera". *Rev Hab Cien Méd* 2012; 13(2):12-17.
3. Izzeddin N, Medina L, Rojas T. Evaluación de bioaerosoles en ambientes de centros de salud de la ciudad de Valencia, Venezuela. *Kasmera*. 2011; 39(1):4-9
4. Olaechea P, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las Infecciones Nosocomiales. *Medi Inten* 2010; 34(4):256-267.
5. OMS. Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Disponible en: [http://www.who.int/csr/resources/publications/ES\\_WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002\\_12.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf). 2003.
6. Yomayusa N, Gaitán H, Suárez I, Ibáñez M, Hernández P, Álvarez, et al. Validación de Índices Pronósticos e Infección del Sitio Quirúrgico en Hospitales de Colombia. *Rev Med* 2008; 10(5):744-755.
7. McGowan J, Metchock B. *Infection Control Epidemiology and Clinical Microbiology*. En P.R. Murray (ed.). *Manual of Clinical Microbiology*. 6ta edition. ASM Press Washington D.C; 1995.
8. Giménez L, Pérez C, Roa W, Yépez W. Comportamiento de las infecciones Intrahospitalarias ocurridas en el servicio de Hemato-Oncología del hospital universitario de pediatría Dr. Agustín Zubillaga, Barquisimeto Agosto–Octubre. *Bol Med Post* 2008; 25. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id\\_revista=298](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=298).
9. Martí C, Berenguer J. NTP-243: Ambientes cerrados calidad de aire. Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo de España. 1999.
10. Hernández A. NTP 409: Contaminantes Biológicos: Criterios de Valoración. Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo de España. 1999.
11. Hernández A, Martí C. NTP 203: Contaminantes biológicos,

## INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA (IAAS) EN UN HOSPITAL PÚBLICO, ENERO-DICIEMBRE 2012

Carlisbeth Ramírez, Katherine Piñero

**RESUMEN:** Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) aumentan la morbimortalidad del paciente representando un problema constante. **Objetivo:** evaluar la incidencia de las IAAS en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde entre enero-diciembre 2012, como parte del sistema de vigilancia epidemiológica de la unidad de epidemiología del centro. Fue un estudio descriptivo, no experimental, de campo, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por todos los pacientes que una ingresados desarrollaron una infección intrahospitalaria después de las 48 horas o reingresados por la misma causa, la cual fue de 470 pacientes. La recolección de los datos se realizó, a través del sistema de vigilancia epidemiológica activa instalado como parte del programa del control y prevención IAAS el registro de los mismos se efectuó por medio de la ficha de vigilancia epidemiológica para IAAS, los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 20,0. **Resultados:** La tasa de incidencia de IAAS para el centro asistencial fue de 5,70. Los servicios con la tasa más elevada fueron UTIN 50,00; UCI 29,05; y traumatología 18,99. El 54.26% fueron del género masculino. El sitio de infección más común fue el sistema respiratorio con 35,66% y los focos infecciosos fueron únicos en 55,96%.

**Palabras Clave:** Epidemiología, infecciones, incidencia.

### INTRODUCCIÓN

La infección nosocomial o intrahospitalaria es llamada en la actualidad Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS), ya que, hay otros sitios distintos al clásico hospital, sanatorio o clínica dónde las personas también cumplen tratamientos para mejorar su salud (1). Las IAAS se definen como condiciones localizadas o sistémicas resultado de un efecto adverso ante la presencia de un agente infeccioso o sus toxinas, adquirido en un ambiente hospitalario durante el curso de un tratamiento para otra condición médica. Para la mayoría de las infecciones significa que, por lo general, la infección subyacente resulta evidente luego de 48 horas de hospitalización o si el paciente es diagnosticado en la siguiente semana al egreso, en el caso de las heridas quirúrgicas la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis (2).

evaluación en ambientes laborales. Instituto Nacional de Higiene y Trabajo de España. 1998.

12. Martí C. NTP – 299: Método para el recuento de Bacterias y Hongos. Instituto Nacional de Higiene y Trabajo de España. 1998.
13. Maldonado M, Peña J, De los santos S, Castellanos A, Camarena D, Arevalo B, et al. Bioaerosoles y Evaluación de la Calidad del Aire en Dos Centros Hospitalarios Ubicados en León, Guanajuato, México. *Rev Int Contam Ambient* 2014; 30(4):352-363.
14. González L, Lozada M, Santiago I. Análisis bacteriológico de superficies inertes, Mexico *Rev Cub Hig Epidemiol.* 2014; 52(3):314-332.
15. Fariña N, Carpinelli L, Samudio M, Guillén R, Laspina F, Sanabria R, et al. *Staphylococcus coagulasa-negativos* clínicamente significativos. Especies más frecuentes y factores de virulencia. Chile. *Rev chil infectol* 2013; 30(5):480-488.
16. Torres. F. Identificación de bacterias en el ambiente del centro quirúrgico del Hospital Regional Isidro Ayora, como factor predisponente de enfermedades nosocomiales en el periodo enero-junio 2013 Loja Ecuador. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4002>. 2013.
17. Romero R. Microbiología y Parasitología Humana, Bases etiológicas de las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. 3ra. Edición. Editorial Médica Panamericana. México. 2007.
18. Torres J, Capote A, Contreras S, Castro A, Ortega E, Romero H. Aeromicrobiota de la biblioteca de la escuela de Bioanálisis, Universidad Central de Venezuela. *Rev Biom Dig* 2015. Disponible en: [http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE\\_5198.pdf](http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_5198.pdf)
19. Gago M, Cáceres M, Mora I. *Acinetobacter baumannii* versus *Pseudomonas aeruginosa*, Comportamiento en pacientes críticos con ventilación mecánica, Cuba. *Rev cubana med* 2012; 52(3):239-246.

Por otra parte, son muchos los factores que propician su desarrollo en los pacientes hospitalizados, tales como la comorbilidades, la variedad de dispositivos médicos y técnicas invasivas, la colonización por parte de bacterias intrahospitalarias farmacorresistentes y la deficiencia o carencia de medidas adecuadas a cada centro hospitalario orientadas al control y prevención de las mismas (3).

Las IAAS representan un importante indicador de calidad en la prestación y gestión en salud pública, no sólo, con gran trascendencia económica y social, sino también, de importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan altas tasas de morbi-mortalidad e inciden en los años de vida potencialmente perdidos de la población que afectan. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Como consecuencia, algunas personas se enferman más gravemente y deben permanecer más tiempo en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras mueren (4).

También hay que considerar un número de efectos colaterales tras el inicio del tratamiento antibiótico, tal como lo es la farmacoresistencia la cual surge como resultado del uso irracional e indiscriminado de los agentes antimicrobianos; representando un importante problema de salud pública debido a los costos sanitarios generados para el Estado y para el paciente. Por último, la higiene de las manos del personal sanitario constituye la medida de mayor importancia para la prevención de estas infecciones, tanto por su eficacia, claramente demostrada, como por su reducido coste. Por lo tanto, las manos del personal sanitario constituyen un perfecto elemento de transmisión de patógenos hospitalarios.

Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante para los sistemas de salud debido al alargamiento de la estancia seguido del consumo de antibióticos (5). Por lo tanto, se considera que estas infecciones han contribuido considerablemente a aumentar la morbi-mortalidad y los costos destinados a la atención sanitaria dirigida a combatirlas. Por otro lado, se estima que la incidencia puede llegar a ser de 25%, y hasta más, cuando lo aceptable es que éstas no superen el 5%. Han determinado que, de cada cuatro pacientes tratados uno lucha con

algún tipo de IAAS (6). Por ello los expertos en administración de salud, establecen que es necesario el diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica activo para conocer la incidencia de las IAAS.

De aquí se desprende el propósito de la investigación el cual ha sido determinar la incidencia de las IAAS del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde de Valencia, estado Carabobo, Venezuela de enero-diciembre 2012. Los datos resultantes de dicha investigación permitirán establecer un Sistema de Vigilancia Epidemiológica dentro del Hospital que se mantenga actualizado y que permita conocer los daños en la comunidad, establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población, así como también notificar sobre los hechos de salud que se presentan en el área, para finalmente formular y recomendar medidas de control pertinente y evaluar las aplicadas en el mantenimiento de la salud de la población.

Los programas de vigilancia y control epidemiológico de las IAAS, así como la implementación y adaptación de protocolos para su prevención, son estrategias que mejoran la seguridad del paciente y deben representar una prioridad para las instituciones. En general, provee recomendaciones basadas en la mejora de los procesos diarios y/o básicos los cuales deben ser específicos para cada centro asistencial, debido a que deben estar orientados al contexto hospitalario donde se instalen, es decir, cada institución es única y posee sus propios inconvenientes, por lo cual necesitan de un protocolo diseñado que cubra sus necesidades. Por consiguiente, se reconoce que las IAAS constituyen universalmente un indicador indiscutible de gestión de calidad en atención sanitaria, imprescindible actualmente para lograr acreditación a nivel internacional porque asegura el óptimo funcionamiento de la institución hospitalaria.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación estuvo enmarcada en un diseño de estudio descriptivo, no experimental, de corte transversal, retrospectivo. La población en estudio estuvo conformada por 904 pacientes egresados de enero-diciembre del año 2012, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde del municipio Naguanagua, estado Carabobo. Se seleccionó una muestra de tipo no probabilística constituida por 163 pacientes del servicio de Medicina Interna con

diagnóstico de IAAS durante el periodo antes señalado.

Previo al inicio del estudio, se solicitaron los permisos correspondientes a la subdirectora docente del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde para la autorización de la revisión de las historias clínicas. Para la recolección de los datos, la técnica a utilizar fue la revisión de historias clínicas utilizando la ficha del sistema de vigilancia epidemiológica para IAAS, la cual esta estandarizada para todos los hospitales pertenecientes al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) que cuentan con el programa de control de infecciones. Dicha ficha abarca todas las variables epidemiológicas de las IAAS.

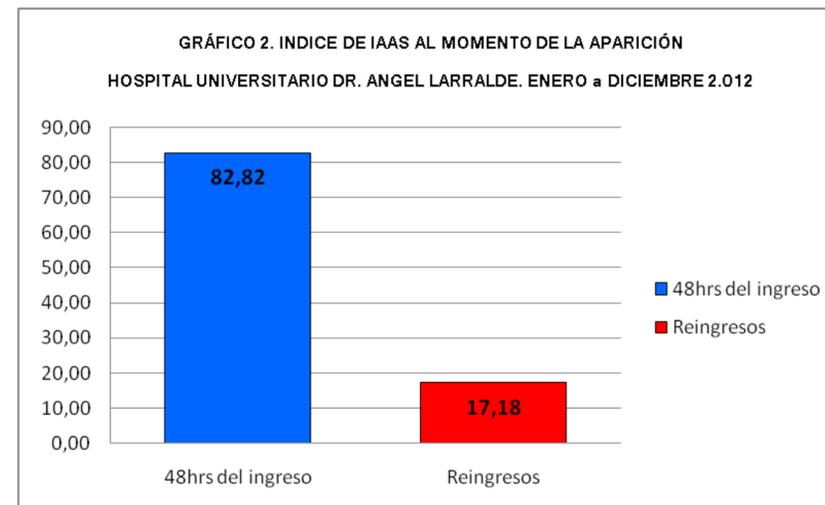
Para la tabulación de los datos se utilizó la técnica de estadística descriptiva. Se confeccionó una base de datos en hoja de cálculo de Excel®. El procesamiento y análisis se realizó, a través del paquete SPSS en su versión 20.0.

## RESULTADOS

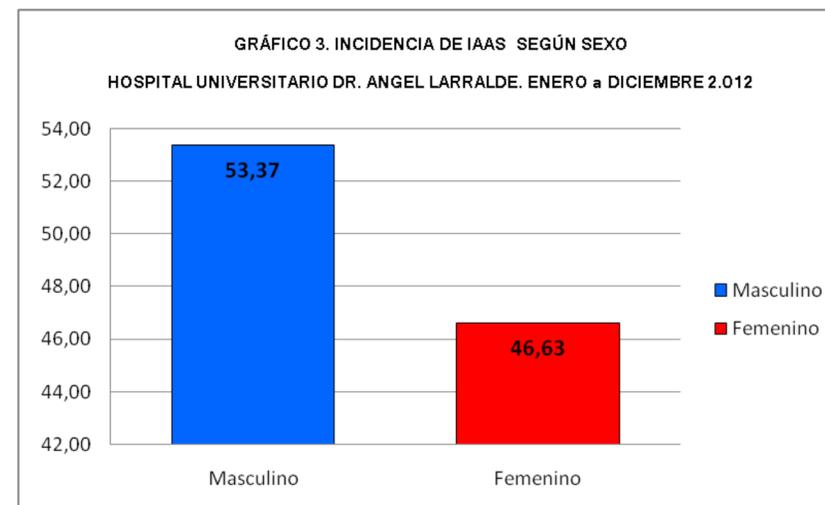
La incidencia de IAAS en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde durante el periodo de enero a diciembre 2.012 es de 163 pacientes lo cual representa una tasa de prevalencia de 18,0 por 100 egresos (163/904). El gráfico 1 muestra que 12,6% de los pacientes que han padecido una IAAS durante su estadía hospitalaria egresa vivo, mientras que

49 pacientes fallecieron, para una tasa de letalidad de 5,4.

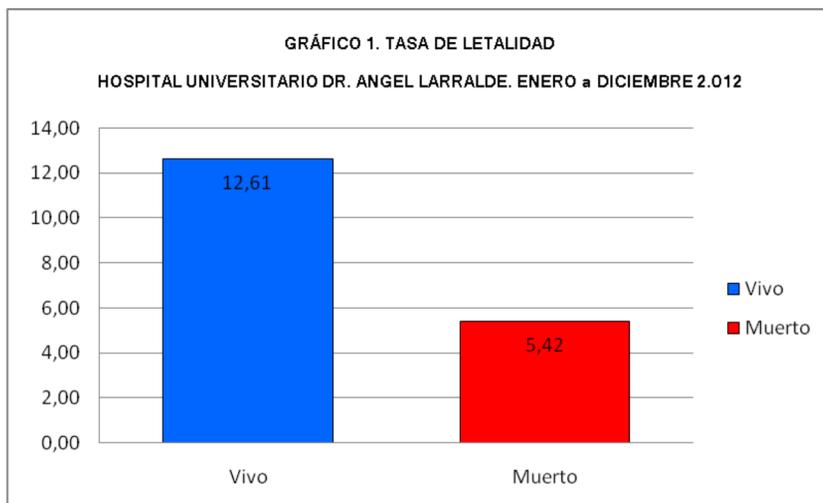
En la gráfica 2 se evidencia que la prevalencia de de IAAS a las 48 horas del ingreso al servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde fue de 82,8% (135/163) y 17,2% (28/163) reingresaron con infección al recinto hospitalario luego de su egreso. En el grafico 3 se aprecia que la prevalencia de IAAS en el género masculino fue de 53,4% (87/163) y en el femenino de 46,6% (76/163).



Fuente: Datos propios de la investigación.



Fuente: Datos propios de la investigación.



Fuente: Datos propios de la investigación.

En la tabla 1 se aprecia que la mayor prevalencia de IAAS se producen entre los 41-60 años en una proporción de 35,6 (58/163), le sigue en frecuencia el grupo de edad comprendido entre 61-80 años con 29,5% (48/163) y a continuación se encuentran los pacientes: con 21-40 años (17,2% [28/163]), los que tienen entre 81-100 años (10,4% [17/163]) y en último lugar los pacientes más jóvenes, es decir, los que tienen entre 15-20 años de edad (7,4% [12/163]).

**Tabla 1.** Prevalencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria según grupo de edad Hospital Universitario Dr. Angel Larralde, enero-diciembre 2012.

Edad	f	%
15-20	12	7,4
21-40	28	17,2
41-60	58	35,6
61-80	48	29,5
81-100	17	10,4
Total	163	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 2.** Localización corporal de infecciones asociadas a la atención sanitaria en pacientes del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde, enero-diciembre 2012.

Sitio infección	f	%
Sistema respiratorio	81	34,0
Sistema genitourinario	53	21,9
Piel y tejidos blandos	39	16,4
Sistema gastrointestinal	20	8,4
Catéter periférico	15	6,3
Catéter central	10	4,2
Sitio de venopunción	5	2,1
Sepsis	5	2,1
Herida operatoria	4	1,7
Ojos	4	1,7
Otros	2	0,8
Sistema nervioso central	1	0,4
Sistema cardiovascular	0	0,0
Osteoarticular	0	0,0
Total	238	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación.

En la tabla 2 se muestra la localización de las IAAS, siendo el sistema respiratorio el mayormente afectado con 34,3%, le siguen en orden de frecuencia el sistema genitourinario (21,9%), y la piel y tejidos blandos (16,39%), además resulta particularmente interesante que los sistemas cardiovascular y osteoarticular no fueron afectados y el porcentaje de infección hallado en los sitios de cateterización periférica y central, con 6,3% y 4,2% respectivamente.

En la tabla 3 se indican los agentes causales más habituales en las IAAS, siendo el principal la *Pseudomona aeruginosa* con 27,8% (27/163), le sigue *Acinetobacter baumannii* con 16,5% (16/163) y *Escherichia coli* con 14,43% (14/163). Asimismo las bacterias pertenecientes al género *Staphylococcus spp* se caracterizan por presentar según el género variabilidad en su frecuencia, en este sentido *Staphylococcus aureus* resulto ser el más común con 7,22% (7/163).

Fueron un total de 12 los cultivos con organismos multidrogoresistentes, en este sentido, 33,3% de las muestras de pacientes resultaron con *Pseudomona aeruginosa* (BLEE) multidrogoresistente y únicamente 8,3% con *Escherichia coli* (BLEE) también multidrogoresistente.

**Tabla 3.** Prevalencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria según agente causal Hospital Universitario Dr. Angel Larralde enero-diciembre de 2012.

Agente	f	%
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	27	27,8
<i>Acinetobacter baumannii</i>	16	16,5
<i>Escherichia coli</i>	14	14,4
<i>Candida spp</i>	12	12,4
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	10	10,3
<i>Staphylococcus aureus</i>	7	7,2
<i>Enterococcus spp</i>	4	4,1
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	2	2,1
<i>Enterobacter aerogenes</i>	1	1,0
<i>Myroides spp</i>	1	1,0
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1	1,0
<i>Staphylococcus hominis</i>	1	1,0
<i>Serratia marcescens</i>	1	1,0
Total	97	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 4.** Prevalencia de de infecciones asociadas a la atención sanitaria según agente causal multidrogoresistente Hospital Dr. Ángel Larralde, enero-diciembre 2012.

Agente	f	%
<i>Pseudomona aeruginosa</i> (BLEE)	4	33,3
<i>Acinetobacter baumannii</i> (BLEE)	3	25,0
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (BLEE)	2	16,7
<i>Enterococcus spp</i> (VRE)	2	16,7
<i>Escherichia coli</i> (BLEE)	1	8,3
Total	12	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación.

## DISCUSIÓN

Las IAAS constituyen un problema de salud de extraordinaria importancia en el mundo, por la magnitud, trascendencia e impacto que generan. La existencia de factores relacionados con el capital humano y la infraestructura hospitalaria hacen vulnerable a los hospitales ante las causas que le dan origen y amenazan la calidad de la atención de salud que se dispensa. De los 904 pacientes egresados del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el año 2012, 163 (18,0%) desarrollaron IAAS para el período analizado y 83,8% de las IAAS aparecieron a las 48 horas del ingreso y sólo 16, 2% fueron diagnosticadas dentro de la semana posterior al egreso, es decir, fueron reingresados.

Asimismo, las defunciones ocurrieron, casi en su totalidad, en los grupos de edad comprendidos entre los 55-70 años, atribuible este hecho a que los pacientes de edad avanzada presentan mayor predisposición a infecciones por disminución de sus mecanismos defensivos, así como por la aparición, con más frecuencia a estas edades, de enfermedades crónicas no transmisibles que condicionan inmunodepresión y otras que provocan postración, es así que estudios consultados encontraron que 37% de sus pacientes fallecieron a causa de neumonía nosocomial (7), dato concordante con la presente investigación.

Además, otro factor que se relaciona más frecuentemente con la muerte por IAAS es la sobrestadía hospitalaria. En un estudio lineal y retrospectivo realizado por Insausti (8) entre 1988 y 2003 en el Hospital Universitario “Saturnino Lora”, evidencia una tasa

de letalidad más elevada entre los pacientes que tuvieron que permanecer mayor tiempo ingresados por diferentes causas; así, de los pacientes que tenían menos de 5 días de ingresados sólo fallecieron 3,3%; los que tenían entre 5 y 9 días murieron 17,1%; de los que llevaban entre 10 y 14 días de ingresados al aparecer la sepsis fallecieron 31,1% y de los que tenían más de 15 días ingresados al aparecer la infección murieron 48,5%.

En relación a las localizaciones más frecuentes fueron las respiratorias (34,0%) seguidas por las infecciones urinarias (21,9%), de piel y tejidos blandos (16,39%). En menor medida, infecciones gastrointestinales, de catéter periférico y central, sitio de venopunción, sepsis, herida operatoria, ojos y SNC, en ese orden. Concordando estos hallazgos con los arrojados en el estudio retrospectivo realizado en 2010 por Sánchez (9) en el cual se reportó que la localización más frecuente fue la respiratoria con 68% seguida de las urinarias con 20,5%.

Igualmente vale mencionar que en este estudio los procedimientos invasivos fueron el catéter de vía central (40,9%), la oxigenoterapia (16,5%), el sondaje vesical (14,7%), el catéter venoso central (9,1%), la sonda nasogástrica (5,2%), la respiración mecánica e intubación oro-traqueal (3,7%) y, en menor medida, el catéter de hemodiálisis, la punción lumbar, traqueotomía, gastrostomía, colostomía, citostomía y las válvulas de derivación peritoneal. Constatándose que el principal factor de riesgo relacionado con la neumonía nosocomial es la oxigenoterapia, la intubación oro-traqueal y la ventilación mecánica, mientras que para las urinarias es el sondaje vesical.

Con respecto a las infecciones asociadas a la atención sanitaria y el género hubo un leve predominio del masculino (53,18%) sobre el femenino; concordando con un estudio prospectivo realizado por Lucet (10) en Chile en 2011, donde determinó que las mujeres arrojan mayor incidencia de IAAS basados en el hecho de que éstas son más propensas a padecer una infección del tracto urinario que los varones, debido a cierta “susceptibilidad anatomofisiológica”.

El papel del hospedador es evidentemente muy relevante, tal es el caso que la mayor incidencia ocurrió en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (21,2%), seguidas de cardiopatías (15,5%), diabetes mellitus (12,5%), nefropatías (9,1%), VIH/SIDA (7,8%), tumor maligno (6,6%), desnutrición (5,0%) y obesidad (4,6%). Otros, con una frecuencia menor presentaban antecedentes de enfermedad

pulmonar obstructiva crónica, hepatopatías, angiopatías, tumor benigno, accidente cerebro-vascular, purpuras, epilepsia, colagenopatías y, en menor medida, trastornos psiquiátricos.

En el presente trabajo se abordó la incidencia de patógenos reconocidos como nosocómicos, es decir, como agentes involucrados en el desarrollo de IAAS. De los 163 pacientes sólo 71 (43,6%) contaban con cultivo y de éstos en 68 (62,4%) se aisló algún germen. Cabe destacar que, los restantes 92 pacientes, no contaron con ningún tipo de cultivo debido en mayor parte a que el hospital no cuenta con servicio de bacteriología, por tanto, la realización del mismo implica para el paciente y familiares gastos monetarios.

Dentro de los gérmenes reportados se encuentra la bacteria *Pseudomona a.* ocupando el primer lugar con 26,5%, seguida de *Acinetobacter baumannii* (14,3%), *Escherichia coli* (15,3%), *Candida spp* (12,2%), *Klebsiella pneumoniae* (13,3%), *Staphylococcus aureus* (7,1%), *Enterococcus spp* (4,0%), *Staphylococcus haemolyticus* (2,0%), y *Serratia marcescens*, *enterobacter aerogenes*, *staphylococcus epidermidis* y *hominis* con un 1,0%.

Sin embargo, según el estudio retrospectivo llevado a cabo por Araya-Fonseca (11) el agente de mayor circulación en el ambiente hospitalario fue *Escherichia coli*. Por tanto, se observa un aumento significativo de los casos de IAAS por microorganismos más agresivos, en primer lugar por *Pseudomonas aeruginosa* seguido de *Acinetobacter baumannii* y en tercer lugar por *Escherichia coli*. El agente etiológico fúngico de mayor incidencia sigue siendo *Candida albicans*.

Por otro lado, de los 68 cultivos que reportaron germen 12 se correspondieron a gérmenes multidrogoresistentes. Algunas de las infecciones más resistentes y difíciles de tratar son las causadas por las bacterias Gram negativas: *Acinetobacter* y ciertas cepas de *Klebsiella* y *Pseudomonas*. Para Grundmann (12) la resistencia antimicrobiana es la consecuencia inevitable de prescribir antibióticos.

## CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Se concluyó que las tasas de incidencia de IAAS en el hospital "Ángel Larralde" en el servicio de medicina interna, son más elevadas en comparación con las de los patrones internacionales y que estas no guardan semejanza a la de los países con programas eficientes

de control sobre las mismas, los cuales poseen tasas cercana al 5%, mientras que esta investigación arroja cifras de 18,0%. Por otra parte también se pudo conocer que otra de las áreas con mayor riesgo a desarrollar IAAS fueron los servicios de unidad de cuidados intensivos, trauma y cirugía, constituyendo cifras de riesgo de 33,8%, 26,1% y 21,1% respectivamente, de modo que los resultados obtenidos reflejan la importancia de las medidas de control en toda la extensión del hospital.

Estas cifras elevadas, pueden atribuirse principalmente a la variada cantidad de procedimientos invasivos, ya que, facilitan el acceso a los microorganismos al medio interno del paciente. Entre éstos, la principal incidencia fue observada en el catéter venoso periférico, mientras que la oxigenoterapia y el sondaje vesical ocuparon puestos menores respectivamente. Ejerciendo de esta manera una correlación significativa con el sitio de infección más común, siendo en el sistema respiratorio la mayoría, con un 34,0% y en el sistema genitourinario un 21,9%.

Por otra parte en cuanto a los factores de riesgo propios del paciente para desarrollar IAAS, se encontró que factores como el género, no evidenció diferencias significativas en cuanto a la cantidad pacientes de la muestra afectados, ya que el 46.6% de los pacientes que desarrollaron las mismas fueron femeninos, mientras que la población masculina a su vez, represento el 53.4% restante. Otro factor determinante fue la edad, la cual demostró cifras con mayores diferencias, resultando así las más comunes las comprendidas entre los 51 y 61 años con un 35,6%.

Evidenciando de este modo, que estas se concentraban en las edades medias de la vida, ejerciendo una posible relación con el inicio de la mayoría de las patologías que sirvieron como factores agravantes de comorbilidad y de riesgo propio en esta investigación, encabezando la lista con un 21,2% la HTA, dando de esta forma mayor importancia a la afectación sistémica como factor predisponente para el desarrollo de las IAAS, a su vez, con patologías como las cardiopatías en segundo lugar, con un 15,5% respectivamente. Mientras que la diabetes se posiciono como el tercero más influyente de los mismos con un 12,6%.

A si mismo se concluye que la tasa de letalidad de pacientes fue de 5,4, siendo este un valor aceptado por los manuales de

vigilancia epidemiológica, que especifican valores esperados hasta de 12. Por otra parte cuando se trató de determinar el momento de inicio de estas infecciones asociadas al cuidado en salud, se evidenció, que estas eran más comunes con 82,8%, de presentar su aparición a las 48 horas del ingreso del paciente. En cuanto a los gérmenes encontrados como autores de las IAAS, se destacaron la *Pseudomonas aeruginosa* con un 33,3% de incidencia, junto con el *Acinetobacter baumannii* con un 25%, siendo estos gérmenes esperados de encontrar entre la flora de hospitales y centros de salud internacionalmente.

Es importante destacar que no se pudo contabilizar el total de gérmenes encontrados, debido a que no todos los pacientes del servicio contaban con cultivos, solo el 43,6%. De los cuales el 62,4% fueron positivos para la confirmación bacteriológica, y 33,3% de éstos, fueron considerados gérmenes multiresistentes, ejerciendo así una mayor dificultad en el tratamiento. Es por ello que en la prevención de resistencia, se debe enfatizar al personal de salud el adecuado tratamiento antibioticoterápico, determinado en base a los resultados de los cultivos y antibiogramas, evitando así los esquemas innecesarios y su uso indiscriminado.

Por esta y otras razones, se recomienda la apertura de un laboratorio de bacteriología en este centro de salud, ya que, su falta representa actualmente un gasto adosado y excesivo, en toda la progresión de la enfermedad, a familiares o responsables del paciente, pues deben de ser realizados por parte de instituciones privadas.

Los profesionales de la salud deben tener presente que existen múltiples factores que favorecen la formación de IAAS, entre los principales, la higiene deficiente de las manos, la cual debe incluirse antes y después de la atención de un paciente o la realización de cualquier tipo de procedimiento invasivo aunque se utilicen los guantes estériles. Para la mejora de esta tarea, la cual notamos se ve disminuida por la falta de puntos de lavados, se recomienda por lo tanto, el reforzamiento de los mismos, con el perenne suministro de agua, jabón antiséptico, toallín para el secado de manos y por ultimo soluciones tópicas de alcohol en gel al 70% o con clorixidina.

Desde el punto de vista de infraestructura, constituye una vital importancia fortalecer ciertos aspectos, como la capacidad de

albergar al alto número de pacientes, así como también la mejora de la distribución de los mismos y del adecuado cumplimiento del protocolo de aislamientos de los pacientes que lo ameriten. También es importante destacar en el aspecto de manejo de las áreas, el control de las visitas y de la vestimenta para el personal de salud, por tal motivo se debe reforzar o crear una normativa la cual se cumpla a cabalidad que mantenga un orden y uniformidad sobre estas. Sin olvidar la importancia del disposición adecuada y mantenimiento de aguas negras, instalaciones eléctricas y desechos biológicos. Así como el correcto y suficiente suministro de equipos, materiales y personal médico capacitado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maimone S, Paniagua M. Infección Intrahospitalaria. GRUPO ASESOR Control de Infección y Epidemiología. Buenos Aires – Argentina. Disponible en: <http://www.codeinep.org/INFECCION%20HOSPITALARIA.pdf>. 2005.
2. Castro A, Álvarez C, Suarez J, Pedroza M, Cely J, Arias E, et al. Estrategia educativa en lavado de manos en empresas sociales del estado (e.s.e.) de primer nivel de atención. Bogotá - Colombia. Disponible en: [http://esesancristobal.gov.co/lportal/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=1771507&folderId=628842&name=DLFE-5603.pdf](http://esesancristobal.gov.co/lportal/c/document_library/get_file?p_l_id=1771507&folderId=628842&name=DLFE-5603.pdf). 2010.
3. Dulce G. Fundación higiene y prevención de enfermedades prevenibles, Lyon y Ginebra entre 1997 y 2001. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/VINCat/Documents/Manuals/Arxiu/manual-oms.pdf>. 2001.
4. Wenzel R, Pfaller M. Infection control: the premier quality assessment program in United States hospitals. *Am J Med* 1991; 91 (Suppl 3B): 27-31.
5. Coello R, Glenister H, Ferreres J, Bartlett C, Leigh D, Sedgwick J, et al. The cost of infection in surgical patients: a case-control study. *J Hosp Infect* 1993; 25:239-250.
6. La Universidad del Zulia. La infección intrahospitalaria: La epidemia oculta. La agencia de noticias la LUZ. Disponible en: [http://www.agenciadenoticias.luz.edu.ve/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1375&Itemid=163](http://www.agenciadenoticias.luz.edu.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=1375&Itemid=163). 2010.

7. Telles R, Sarduy C, Rodríguez J, Rodríguez R, Segura L. Infecciones intrahospitalarias en los servicios clínicos. AMC 2008; 12(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-0252](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-0252).
8. Insausti J, Palomar M, Alvarez F, Otal J, Olaechea P, López M, et al. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en UCI: Informe del año 2008. Med Intensiva 2009; 33:109.
9. Sánchez A, Valdés M, Fernández L. Comportamiento epidemiológico de las infecciones nosocomiales. Argentina. Disponible: [http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30\\_4/comportamiento.pdf](http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30_4/comportamiento.pdf). 2010.
10. Lucet J. Outbreak of Multiple Resistant Enterobacteriaceae in intensive care unit. Epidemiology and risk factors for acquisition. Clin Infect Dis 1996; 22:430-436.
11. Araya-Fonseca C, Boza R, Arguedas L, Badilla G, García F. Tendencias de infecciones intrahospitalarias en un centro oncológico. Acta Méd México 2010; 49(2):90-6.
12. Tafur J, Torres J, Villegas M. Mechanisms of antibiotic resistance in Gram negative bacteria. Infect 2008; 12(3):227-232.

## PREVALENCIA DE RELACIONES MAXILARES DE LOS PREESCOLARES DEL C.E.I JULIO CASTRO. JUNIO-JULIO 2016

Sabrina Cuadrado, M. Rivas, Brescia Zerpa

**RESUMEN:** Las maloclusiones representan un problema de interés en la población infantil venezolana, las cuales requieren diagnóstico y tratamiento oportuno a fin de intervenir en su evolución y favorecer el crecimiento armónico de los maxilares. Este estudio se realizó con la finalidad de observar la frecuencia de las relaciones molares, transversales, verticales y tipo de arcos maxilares. Trata de un estudio transversal-observacional a una muestra de 45 preescolares, en edades comprendidas entre 3 y 6 años, 23 femeninas, 22 masculinos, pertenecientes al C.E.I Julio Castro en el período Junio-Julio 2016. Como resultados obtenidos 60% presentaron plano terminal recto, 47% sin alteración en el tipo de mordida, 72% relación canina clase I, y 51% Baume tipo I. El odontólogo general debe ser capaz de reconocer las características oclusales normales y las diferentes alteraciones que predisponen al desarrollo de una maloclusión en la población infantil. Estudios longitudinales de crecimiento y desarrollo han establecido que durante la dentición primaria se presentan algunos rasgos y características definidas que permanecerán constantes durante el período de dentición mixta temprana, pero también se ha encontrado que las que tienen rasgos de normalidad no siempre finalizan en una oclusión permanente normal. Es importante acompañar al niño en su desarrollo y observar los cambios ocurridos durante el crecimiento y adaptabilidad funcional a fin de evitar la instalación de un problema más grave.

**Palabras Clave:** Relaciones molares, frecuencia, preescolares.



La visita al Hospital (1889).  
Luis Jiménez Aranda.  
Óleo sobre tela. 290 x 445 cm.

## Capítulo III

# Gerencia de las Organizaciones Sanitarias

## MODELO DE CALIDAD TOTAL ENFOCADO EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

María Páez De Sousa

**RESUMEN:** La presente investigación es realizada dentro de un estudio cualicuantitativo, con diseño de campo, y apoyado en una investigación descriptiva de corte transversal, donde se estudiaron las variables de manera independiente, sin alterar el ambiente natural. Se requirió la revisión bibliográfica y la participación presencial, para profundizar los conocimientos relacionados con la calidad total del servicio odontológico y sus indicadores de gestión; para determinar a su vez los beneficios y proporcionar información necesaria para la prestación de un servicio en calidad. Se utilizó como instrumento un cuestionario tipo Likert, dirigido a los usuarios; para diagnosticar las fortalezas y debilidades del servicio odontológico; validado por expertos en el área odontológica y gerencia en salud pública. Se pudo concluir; que la mayoría de los usuarios se mostró satisfecho con el servicio recibido, considerando que la atención fue de calidad y expresaron que de ser necesario regresarían nuevamente para recibir atención odontológica.

**Palabras Clave:** Calidad total, indicadores de gestión, usuarios, servicio.

### INTRODUCCIÓN

La crisis económica que enfrenta los países latinoamericanos ha acentuado las diferencias sociales que caracterizan a estos países sub-desarrollados; la pobreza continúa incrementándose afectando directamente la salud y el bienestar de la población. En Venezuela, así como en el resto de América Latina el modelo de calidad total dominante en salud se caracteriza por ser curativo y orientado a la atención de enfermedades, situación que se expresa en forma directa en la atención odontológica; las acciones que realizan los servicios odontológicos son predominantemente curativas, mutiladoras, de poca cobertura y con largos intervalos de tiempo entre una consulta y otra (1, 2).

La gestión de un modelo de calidad total; responde a las necesidades de los usuarios, requiere entre otros componentes el incremento de la calidad en los indicadores de gestión, la satisfacción de los intereses del personal y del usuario, quien determinará si el servicio es aceptable, de tal manera, que el diseño, desarrollo y nivel

del servicio deben a partir de un claro entendimiento y conocimiento de las necesidades, preferencias, valores y criterios de la salud de los usuarios. Estos principios deben ser compartidos por todo el equipo de trabajo, requiriendo un estilo de gestión participativa que fortalezca el consenso en la toma de decisiones, para asegurarse que todas las acciones de los miembros del equipo de salud convengan hacia las necesidades de los usuarios del servicio (1, 2).

La calidad total del servicio odontológico constituye una ventaja duradera en el tiempo, por lo tanto; debe ser evaluada para asegurar que su nivel en el servicio prestado cumpla con los requisitos de excelencia establecidos y demandados por los usuarios. Para ello, es necesario tener una definición clara de lo que significa la calidad. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en su evaluación del desempeño del equipo de salud, define calidad según Deming (3) como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales; es decir, que la calidad es una condición compleja, donde los diferentes componentes y agentes productores del servicio de salud brinda su aporte significativo a un resultado que se está por obtener y se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios.

Por otro lado, mucho del creciente interés de la calidad ha sido atribuido a los esfuerzos pioneros de personas como Edwards Deming (3). La calidad ha servido para caracterizar técnicas como los círculos de calidad, también para describir procesos, tales como el control estadístico de los procesos. En organizaciones de alto rendimiento la calidad confiere el carácter de una filosofía que apoya las decisiones y acciones, se convierte esta actividad operacional, como parte del sistema, relacionada con la cultura y valores de la organización.

Estas estrategias proveerán los factores que los consumidores consideren de importancia. La satisfacción del usuario, al menos en parte, se alcanza a través de una serie de acciones generales, que consisten en: identificar el servicio ofrecido, identificar el o los usuarios del servicio, y determinar lo que estos consideran importante. Identificar necesidades para ofrecer servicios que satisfagan al consumidor. Definir el proceso para un buen desempeño del trabajo. Alcanzar procesos a prueba de error y eliminar esfuerzos inútiles. Asegurar mejoras continuas, midiendo, analizando y controlando el

proceso de perfeccionamiento (1, 2).

Resulta oportuno mencionar que el programa de atención integral en salud bucal que actualmente se está desarrollando en Venezuela, busca fomentar el encuentro entre comunidad y los servicios odontológicos para impulsar la promoción de prácticas de higiene bucal para sonrisas más saludables, prevención de enfermedades y mejoramiento de la atención prestada en los centros asistenciales. Desde esta perspectiva teórica, esta investigación se plantea describir el modelo de calidad total enfocado en los indicadores de gestión del servicio odontológico del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio del Poder Popular para la Educación (IPASME), Tinaquillo estado Cojedes, para el año 2015.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio cualicuantitativo, ubicado en un diseño de campo, y apoyado en una investigación descriptiva de corte transversal. Se realizó en el IPASME; Tinaquillo estado Cojedes; durante el periodo julio-diciembre 2014; este centro de Unidad Médica Integral Tipo I; en los cuales trabajan dos odontólogos en el turno de la mañana, en un horario comprendido de 7 am a 1 pm; y en el turno de la tarde, 1 pm. a 7 pm; labora con especialidad en cirugía maxilofacial. Este centro se encuentra ubicado en la urbanización Los Nevados, entrada a Hilanderías Tinaquillo.

Para ello se tomó una muestra de 100 usuarios que acudieron al Servicio Odontológico de la institución mencionada, tomando en cuenta como criterio de inclusión a los usuarios que acudieron al servicio odontológico, habitantes del área de influencia del servicio, mayores de 15 años y que estuvieron dispuestos a colaborar con la investigación.

Las variables en estudio son, la calidad total ofrecida por el servicio odontológico; los indicadores de gestión que son manejados por el personal; la efectividad de las actividades de fomento de la salud y prevención específica que ofertan el servicio, la satisfacción, participación del proveedor y los usuarios de ese servicio. Las técnicas para la recolección de datos fueron la observación y la encuesta, como instrumento se elaboró un cuestionario tipo Likert, estructurado de 24 preguntas cerradas con cinco alternativas de

respuesta (excelente, muy buena, buena, regular, deficiente). El mismo fue validado por expertos, siendo revisado por 4 especialistas en gerencia de salud pública y un metodólogo; la confiabilidad se calculará mediante la fórmula de alfa de Cronbach.

Los datos serán organizados en cuadros y gráficos de barras, para ello se utilizara el paquete Statistix® 2010. Esta investigación se llevó a cabo, previa aprobación por la institución y obtención del consentimiento informado.

## RESULTADOS

Participaron en este estudio principalmente personas en edades comprendidas de 15 a 60 años de edad, de ambos sexos y la proporción de encuestados fue mayor en el turno de la mañana, respecto al de la tarde. La valoración promedio de la tangibilidad en el servicio odontológico es considerada por los usuarios muy buena en 46,3%, buena en 35%, excelente en 8,3% y regular en 0,3%, lo que se traduce en que el servicio resulta agradable para el usuario que acude a la institución (tabla 1).

Por otro lado 44% de los usuarios considera que la ética del personal que trabaja en el servicio es muy buena, mientras que, 29,5% dice que es Regular, 14,5% la considera deficiente y 4% excelente. La variabilidad de los resultados indica, que se encuentra comprometida la calidad de atención y prestación del servicio odontológico (tabla 2).

La evaluación promedio del desempeño laboral, relación interpersonal y la capacitación del personal que trabaja en el servicio odontológico; demostró que 60,3% de los usuarios considera que es muy buen, 33,7% indica que es buena y 6% Excelente. Estos hallazgos revelan que el trabajo es considerado de calidad (tabla 3).

La valoración promedio del control de calidad en el servicio, es buena en 62,5% de las respuestas de los usuarios, para 20% es excelente y 17,5% la cree muy Buena. Atribuible estos resultados a la utilización de manuales de calidad en el servicio odontológico (tabla 4).

La valoración promedio del liderazgo en el servicio odontológico indica que 67,7% de los entrevistados la considera muy buena, 19% excelente y 13,3% buena. Considerando al servicio con un sistema eficaz, porque se encuentra asociada a los indicadores de gestión y manuales de calidad (tabla 5).

**Tabla 1.** Análisis de la valoración de tangibilidad en el servicio odontológico IPASME.

Alternativas	Evaluación de la tangibilidad			Total	Promedio	Porcentaje
	Evaluación del ambiente físico de la institución	Condiciones físicas del servicio odontológico	Apariencia del personal			
Excelente	18	10	27	55	18,3	18,3
Muy buena	11	67	6	139	46,3	46,3
Buena	70	23	12	105	35	35
Regular	1	0	0	1	0,3	0,3
deficiente	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	300	100	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 2.** Análisis de la ética que presentan el personal del servicio odontológico del IPASME.

Alternativas	Evaluación de la ética			Promedio	Porcentaje
	Percepción de atención en el servicio	Puntualidad en el inicio de actividades	Total		
Excelente	8	0	8	4	4
Muy buena	78	10	88	44	44
Buena	14	15	29	14,5	14,5
Regular	0	59	59	29,5	29,5
deficiente	0	16	16	8	8
Total	100	100	200	100	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 3.** Análisis del recurso humano que presentan el servicio odontológico del IPASME.

Alternativas	Evaluación del talento humano			Total	Promedio	Porcentaje
	Calidad del tratamiento prestado en el servicio	Percepción del tiempo compartido con el odontólogo en consulta	Capacidad del personal en solucionar las necesidades del usuario			
Excelente	5	10	3	18	6	6
Muy buena	63	25	93	181	60,3	60,3
Buena	32	65	4	101	33,7	33,7
Regular	0	0	0	0	0	0
deficiente	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	300	100	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 4.** Análisis del control de la calidad transmitida por el personal hacia los usuarios que acuden al servicio odontológico del IPASME.

Alternativas	Evaluación del control de calidad				
	Organización del personal del servicio	Expectativas del usuario en la atención recibida	Total	Promedio	Porcentaje
Excelente	10	30	40	20	20
Muy buena	22	13	35	17,5	17,5
Buena	68	57	125	62,5	62,5
Regular	0	0	0	0	0
deficiente	0	0	0	0	0
Total	100	100	200	100	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 5.** Análisis del liderazgo en el servicio odontológico del IPASME.

Alternativas	Evaluación del liderazgo					
	Percepción del tiempo en la atención de su tratamiento odontológico	Percepción de la actitud del odontólogo para solucionar problemas	Aceptación de sugerencias por parte del personal	Total	Promedio	Porcentaje
Excelente	7	30	20	57	19	19
Muy buena	76	66	61	203	67,7	67,7
Buena	17	4	19	40	13,3	13,3
Regular	0	0	0	0	0	0
deficiente	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	300	100	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 6.** Análisis del tiempo de atención, en el servicio odontológico del IPASME.

Alternativas	Evaluación de la atención				Total	Promedio	Porcentaje
	Igualdad de atención para todos los usuarios	Tiempo de espera para ser atendido	Percepción del horario de atención en el servicio	Percepción de la atención			
Excelente	0	0	0	0	0	0	
Muy buena	10	0	0	10	3,3	3,3	
Buena	14	14	1	29	9,7	9,7	
Regular	48	60	77	185	61,7	61,7	
deficiente	28	26	22	76	25,3	25,3	
Total	100	100	100	300	100	100	

Fuente: Datos propios de la investigación.

## DISCUSIÓN

La mayor parte de los encuestados consideró que el ambiente físico del servicio odontológico, las normas de bioseguridad implementadas, el liderazgo y la calidad de las relaciones interpersonales que utilizan el personal, era muy buenas; que la atención personalizada, las normas de cortesías utilizadas por parte del profesional de salud y la cultura organizacional son buenas; destacando los indicadores que hubo deficiencia o fue regular el servicio en lo que respecta a la cantidad de personal con especialidades odontológicas, a la puntualidad de los profesionales, en la igualdad de atención, en los procesos de admisión y recepción de los usuarios al servicio.

Seguidamente, la población en estudio señaló que los odontólogos del servicio IPASME; poseen conocimientos adecuados para atender a los usuarios, y la información brindadas por estos antes, durante y después a la atención era muy buena; sin embargo, destacaron que tener en el servicio odontólogos especializadas en las áreas de odontopediatría, endodoncia, periodoncia y protodoncia, sería de gran avance para el servicio y la institución de salud. La mayoría de los usuarios se mostró satisfecho con el servicio odontológico recibido, considerando que la atención recibida fue de calidad y expresaron que de ser necesario regresarían nuevamente para recibir atención odontológica.

## RECOMENDACIONES

Se sugiere establecer un sistema de consultas previa citas, que sustituya al actual que es por orden de llegada, de esta manera se evitara el colapso del servicio, se disminuirá los tiempos de espera y se aseguraría la atención del usuario. Además de establecer un número máximo de usuarios citadas por turnos; de tal forma que el odontólogo de turno no se vea agobiado por un sin fin de pacientes, y logre ofrecer un servicio de calidad, bajo el tiempo de hora/silla previamente establecido. Igualmente establecer como obligatorio la presencia de al menos dos odontólogos especialista por turno; para ayudar y agilizar las labores especiales en el servicio, pues con estas medidas se elevaría la calidad de los

tratamientos, se facilitarían las labores de los odontólogos generales y se permitiría una óptima prestación del servicio a los usuarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garcia J. Calidad Total. Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Málaga. Disponible en: <http://cuadernos.uma.es/pdfs/papeles34.pdf>. 1997.
2. Ishikawa, Joseph. El camino interior hacia el liderazgo. 1999. Paidós Plural. Buenos Aires. 1999.
3. Deming W. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid. Editorial Díaz de Santos S.A. Madrid. 1989.

## ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA NIÑOS CON HENDIDURA LABIO PALATINO, CONSIDERACIONES GENERALES

Tania Farías, N. Suárez, Eber Servén

**RESUMEN:** Las patologías craneoencefálicas en niños con hendidura labio palatino (HLP) se ha convertido en un problema de salud pública que ocupa los primeros lugares en contextos internacionales; así como en Venezuela, donde las estadísticas revelan que va en ascenso. Por tanto, es fundamental determinar el grado de compromiso social y el conjunto de estrategias socioeducativas de intervención en los espacios comunitarios para garantizar que las personas se empoderen de los conocimientos y saberes que desde el campo de la ciencia odontológica están disponible en materia de detección de las alteraciones de crecimiento y desarrollo craneo facial de los niños. En este sentido, se apuesta por la implementación oficial de un conjunto de estrategias y técnicas de enseñanza consustanciada con metodologías de indiscutible valor, así como con la identificación de los tipos de HLP existentes en los niños, el compromiso ante el problema del entorno familiar, social y la importancia de la visita regular a los servicios encargados de la atención de niños con malformaciones de crecimiento y desarrollo facial. El presente estudio tiene como propósito exponer algunas consideraciones generales en la atención primaria en niños con hendidura labio palatino, según su epidemiología, etiopatogenia, clasificación.

**Palabras Clave:** Hendidura, palatino, epidemiología, abordaje, estrategias.

## INTRODUCCIÓN

Las hendiduras faciales o labio palatinas (HLP) son un conjunto de anomalías en la formación de la cara, que comprenden una gran variedad de lesiones, desde las más sencillas dadas por el labio hendido hasta las más complejas como la hendidura completa de labio y paladar. En un estudio retrospectivo y descriptivo sobre anomalías faciales se señala que la incidencia de la fisura de labio y de paladar en una región de Venezuela durante el período 1995-1999, son consideradas como dos de las más frecuentes con tasas de 0,7 por cada mil nacidos vivos. En la mencionada investigación, también, se describe que 66, 7% de las alteraciones (dimorfismo facial) correspondieron a labio leporino y paladar hendido (1, 2).

En la Universidad de los Andes se realizó un estudio para determinar frecuencia de paladar y labio hendido en que se corrobora que este defecto aparte de ser la alteración orgánica de origen congénito más común y sumamente llamativa que comprenden y comprometen tejidos faciales (tejidos del labio, la boca y la nariz); igualmente se asocia con dislalias o disglosias, hipoacusias, infecciones del oído medio y maloclusiones dentales que pueden verse, oírse y sentirse, llegando a constituir una afección que causa cierta incapacidad dejando al paciente en una posición desventajosa a nivel psicológico, social e incluso económico (3).

Como puede apreciarse en la rehabilitación, por lo complejo de las patologías y las complicaciones que produce en quienes las padecen, participa un equipo de especialistas en el área de la salud que abordan en conjunto y coordinadamente esta compleja patología para obtener buenos resultados; este equipo lo integran múltiples especialistas encabezados por un Cirujano Plástico, Cirujano Maxilofacial, en compañía con especialistas del área Genética, Neonatología, Pediatría, Odontopediatra, Ortodoncia, Otorrinolaringología, Psicología, Fonoaudiología y apoyados por anestesiólogos y asistencia social. Esta integración permite el manejo integral de enfermedad con excelentes resultados (3).

## **ORIGEN EMBRIONARIO DEL PALADAR Y TEORÍAS QUE INTENTAN EXPLICAR EL DESARROLLO DE LAS HENDIDURAS FACIALES O LABIO PALATINAS**

Empieza a partir de quinta semana por un crecimiento diferencial, el tejido que rodea las placodas olfatorias se eleva rápidamente adoptando una morfología en herradura, para formar los procesos nasales, mediales y laterales. Luego los procesos nasocomediales, participan en la formación de la porción medial del maxilar superior, del labio y del paladar primario (prolabio, premaxilar y parte medial anterior del paladar). Los procesos nasolaterales dan origen a la porción lateral maxilar. Es en la sexta semana donde ocurren el desarrollo, los procesos maxilares se hacen prominentes crecen hacia la línea media, acercándose a los procesos nasales, los cuales a su vez, han crecido hasta tal punto que la porción inferior del proceso frontal desaparece por

completo y ambos procesos nasomediales quedan en contacto. Inicialmente, la lengua se encuentra entre ellos, pero conforme avanza el desarrollo, la lengua se dirige hacia abajo y los tabiques palatinos, medialmente hacia arriba (3).

En la región anterior, una zona triangular correspondiente al premaxilar y proveniente del proceso nasomedial se coloca entre los tabiques palatinos, con los que se une; tanto el tabique nasal crece caudalmente y se une al paladar, con lo que se completa la separación entre ambas fosas nasales y de estas con la cavidad oral (3).

Existen teorías para explicar el origen de este defecto: entre ellas se señal la falta de fusión en los extremos libres de los procesos que forman la cara. Waarbrick sugirió que las células epiteliales deben desaparecer y si esto no ocurre, aunque los extremos de dos procesos se unan, el mesodermo subyacente no puede fusionarse causando una hendidura; interrupciones parciales originarían fisuras incompletas. Otras teorías hacen mención de la penetración mesodérmica, citada por Stark, quien sugiere que no existen los extremos libres de los procesos faciales, sino que el centro de la cara está formado por una capa bilamelar de ectodermo por el interior de la cual migra el mesodermo, y si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe y origina una hendidura. Si la migración de estas células no se lleva a cabo, la penetración mesodérmica no ocurre y se produce una hendidura facial (3).

Igualmente en la etiopatogenia de la hendidura labio-palatina participa la herencia, ya que, se asocia al resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes generalmente de acción y número difícilmente identificables, en este sentido puede deberse este defecto a la herencia monogenética (autosómica dominante, autosómica recesiva, recesiva ligada al X, dominante ligada al X y dominante ligada al Y), poligénica o multifactorial y por aberraciones cromosómicas, y la ambiente o teratogeno (variables físicas y químicas) (4).

## **CLASIFICACION DE LAS HENDIDURAS FACIALES O LABIO PALATINAS**

En la tabla 1 se muestran las clasificaciones de las hendiduras faciales o labio palatinas.

**Tabla 1.** Clasificaciones de las hendiduras faciales o labio palatinas.

Autor	Clasificación
Davis y Ritchie (5)	<p><i>Grupo I: Hendiduras pre-alveolares:</i> Unilateral, Mediana, Bilateral.</p> <p><i>Grupo II: Hendiduras Post-alveolares:</i> Paladar blando, Paladar blando y duro; el reborde alveolar está intacto, Hendidura submucosa del paladar.</p> <p><i>Grupo III: Hendiduras alveolares:</i> Unilateral. Bilateral. Hay hendiduras de labio, alvéolo y paladar, y labio, alvéolo con paladar intacto.</p>
Kernahan y Stark (6)	<p>Proponen una clasificación embriogénica basada en el desarrollo del paladar primario y paladar secundario en el embrión:</p> <p><i>A. Hendiduras del paladar primario: (Labio y premaxila):</i></p> <p>1. Unilateral: 1.1. Total, 1.2. Sub-total</p> <p>2. Mediana: 2.1. Total (premaxila ausente) 2.2. Sub-total (premaxila rudimentaria)</p> <p>3. Bilateral: 3.1. Total, 3.2. Sub-total</p> <p><i>B. Hendiduras de paladar secundario:</i></p> <p>1. Total.</p> <p>2. Sub-total.</p> <p>3. Sub-mucoso</p> <p><i>C. Hendiduras del paladar primario y secundario:</i></p> <p>1. Unilateral: 1.1. Total; 1.2. Sub-total</p> <p>2. Mediana: 2.1. Total; 2.2. Sub-total</p> <p>3. Bilateral: 3.1. Total; 3.2. Sub-total</p>
En Cirugía maxilofacial pediátrica (7)	<p><i>Clase I:</i> Hendiduras del paladar primario. (Labio y/o premaxilar).</p> <p><i>Clase II:</i> Hendiduras del paladar secundario.</p> <p><i>Clase III:</i> Hendiduras del paladar primario y secundario.</p>
Existen otras clasificaciones como la anatomo-clínica de Víctor Veau y la de la Asociación Americana de Labio y paladar hendidos, muy parecidas a las mencionadas (7).	

Fuente: Datos propios de la investigación.

## COMPLICACIONES DE LAS HENDIDURAS FACIALES O LABIO PALATINAS

Van a estar determinadas por el tipo de hendidura labio palatina que presenta cada niño, en el caso de paladar hendido presentan alteraciones fisiopatológicas tales como la imposibilidad para succionar por estar permanentemente comunicadas la boca con las fosas nasales; como resultado, los líquidos contenidos en la boca acompañan fácilmente al aire que se inspira y penetran en la laringe. Es una alteración que puede causar neumonías. De igual manera, y debido a la gran relación entre el orificio interno de la trompa de Eustaquio y la boca en el caso de los labios hendidos con fisura palatina, se producen frecuentes infecciones del oído medio. El factor mecánico lo constituye la irritación que provocan los alimentos al entrar fácilmente en contacto con el orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio, lo que produce inflamaciones que cierran la luz del conducto y facilitan la infección. Además, en la mayoría de los casos de labio hendido completo y fisura palatina ocurre una pérdida de audición superior a los 10 decibeles, misma que parece crecer en progresión aritmética a medida que aumenta la edad en la que se realiza la reconstrucción del paladar anterior y posterior. Los niños con labio y paladar fisurados, presentan con frecuencia reflujo del alimento que reciben, y si no es leche materna, se asocia a infecciones respiratorias altas relacionadas con el flujo aéreo nasal (7).

## COMO ABORDAR EL PROBLEMA DE HENDIDURA FACIAL O LABIO PALATINA

En primera instancia se debe educar a los padres y familiares en la atención y los cuidados que requiere el niño, por ejemplo, en su alimentación desde el nacimiento. Posteriormente se requiere de un equipo multidisciplinario encargado de aportar conocimientos en el tratamiento clínico y psicológico de los niños que presentan hendidura labio palatina.

El obstetra, pediatra, y posteriormente el Odontopediatra y Ortodoncista quienes conforman el equipo multidisciplinario que acompaña desde el nacimiento, elaboraran dispositivos para la alimentación del niño. De igual forman también conforma este

importante equipo, el psicólogo, otorrino, cirujano plástico y cirujano maxilofacial, así como también los orientadores y trabajadores sociales. El abordaje psicológico en la etapa prenatal tiene mucha importancia cuando se tiene antecedentes genéticos que puedan incidir en las alteraciones craneo facial HLP. ¿Qué hacer, qué esperar? Por ejemplo, en la etapa de lactante menor: Se debe continuar el manejo emocional con los padres y facilitar las reacciones ambivalentes frente al hijo. De la misma manera se debe recalcar la importancia de la alimentación y comunicación entre padres e hijos. En la etapa de lactancia mayor: se apuesta por la evaluación del desarrollo mental y seguimiento del niño, el fortalecimiento del grupo familiar en pro del desarrollo psicosocial del niño, y la canalización de pautas de crianza y niveles de exigencia (8).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rincón-García A, Chacin-Peña B, Marín E, Felzani R, Morales O. Diagnóstico prenatal de las hendiduras labio palatinas Acta odontol 2006; 44(3):399-405. <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=recuperado&el=23/10/2016>
2. Alemán Y. Análisis Epidemiológico de Autopsias Clínicas en Neonatos con Anomalías Congénitas (Tesis doctoral). Universidad del Zulia Facultad de Medicina, Venezuela. 2012.
3. Martínez H. La Articulación del habla en Individuos con Hendidura Labio Palatinas Corregidas. Estudio de Dos Casos. Revista CEFAC 2006; 8(2):186-197.
4. Coiffman F. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986.
5. Davis J, Ritchie P. Classification of congenital clefts of the lip and palate. JAMA 1922; 79 (16):1323-1332
6. Kernahan D, Stark R. (1958) A new classification for cleft lip and cleft palate. Plast reconstr surg 1958; 22(5):441.
7. Monserat E, Báez R, Bastidas R, Ghanem A, Cedeño J. Labio y paladar hendidos. Acta Odontológica Venezolana 2000; 38(4). Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/labio\\_paladar\\_hendidos.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/labio_paladar_hendidos.asp)
8. Casanova P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):309-315.

## ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SIGNIFICADO FAMILIAR Y CUIDADO NEONATAL EN MADRES ADOLESCENTES

Reyna Hernández, Anthony Moreno, Omar Guerrero, Reina Ferrer

**RESUMEN:** El presente estudio se encuentra insertado en la temática: Salud sexual y reproductiva, Objetivo general: construir una aproximación teórica sobre atención primaria en salud significado familiar y cuidado neonatal en madres adolescentes. El contexto del estudio fue el programa de prevención y asistencia de las adolescentes embarazadas (PASAE) en el municipio de Valencia parroquia Miguel Peña, estado. Carabobo. Materiales y métodos: Se utilizó la metodología basada en el enfoque cualitativo con abordaje fenomenológico con el método de Spiegelber las informantes claves 10 madres adolescentes y 3 informantes externos familiares. Para obtener la información se realizó entrevista a profundidad lo cual se ordeno e interpretaron los resultados según las categorías: la existencia de ser hija a ser madre, cuidado como cultura familiar experiencia en la crianza del neonato, viviendo el cuidado neonatal una experiencia de la madre adolescente, con estas se obtuvo una aproximación teórica sobre atención primaria en salud significado familiar y cuidado neonatal en madres adolescentes.

**Palabras Clave:** Atención primaria en salud, cuidado, neonato, adolescentes.

## INTRODUCCIÓN

Las principales experiencias de las familias que han vivido a lo largo de los años en unión, demuestran que es importante compartir, el diálogo y aprender de todas las dinámicas. Cuando se tiene una lista de valores positivos: respeto, responsabilidad, comunicación, tolerancia, amor, solidaridad y afecto, se debe intentar revisarlos para escoger los necesarios a través del diálogo y buscar los valores compartidos, generando una riqueza específica con la que cada hogar pueda enfrentar su transcurrir, analizando los aciertos y las fallas que se pueden presentar y de la misma manera encontrar un sentido más profundo a cada proyecto individual o general de quienes conforman el hogar (1).

Al mismo tiempo los y las adolescentes se rebelan contra toda forma de autoridad. Creen que se quiere bloquear su

espontaneidad, limitar sus posibilidades, no quieren ser controlados. Por un lado van adoptando formas muy críticas ante los padres, maestros, sacerdotes, tienden a resaltar más sus defectos que sus cualidades, ven el hogar como un sitio para comer y dormir, como un banco para sacar dinero cuando sea necesario, rechazan las labores establecidas y se sienten incómodos ante las exigencias de cortesía. Igualmente mantienen constantes rivalidades, riñas, imitan a los demás jóvenes, y son materialistas (desean motos, excursiones, celulares, ropa casual, discos). Por otra parte, se están haciendo hombres y mujeres. Los padres deben querer a todos sus hijos por igual, el o la adolescente necesita encontrar en la familia un modelo al que admirar, un modelo a quien imitar y una autoridad que defendiéndolo de sí mismo le indique un norte de seguridad (2).

## **ABORDANDO EL FENÓMENO EN ESTUDIO. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO**

Las y los adolescentes desarrollan el proceso de identificación con su familia, lo común con el padre del mismo sexo, esta identificación es importante, se va logrando el sentimiento de seguridad, de valor y aprendiendo sus roles sociales y sexuales. Si todo va bien los y las adolescentes se integrarán bien en la vida social. Si los modelos son inapropiados o pobres provocan conflictos en ellos. Solo el amor y el respeto pueden dar base a un método educativo.

Los padres pueden dominar a sus hijos con castigos pero ellos, se revelan y acusarán a sus padres. Corregir a un adolescente debe hacerse con delicadeza, cordialidad y mesura. Hablar como un amigo, corregir sin prisa y sin precipitaciones tomando en cuenta tres elementos fundamentales: prudencia, sinceridad y oportunidad, esta es la base para la eficacia y la edificación de la personalidad de los/las adolescentes. Crear un clima de amor y de diálogo evitando ironías y sarcasmos (2).

El embarazo en adolescentes ha incrementado según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Venezuela registra la tasa más alta de adolescentes embarazadas entre los países de Suramérica, con 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad, el promedio de la tasa de natalidad en América Latina debe ser de 76 nacidos por cada 1.000 mujeres; de allí que el país ocupe

el primer lugar de embarazo en adolescentes, pudiera ser entre las causas la falta de información exacta y asesoramiento adecuado en los programas de salud que orienten en la educación sexual (3).

En ocasiones las adolescentes ignoran lo relacionado con el tema sexual, ya que, no reciben orientación adecuada en los centros educativos y en el hogar, debido a que los padres no están preparados para dar una respuesta contundente. En el embarazo en adolescentes se observa un estigma de rechazo hacia ellos y su hijo, se requiere la orientación para la aceptación familiar, para que facilite mejorar sus condiciones, que exista tolerancia, el amor que expresen sus sentimientos, pensamientos e ideas, comunicarse para tener la capacidad de resolver el problema y ajustarse a normas y principios, entre otros aprendizajes que deben transmitirse culturalmente en el seno familiar (4). Todo esto también se acompaña con las secciones educativas de promoción en salud. De lo planteado anteriormente surgen las siguientes preguntas norteadoras:

¿Cuál es el Atención primaria en salud, significado familiar en madres adolescentes que asisten al PASAE? ¿Cuál es el cuidado neonatal en madres adolescentes que asisten al PASAE? Con base a estas interrogantes se pretende construir una aproximación teórica sobre la atención primaria en salud significado familiar y cuidado neonatal en madres adolescentes que asisten al Programa de Prevención y Asistencia a las Adolescentes Embarazadas en el Centro de Medicina Integral de la Universidad de Carabobo (CIMBUC) en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente estudio se trata de una investigación cualitativa, fenomenológica, con la metodología de Spigelberg la cual tiene las siguientes fases: descripción del fenómeno, búsqueda de múltiples perspectiva, búsqueda de la esencia y la estructura, constitución del significado, suspensión de juicio e interpretación del fenómeno. Para la recolección de la información se tomaron diez (10) madres adolescentes en edades comprendidas entre los 14-18 años que asisten al Programa de Prevención y Asistencia a las Adolescentes Embarazadas del CIMBUC y tres (03) familiares, de la comunidad Miguel Peña, Barrio El Consejo, de la parroquia Miguel Peña,

municipio Valencia, estado Carabobo.

La técnica utilizada fue la entrevista a profundidad previa obtención del consentimiento informado. Además, se respetó el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad por lo que tomo toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las personas, para mantener la confidencialidad de la información de las madres, y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad. Finalmente se empleó la triangulación, como el método para la validación de la información (5).

## APROXIMACIÓN TEÓRICA

Desde la perspectiva ontológica, epistémica y axiológica sobre atención primaria en salud significado familiar y cuidado neonatal en madres adolescentes, se considera que dichos aportes son útiles para fortalecer el conocimiento de los profesionales de la salud, quienes ejecutan las acciones específicas, acorde con esta etapa de crecimiento de la familia y su entorno (matriz 1). Por consiguiente, los significados aportados por los informantes claves son importantes para los profesionales de la salud que se encuentran realizando el cuidado del neonato y el vínculo de sus padres, así como también el apoyo familiar al fin de alcanzar mayor comprensión entre ellos (5).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Musitu G. Familia Educación, practicas educativas de los padres y socialización de los hijos. Labor Universitaria. Barcelona 1998.
2. Dulanto E. Adolescencia. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. 2000.
3. Díaz N. de Programas de Plafam, [http://www.elpropio.com/actualidad/salud/Venezuela-embarazos-adolescentes-menores-anos\\_0\\_983901608.html](http://www.elpropio.com/actualidad/salud/Venezuela-embarazos-adolescentes-menores-anos_0_983901608.html). 2016.
4. Cepal. Organización Iberoamericana de Juventud. La juventud en Iberoamérica. Tendencias y Urgencias. Santiago de Chile. 2004.
5. Strauss A, Corbin J. Basic of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques. California Sage. 1990

**Matriz 1.** Coincidencias o intersecciones de los informantes claves, externos e investigadores.

Categorías y códigos	Informantes claves (adolescentes)	Informantes externos	Investigadora	Subcategoría
Valores familiares	Reconociendo los valores Familiares las adolescentes se perciben en la existencia de ser hija, se percibe en la existencia de ser mujer con identidad sexual y se percibe en la existencia de ser madre. Reconociendo los valores Familiares: el apego y la autonomía de los padres es fuerte, manifestado por las adolescentes al asumir su rol materno. Reconociendo los valores Familiares que tienen principios en las creencias y sus culturas que favorece el compromiso del ser que involucra a la adolescentes y su familia. Reconociendo los valores Familiares como la esencia del ser que lo guía y se expresa en afectos, emociones, comportamiento moral en toda su vida.	Reconociendo los valores Familiares tienen sus principios en las creencias y su cultura que favorece el compromiso que involucra a la adolescente y su grupo familiar.	Considerando los Valores Familiares como la esencia del ser que guía y son expresados en afectos, emociones y comportamiento moral; en una forma holística antes del nacimiento e involucra su cotidianidad del ser humano.	Los Valores Familiares considerado esencia de cultura social del ser humano ligado a los aspectos Biopsicosocial expresados en su contexto.
Cuidado neonatal	Reconociendo el cuidado como la promoción de salud para el neonato, en la existencia de la madre con la ayuda familiar. Reconociendo que hay alteración de la salud en el neonato requiere cuidado especializado. Reconociendo que el cuidado requiere supervisión familiar.	Reconociendo al cuidado que incrementa la interacción saludable del neonato y su entorno.	Es la promoción de la salud ejercida por las adolescentes en rol materno con la ayuda de su familia y profesionales de salud.	El cuidado Neonatal ocurre cuando la existencia del ser tiene importancia para la madre adolescente su familia y profesionales de salud.

Fuente: Datos propios de la investigación.

## PROMOCIÓN SANITARIA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MEDIANTE LA INCORPORACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Ridulia Delgado, Enrique Bolívar

**RESUMEN:** La promoción de la salud es una combinación de apoyos comunicativos, educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud. **Objetivo:** Elaborar un plan de acción para la promoción sanitaria de los programas de salud, mediante la incorporación de herramientas de comunicación social. **Materiales y Métodos:** Se trató de un estudio de tipo proyectivo enmarcado en la modalidad de proyecto factible, con un diseño no experimental, de campo y transeccional. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada y conformada por los dieciséis (16) coordinadores de programas de salud regionales. La técnica para recopilar la información fue la encuesta y como instrumento se diseñó un cuestionario de 16 preguntas con respuesta dicotómica, validado por expertos y confiabilizado ( $Kr=0,90$ ). Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias según las dimensiones definidas. **Resultados:** Se prepara el material audiovisual antes de realizar actividades de promoción sanitaria (93,8%); se planifican las actividades de promoción de acuerdo al tiempo y espacio (87,5%). Se seleccionan contenidos de acuerdo al grupo a quien va dirigida la promoción sanitaria; se utilizan técnicas pedagógicas y se maneja un lenguaje acorde al grupo a quienes va dirigida la actividad (100%), 87,5% negó que fuera parte de su planificación informar a la prensa de Insalud de sus actividades de promoción, 81,3% negó utilizar las redes sociales para realizar estas actividades, 43,8% lo negó que se distribuye trípticos, dípticos o algún otro tipo de material informativo a las personas que participan o intervienen en las actividades de promoción sanitaria. Sólo 56,3% afirmó que evalúa las distintas actividades de promoción sanitaria que realiza después de su ejecución y similar proporción realiza seguimiento de las actividades de promoción sanitaria que efectúa después de ejecutarlas. **Conclusión:** Se hace imperiosa la necesidad de aplicar el plan de acción para la promoción sanitaria de los programas de salud, incorporando las herramientas de comunicación social para mayor difusión de las actividades de promoción de salud.

**Palabras Clave:** Promoción en salud, programas de salud, herramientas de la comunicación.

### INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud constituye un proceso político, social y global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer

las habilidades y capacidades de los individuos, así como también, a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública, individual y colectiva; en este sentido, la práctica de la comunicación en salud en las áreas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, cobran fuerza al intentar cubrir los diversos enfoques y la aplicación de estrategias de comunicación con el fin de informar e influir en estas decisiones, para mejorar la salud o para generar procesos de participación y movilización social a manera de intervenir en sus determinantes (1).

La promoción de la salud es una combinación de apoyos comunicativos, educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen al fortalecimiento de la salud. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades cuyo objeto es fomentar los comportamientos y estilos de vida saludables. Se centra en las elecciones y responsabilidades personales, así como también en el cambio social y del medio. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud en la I Conferencia Internacional sobre promoción para la salud, reunida en Ottawa (1986)<sup>1</sup>, ha definido la promoción sanitaria como todas las actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria, a través de los medios de comunicación de masas, en las escuelas y comunidades a través de la atención primaria (1).

A los efectos de que esta promoción, está dirigida a las comunidades que no tienen los recursos necesarios para mantener estilos de vida saludables; los medios de comunicación social juegan un papel preponderante en su objetivo primario: educar. Esta educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de estos estilos de vida saludables, así como también la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud, dando como resultado acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales, el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población en el contexto de su vida cotidiana (1).

Dentro de este marco resulta claro que los programas de salud representan los medios palpables para la operacionalización de las actividades de promoción sanitaria, pues abarcan muchos

componentes, tales como: políticas de salud, medidas ambientales, acción de la comunidad, servicios de salud, desarrollo de las aptitudes personales y medios de comunicación. Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención (2).

En este sentido, un programa de salud consta de diversas partes. Al inicio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Luego se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad. Tras el diagnóstico, se presenta el plan y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir. Por tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud, a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud (2).

Se podría resumir a continuación que estos programas de salud constituyen la vía ideal para agrupar integralmente las acciones de salud dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, ahorrando esfuerzos, aumentando la eficiencia e integrando a todos los factores. Cabe destacar, que los logros alcanzados en la salud pública han estado ligados a la ejecución de los mismos y éstos se han desarrollado en coordinación con el momento histórico concreto y han respondido al modelo organizativo utilizado en cada etapa. En Venezuela el Ministerio del Poder Popular para la Salud, a través de la Dirección General de Programas de Salud, conforma cinco (5) proyectos y veintitrés (23) componentes. Para fines de esta investigación, se hace necesario citar los componentes que se desarrollan en el estado Carabobo, que hacen vida en la Fundación Instituto Carabobeño para la Salud (Insalud), en la Dirección Regional de Programas de Salud, bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud y la supervisión, planificación y control del Ejecutivo Regional.

En este orden de ideas se puede citar; los Programas Regionales de Niñas, Niños y Adolescentes, Lactancia Materna, Salud Sexual y Reproductiva; así como también el proyecto CAREMT que contempla los programas de Salud Renal, Endocrino-Metabólico,

Salud Cardiovascular y Cesación Tabáquica; Programa Regional de Oncología, El Programa Regional de VIH/SIDA- ITS, Salud Respiratoria, Coordinación Regional de Bioanálisis, Salud Mental, Accidentes y Hechos Violentos, Programa de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad (PASDIS), Salud Bucal y Salud Visual (3).

Las actividades de promoción sanitaria, tendrían presencia activa dentro de los medios de comunicación social, que a su vez tienen la responsabilidad de informar, así como también de educar en materia de salud, para realizar el engranaje perfecto entre comunicación y promoción para la salud, llevar el mensaje de adopción de estilos de vida saludables que promueven los programas de salud a través de los distintos medios de comunicación social, utilizando las herramientas de comunicación (4).

Estas estrategias de promoción sanitaria deben tomar en cuenta la información y la comunicación como herramientas que garanticen la completa retroalimentación y satisfacción de los diferentes tipos de poblaciones, tomando en cuenta lo señalado por Dragnic, aclarando que la comunicación es un proceso, mientras que la información sería parte del contenido de ese proceso, es decir el mensaje, su contenido semántico; en rigor no puede existir la comunicación, si antes no se da la información (5).

El presente trabajo busca establecer diferencias entre información y comunicación al momento de realizar las actividades de Promoción Sanitaria, para determinar la efectividad del mensaje con el objetivo de promover estilos de vida saludable, que es el determinante más influyente en la salud, pero también el más modificable, mediante este tipo de actividades; ante esta realidad explica Pascuali (6), que la información es el proceso de envío unidireccional o bidireccional de información-orden a receptores predispuestos para una descodificación-interpretación excluyente, y para desencadenar respuestas preprogramadas, cabe destacar que un doble flujo de información no es aun comunicación, la respuesta del receptor es siempre mecánica y matemáticamente preestablecida y no producto de un proceso de comprensión mental que elige entre infinitas alternativas y matices comprensivos.

En referencia a el término “comunicación” Pascuali (6) argumenta que se debe reservar al intercambio de mensajes a nivel antropológico entre “agentes y “pacientes” humanos en acción auténticamente recíproca o dialogal, que incluye la elaboración y

comprensión mental del mensaje el cual fluye al comienzo y al final del proceso y ejerce influencia en las formas y modos de convivencia de los interlocutores, por lo tanto, la comunicación en estado puro puede definirse según lo establecido por Pascuali (6), como la relación comunitaria humana consistente en la emisión-recepción de mensajes entre interlocutores en estado de total reciprocidad, siendo por ello un factor esencial de convivencia y un elemento determinante de las formas que asume la sociabilidad del hombre.

Es conveniente señalar el uso de las herramientas de comunicación en la actividad de promoción sanitaria, adaptándose a las necesidades de la población, las posibilidades específicas propias de sus características y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. En la actualidad, existen herramientas cada vez más presentes en el marco de las nuevas tecnologías, capaces de ayudar a compartir, difundir y trabajar en actividades de promoción sanitaria, entendiendo que son herramientas de comunicación todas aquellas estrategias que permiten que el mensaje llegue al receptor de forma efectiva (6).

Otras de las herramientas que se debe tener en cuenta en la actividad de promoción sanitaria; son los medios de comunicación social quienes deberán de presentar la información sanitaria como lo señala, Kovach (7), proporcionando a los ciudadanos la información que necesitan para ser libres y capaces de gobernarse a sí mismos, suministrando herramientas para, realizar cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones socioeconómicas que les permitan el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables, así como también la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (1) explica que la presentación de la información sanitaria en la prensa y en los medios electrónicos se caracteriza como aquella información relacionada con noticias, datos, hechos y opiniones sobre la salud, difundidas con la finalidad de satisfacer el deseo de un colectivo determinado de conocer sobre la actualidad, respondiendo, como toda información periodística a las necesidades sociales de información y por lo tanto debe trascender la reseña de lo actual o novedoso.

Estas herramientas de comunicación son el medio para desarrollar capacidades de diálogo, discusión, debate e interacción, asumiendo desde esta perspectiva que la educación y la información constituyen la base del conocimiento y las destrezas que habilitan los programas

de salud para llevar a las familias y las comunidades bajo la práctica efectiva de los axiomas de la comunicación, elecciones positivas en materia de salud. La educación en salud y la comunicación están en el centro de este proceso de fortalecimiento.

En este sentido, el aporte del estudio realizado en el 2005 en Aragua que llevó por título: Caracterización de la atención informativa y comunicativa dirigida al usuario externo del servicio autónomo del Hospital Central de Maracay; donde se señala que en los entornos de enseñanza aprendizaje las herramientas de comunicación juegan un papel fundamental para lograr la participación de la población en cada etapa del proceso, desde la planificación hasta la evaluación de la satisfacción de los consumidores; concluyendo que utilizando todos los canales disponibles y válidos para subrayar la importancia de la salud como un valor personal y social; se puede obtener una retroalimentación proveniente de las fuentes de información (8).

Partiendo de estas ideas es preciso señalar una serie de factores que determinan la importancia de esta investigación, para que exista una comunicación persuasiva en la praxis de la actividad de promoción sanitaria, con el objetivo de cambiar actitudes y ante la necesidad de la población de incrementar el conocimiento sobre temas y actividades relacionadas con los procesos de salud-enfermedad, de atención y prevención en salud; se debe potencializar la fuente del mensaje, el modo de expresarlo, así como también la correspondencia de conocer las características del grupo.

Al respecto, el estudio realizado, en 1992, texto preparado por la Oficina de Información sobre el Cáncer del Instituto Nacional de los Estados Unidos titulado; "Manual de comunicación social para programas de salud" en el cual el objetivo general fue, diseñar un manual de comunicación social para programas de salud, tuvo como conclusión la descripción de esquemas prácticos para la planificación y ejecución de programas de comunicación en salud donde se brindan ejemplos de cómo analizar un problema de comunicación en salud, así como también su diseño y evaluación (9, 10).

Otro estudio relacionado a la investigación es el realizado en el 2002 en Cuba titulada, "Estrategia de comunicación social para la atención primaria de salud en la provincia Las Tunas", se planteó como objetivo diseñar estrategias de comunicación social para la atención primaria de salud en la provincia Las Tunas. En el trabajo

se evidenció que los programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar, siempre y cuando exista una relación directa entre la comprensión de las necesidades, es decir el mensaje y las percepciones de las audiencias seleccionadas, el connotativo de la información, dando como resultado que 85% de la población de Las Tunas, manifestó poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas, así como también su capacidad de cambiar y adaptarse a su entorno (11).

De hechos como el descrito se desprende la necesidad de crear planes de acción en vista de que son instrumentos gerenciales de programación y control de la ejecución anual de los proyectos y actividades que deben llevar a cabo las dependencias para dar cumplimiento a las estrategias y proyectos establecidos en el plan estratégico de la organización, en este sentido los programas de salud constituyen la vía ideal para agrupar integralmente las acciones de salud dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, ahorrando esfuerzos, aumentando la eficiencia e integrando a un enfoque multisectorial e interdisciplinario en su ejecución (12).

Los logros alcanzados por la salud pública en Venezuela han estado ligados a la ejecución de los programas de salud y éstos se han desarrollado en coordinación con el momento histórico concreto respondiendo al modelo organizativo utilizado en cada época; no obstante, los propósitos de promoción sanitaria en la actualidad ligados a las herramientas de comunicación necesitan de un mensaje acorde con las características de la población lo que implica un aporte cognitivo y conductual por parte de la fuente de información para determinar la efectividad de la comunicación, que se traducirá en la adopción de estilos de vida saludable, para las comunidades y la existencia de planificación y control en las acciones de salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio de tipo proyectivo enmarcado en la modalidad de proyecto factible, con un diseño no experimental, de campo y transeccional se llevó a cabo en las instalaciones de la Dirección Regional de Programas de Salud, dependiente INSALUD ubicado en el campus de la Universidad de Carabobo en las oficinas del Hospital Psiquiátrico Dr. José Ortega Duran, en el Municipio Naguanagua,

estado Carabobo.

La muestra fue de tipo no probabilística deliberada conformada por los 16 Coordinadores de Programas de Salud Regionales que laboran INSALUD, a lo cuales se les notifico que debían firmar un consentimiento en acuerdo por participar en dicha investigación considerándose indispensable para su inclusión, Así mismo se realizó como instrumento de recolección de datos una entrevista semi- estructurada a tres expertos en el área de la salud pública y la comunicación social.

Las dimensiones tomadas en cuenta que definen el fenómeno abordado en el presente estudio fueron: Herramientas de comunicación según planificación y lenguaje; promoción sanitaria según los medios de comunicación, material informativo y actitud comunicacional y promoción sanitaria según la facilitación y los participantes. Se aplicó cuestionario conformado por dieciséis (16) preguntas con respuestas cerradas de tipo dicotómico, previamente validado por tres expertos en la temática planteada, previa comparación con la tabla de Operacionalización de variables. La confiabilidad fue calculada por la fórmula de Kurder Richardson dando como resultado una confiabilidad Muy Alta ( $Kr= 0,90$ ).

Una vez elaborado los instrumento de recolección de datos y aprobados por los especialista, se solicitó autorización de la Directora de Programas Regionales de Salud, logrando aplicar el instrumento en una semana de trabajo. Se les explico a los Coordinadores Regionales de Programas de Salud sobre la naturaleza de la investigación y su objetivo. Así como también se logró realizar la entrevista a expertos en tres días. Con los datos obtenidos se construyó una base de datos mediante el programa Excel 2007 y realizando un procedimiento estadístico descriptivo a partir de distribuciones de frecuencias según las dimensiones precisadas. Todo se realizó con el paquete Statgraphics 5.1.

## RESULTADO Y DISCUSIÓN

En lo que respecta las herramientas de comunicación según planificación y lenguaje, los sujetos encuestados en su mayoría preparan el material audiovisual antes de realizar las actividades de promoción sanitaria; planifican tales actividades de acuerdo al tiempo y espacio disponible. Esto resulta positivo según lo expuesto

por Bateson (10) quienes afirman en su modelo funcional que “El concepto de comunicación incluye todos aquellos procesos por los cuales las gentes se influyen mutuamente” y quienes también explican cómo las anomalías de conducta pueden considerarse disturbios en la comunicación, por lo que la preparación en cuanto al material audiovisual a utilizar y la planificación según el espacio y tiempo garantizarán en cierta medida afecta la recepción del mensaje y el mayor aprovechamiento del proceso comunicativo. De igual forma Bateson (10) precisan que la comunicación tiene como mediadores tres propiedades de la materia viva: “Input” (Percepción), Funciones centrales (Memoria y Toma de decisiones) y por último un “Output” (Expresión y acción).

Todos los encuestados afirmaron que seleccionan contenidos de acuerdo al grupo a quien va dirigida la promoción sanitaria, utilizan técnicas Pedagógicas al momento de realizar su actividad y manejan un lenguaje acorde al grupo a quienes va dirigida la actividad de promoción sanitaria. En este sentido, lo encontrado entre los encuestados afirma lo expuesto por Bateson (10) en el segundo axioma, sobre los niveles de contenido y relaciones de la comunicación, donde señalan que toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación, en consecuencia, una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas y el hecho de adecuar estrategias pedagógicas y el lenguaje a los receptores a quienes va dirigido la promoción sanitaria garantizará de igual forma la eficacia del mensaje y por ende el compromiso adquirido.

En la dimensión promoción sanitaria según los medios de comunicación, material informativo y actitud comunicacional, los encuestados negaron en su mayoría que parte de su planificación sea informar a la prensa de Insalud de sus actividades. En este sentido Gómez (13) precisan que la incorporación de las tecnología de información y comunicación así como de los medios de difusión en el ámbito educativo, requiere la necesidad de cambiar los métodos de la enseñanza para poder atender a las necesidades de formación. Es por ello, que entre las competencias que los alumnos deben de adquirir se encuentra la formación digital (13).

Asimismo entre los encuestados sostuvieron que tampoco utilizan las redes sociales para realizar actividades de promoción sanitaria. De

igual forma Gómez (13) enfatizan que las redes sociales proporcionan entre otras cosas, un entorno creativo con múltiples herramientas y materiales, que hacen que el estudiante adquiera conocimiento de una forma activa, permitiéndoles realizar actividades conjuntas y compartir ideas, rompe con las barreras de espacio y tiempo, así como ofrecer al alumnado un acercamiento al mundo de la información. Las redes sociales son una de las herramientas más utilizadas en la sociedad actual, por lo que no podemos luchar en contra de ellas, sino que tenemos que utilizarlas como un instrumento de aprendizaje y trabajo en equipo, que nos ayuda a mejorar las relaciones entre los individuos a la vez que nos hacen más fácil el día a día.

Un poco más de la mitad afirmó que distribuye trípticos, dípticos o algún otro tipo de material informativo a las personas que participan o intervienen en las actividades de Promoción Sanitaria. En este sentido Hehavarria (11) precisa en su publicación que la promoción de salud consiste en proveer a la colectividad de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o los grupos de población deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse a su entorno. La salud debe percibirse no sólo como objetivo sino también como una fuente cotidiana de felicidad. La promoción de la salud, es consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud y son los medios impresos quienes garantizan, además del discurso, la continuidad del mensaje de promoción de la salud.

En su mayoría afirmaron tener el conocimiento científico especializado en el programa que dirige para el desarrollo de la actividad de promoción sanitaria y todos los encuestados consideran que la actitud influye en el modo de expresar el mensaje en la actividad de Promoción Sanitaria. En este sentido, Hehavarria (11) expresa que la educación en salud y la comunicación están en el centro de este proceso de fortalecimiento. El apoyo activo de los grupos comunitarios es esencial para llegar con éxito a los estratos populares.

En la dimensión promoción sanitaria según la facilitación y los participantes, predominantemente los encuestados afirmaron que al momento de realizar la actividades planificadas se debe explicar con suficiente claridad a los distintos grupos. Similar proporción afirmó que durante estas actividades se ejemplifica sobre el mensaje de

acuerdo a las características del grupo. En este aspecto, Hehavarria (11) expone que la educación y la información constituyen la base del conocimiento y las destrezas que habilitan a las personas, las familias y las comunidades para realizar elecciones positivas en materia de salud.

Un poco más de la mitad de los encuestados afirmó que reflexiona después de la actividad de promoción sanitaria si el mensaje genera alguna inquietud en los participantes. Esa misma proporción afirmó que después de las actividades repasa si se respondieron todas las preguntas de los participantes en cuanto al mensaje y de acuerdo al grupo. Aunque se evalúan las distintas actividades de promoción sanitaria que realiza después de su ejecución, el seguimiento que se realiza a las actividades de promoción sanitaria después de ejecutarlas es relativamente poco. Al respecto Choque (14) expresa que el monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con el público objetivo. El monitoreo suministra la información necesaria sobre la marcha del proceso y de las actividades. La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias.

Así mismo en el análisis de la entrevista dirigida a los tres expertos, estos afirmaron, que la comunicación dentro del proceso de la promoción sanitaria es de suma importancia para el fortalecimiento de estilos de vida saludables, en el primer nivel de atención, el apoyo de un profesional de la comunicador social, con conocimiento en el área de la salud pública resulta necesario para el logro del conocimiento y las destrezas que habilitan a las personas, para realizar elecciones positivas en materia de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa. Promoción de la salud. Disponible en: <http://w.w.w.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharters.pdf>. 1986.
2. Organización Mundial de la Salud. Programas de Salud. Disponible en: [http://www.who.int/about/who\\_reform/change\\_at\\_who/setting\\_priorities/es/#.Vu7jfECLdv5](http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/setting_priorities/es/#.Vu7jfECLdv5). 2011.
3. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programas de salud. Disponible en: [http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=417%3Aunidad](http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=417%3Aunidad)

## ACONDICIONAMIENTO EN AUDITORÍAS CLÍNICAS INTERNAS EN CENTRO DE SALUD EN VENEZUELA

José Guanipa

**RESUMEN:** La auditoría clínica es un proceso de visualización, estructuración y mejora de la calidad, que busca el perfeccionamiento de la atención al paciente y los resultados mediante la revisión sistemática de la atención a los criterios explícitos y la implementación del cambio. Así, esta revisión tiene por objeto conocer las aproximaciones metodológicas sobre como iniciar y preparar una auditoría clínica interna en centros de salud en Venezuela. Se realizó un estudio transversal de bases de datos y fuentes como la estrategia más efectiva a la hora de desarrollar con criterio de selección de documentos, una auditoría clínica sobre un tema impartido por la necesidad o petición de un centro de salud. Se encontró: relación con los principios y puntos a tomar en cuenta al momento de comenzar una práctica en auditorías clínicas y herramientas de gestión; además de visualizar tópicos a los que se puede abordar en los distintos centros de salud. El autor propone que cada centro de salud a nivel nacional debería crear un sistema de auditoría, además de que el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa, para mejorar los estándares de la práctica médica.

**Palabras Clave:** Preparación, ficha clínica, responsabilidad médica, paciente.

### INTRODUCCIÓN

El modelo de auditoría interna en centros de salud es un proceso estructurado, sistemático, metódico e independiente de análisis del cómo se llevan a término las operaciones y las actividades de una organización así como del grado de cumplimiento de sus objetivos , programas y sus resultados; y de transferencia de conocimientos, de tal manera que los significativo de lo observado pueda incorporarse de forma realista y eficiente en una organización; a la tarea diaria, a la toma de decisiones y a los procedimientos técnicos, de información y de conocimiento (1-7).

Los centros de salud en Venezuela, en el momento actual, y en nuestro entorno, se mueve entre las fase integrada simple – burocracia maquinal-. La diversidad centralizada – burocracia profesional y la integrada compleja divisional; pero para que se posibilite un análisis interno y de procesos en el entorno se debe disponer de un conjunto de

- es-del-ministerio-de-salud&Itemid=942&limitstart=5. 2010.
- Programa de asignatura de periodismo especializado de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/per2/programas/p-2007-08/prog-serafinchimeno/pdf>. 2007.
  - Dragnic O. Diccionario de comunicación social: Con especial referencia al periodismo impreso. Editorial Panapo, España, 1994.
  - Pascuali A. Comprender la comunicación. Monte Ávila Editores. Venezuela. 1978.
  - Kovach B, Rosentiel T. Los elementos del periodismo. Editorial El País, España. 2003.
  - Malavé L. Caracterización de la atención informativa y comunicativa dirigida al usuario externo del Servicio Autónomo del Hospital Central de Maracay. Instituto de Altos Estudios de Salud Pública. Maracay Edo. Aragua, Venezuela. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932009000200003](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932009000200003). 2005.
  - Organización Panamericana de la Salud. Programa de promoción de la salud (HPA). Manual de comunicación social para programas de salud. Disponible en: <http://saber.ucab.edu.ve/handle/123456789/31772>. 1989.
  - Bateson G, Ruesch J. Comunicación: La matriz social de la psiquiatría. Editorial Paidós, España 1951.
  - Hechavarría E. Estrategia de comunicación social para la atención primaria en salud, en la Provincia Las Tunas. La Habana- Cuba 2002. Educ Med Super v 2002; 16(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412002000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412002000100002&script=sci_arttext)
  - López M, Ortiz B. Plan de acción. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos72/plan-accion/plan-accion.shtml/>. 2003.
  - Gómez N, Redondo C. Las redes sociales como fuente de conocimiento en la enseñanza primaria. XII Congreso Internacional de teoría de la educación. Disponible en: [https://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=74MY4AjuG9Y\\_EMU3Xw&bvm=bv.117218890,d.dmo](https://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=74MY4AjuG9Y_EMU3Xw&bvm=bv.117218890,d.dmo). 2011.
  - Choque L. Comunicación y educación para la promoción de la salud. LIMA-PERU. Disponible en: [www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf). 2005.

herramientas aprobadas y útiles en determinados sectores productivos, que aporten al auditor elementos de sumo interés aunque no cubran del todo las necesidades en el sector sanitario. Es importante, ya que, todos los profesionales de la salud buscan mejorar la calidad de la atención al paciente, pues la auditoría clínica puede proporcionar información sobre el estado actual de funcionamiento de un ente de salud; por lo que el objeto de estudio es conocer las aproximaciones metodológicas sobre como iniciar y preparar una auditoria clínica interna en centro de salud en Venezuela (1-7).

## ANÁLISIS-DISERTACIÓN

La auditoría médica nació en los hospitales norteamericanos en 1918, iniciándose con un sistema de acreditación de hospitales por el Colegio de Cirujanos, colocando especial énfasis, en aquella época, en el perfeccionamiento de las historias clínicas. La técnica de auditoría médica comenzó a difundirse en Latinoamérica en el año 1952, mediante artículos y traducciones publicadas en revistas de la antigua Beneficencia y del Servicio Nacional de Salud. La auditoría médica se define como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias (1-7).

Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad, además de la atención de salud, trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, así como evaluar la calidad de estos, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que existe relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada. La sistematización actual de la calidad en auditoría considera el concepto de control de calidad, el cual consiste en que el producto o servicio se adecua a las especificaciones determinadas previamente (1-7).

### El trabajo de auditoría

El auditor interno en el desempeño de su actividad profesional debe cumplir una serie de requisitos: Los más relevantes son su independencia de las actividades que audita; el apoyo de los directivos para ejecutar su trabajo en forma libre y sin interferencias; la objetividad, vale decir, mantener cierta actitud mental, es decir, la

honesta convicción que en el producto de su trabajo no exista nada que comprometa su labor; debe tener conocimientos, habilidades y destrezas en la aplicación de las normas, procedimientos y técnicas requeridas para la auditoría; y por supuesto ética profesional para cumplir con normas de conducta que le imponen patrones de honestidad, objetividad, diligencia y lealtad (1-7).

En el proceso de auditoría se han delineado cuatro etapas básicas como puede verse en la figura 1, mismas que deben estar materializadas en un programa escrito. En la planificación se determinan los objetivos y el alcance de la auditoría; las actividades a analizar, los recursos necesarios para efectuar el estudio, análisis de terreno, identificación de áreas críticas entre otros. El examen y evaluación de la información es la fase en la que todos los datos seleccionados se recogen, interpretan y analizan. La presentación de resultados da origen a las conclusiones y recomendaciones (1-7).

Posteriormente se hace entrega de informes escritos del resultado y se divulga. En la fase de seguimiento se determina si las acciones correctoras se aplican o no y si éstas alcanzan los objetivos deseados. El aspecto de comparación dependerá del tipo de estudio que se acabe planteando y, en todo caso, puede incluirse sin ningún conflicto dentro de la fase de preparación, de la de realización o



**Figura 1.** Algoritmo en el proceso de auditorías clínicas. Fuente: Diseño del Autor.

del diagnóstico. Ahora bien, en el presente escrito únicamente se abordará la preparación (1-7).

La auditoría médica sobre la responsabilidad puede abordarse de forma provocativa o preventiva, para prevenir la “mala práctica” y las consecuencias que de ella se deriven. Se entiende este último concepto como aquel acto médico contrario a las normas aceptadas y que produce resultados perjudiciales en el paciente y su eventual consecuencia, la demanda. En pocas palabras la auditoría médica es el sistema que persigue detectar el error o el abuso en el ejercicio de la profesión médica, ello comporta medidas dirigidas principalmente a evitarlo o disminuirlo. En la tabla 1 se presentan, de forma sintética,

**Tabla 1** Posibilidades metodológicas de análisis internos y de procesos en centros de salud.

	Tipo de análisis	Sobre...	Con base a...	Cadencia...	Para...
Auditoria.	Global, parcial, multidisciplinari o, multicentrico.	Estado de una cuestión.	Estándares.	Puntual y periódica.	Medir la confiabilidad.
		Control interno.	Legalidad.	Continua	Garantizar la integridad patrimonial, la veracidad de la información, la eficacia en la gestión.
	Registro clínico de procesos.	Estándares.	Puntual en nuestro entorno.	Documentar y mejorar el ejercicio profesional.	
	Procesos y producto, servicio.	Comparación.	Continua.	Incorporar lo incorporable.	
	Proceso, producto, servicio.	Selección de elementos.	Esporádica.	Adaptar lo adaptable.	
Auditoria interna clínica.	Global, parcial, multidisciplinari o, multicentrico.	Proceso de rendimientos.	Comparación, estándares y selección de elementos.	Periódica a demanda	Aprendizaje y mejora continua.

Fuente: Diseño del Autor.

los tipos de auditorías que se pueden ejecutar a partir de una serie de preguntas; a fin de centrar el estado de la cuestión (1-7).

### Preparativos para la auditoría

La auditoría clínica se utiliza para mejorar aspectos de la atención en una amplia variedad de temas. También se emplea en asociación con los cambios en los sistemas de cuidado, o para confirmar que la práctica actual cumple con el nivel de rendimiento esperado. Las organizaciones deben reconocer que la auditoría clínica requiere una financiación adecuada, además que las mejoras en la atención que resulten de la auditoría clínica pueden aumentar los costos. La participación en la elección del tema no es siempre necesaria, pero puede tener importante papel en la reducción de la resistencia al cambio (1-7).

Existen enfoques prácticos para la participación de los usuarios en todas las etapas de la auditoría, incluyendo el diseño, la recogida de datos sobre el rendimiento y en la implementación del cambio; por otra parte las organizaciones deben asegurarse que su personal de atención médica obtenga las habilidades necesarias y en este sentido debe considerarse varios métodos para lograr la participación plena de todo el personal de servicios de salud. Igualmente la medición de resultado permite identificar los problemas en la atención, siempre que los resultados sean claros. Hay que tener en cuenta que el ajuste por la combinación de casos se requiere generalmente para la comparación de los resultados de diferentes proveedores o se basan en las opiniones de los profesionales o de otros grupos, sin duda los métodos de consenso formales son preferibles. En la tabla 2 se muestra un ejemplo de posibles temas a abordar (1-7).

### La ficha clínica en la auditoría médica

Para la realización de una auditoría médica el documento esencial es la ficha clínica. Ésta junto a las estadísticas hospitalarias, normas, protocolos, padrones estándares y la labor del auditor, permiten un análisis acucioso del trabajo médico. Es única para el establecimiento. Es un documento reservado, característica que surge de la propia esencia de ella y en lo que atañe al médico se encuentra protegida por el secreto profesional por constituir un medio de prueba judicial que influye en el proceso. La auditoría

**Tabla 2.** Mapa general de contenidos que se pueden auditar en los centros de salud.

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS.
Recursos humano: Profesionales: perfil laboral. Tabla de capacidades. Contratación vinculada externa: Investigación y docencia.	Recursos humanos: Adecuación de tareas y de perfiles. Análisis de la estructura de mando, poder y de relaciones.	Recursos humanos. Impacto del método de relación. Potencialidad: disponibilidad y tablas de trabajo. Modelo de evaluación del desempeño.
Funcional y organización: Eficacia. Criterios de acreditación. Modelo de gestión. Sistema de información.	Funcional y organización: Eficacia. Mapas de procesos clínicos y asistenciales. Dinámica de gestión de anomalías. Sistema de clasificación de casos.	Funcional y organización: Eficacia. Tiempo de respuesta. Porcentaje de anomalías. Valoración del servicio por el paciente interno y externo.
Recursos físicos. De gestión funcional; cliente/proveedor. Concepto de uso multidisciplinar de los espacios.	Recursos físicos. Eficiencia de la gestión directa y funcional. Comisiones específicas de compras. Comisiones de utilización.	Recursos físicos. Redefinición de procesos. Indicadores relacionales y de sustitución. Tiempo de atención.
De conocimiento. Guías clínicas. Normas de procedimientos. Guías instrumentales. Docencia estructurada. Investigación estructurada.	De conocimiento. Sesiones clínicas, docentes internas, revisiones, documentales y de evidencia científica. Programa de calidad. Seguimiento de procesos y casos.	De conocimiento. Redefinición de procesos: Incorporación del conocimiento creado a la vida científica. Incorporación de residentes formados al colectivo profesional.

Fuente: Diseño del Autor.

de fichas se debe diferenciar de la “revisión o análisis de la ficha clínica”, ya que ésta consiste exclusivamente en la comprobación del registro en la ficha clínica de acuerdo a las normas establecidas y estándares predeterminados (1-7).

### Nivel de rendimiento.

En algunas auditorías, las técnicas de evaluación comparativa podrían ayudar a los participantes a evitar establecer de niveles de actuación innecesariamente bajas o altos. Por ello deben

considerarse los siguientes puntos clave: los registros pueden estar incompletos (pero puede recogerse datos de varias fuentes para superar el problema), deben considerarse los obstáculos, identificarse los pacientes que utilizan varios centros de salud, buscar modelos alternativos de prestación de servicios de sanitarios, los sistemas electrónicos de información contribuyen a la auditoría, la auditoría debe definir a los usuarios que debe incluir, los aspectos de menor revisión y el periodo durante el cual se aplicaran lo criterios (1-7).

## CONCLUSIÓN

Se concluye que es necesario preparar los elementos esenciales que se requieren para la realización de una auditoría médica: Las normas clínicas y administrativas que deben ser claras, conocidas, difundidas y actualizadas; mediante la existencia de protocolos clínicos; historias clínicas completas, legibles y con información clara, concisa y ordenada. La información sobre estadísticas hospitalarias debe ser oportuna, veraz y completa; junto con un personal idóneo a cargo del control interno y de la auditoría clínica.

Crear un sistema de auditoría en los diferentes establecimientos que dan atención en Salud, dada la importancia de contar con mecanismos que permitan controlar y evaluar en forma permanente, la calidad de la atención médica proporcionada en la sala de hospitalización, consultorios de especialidades, Unidades de Emergencia y otros.

Igualmente que debe constituirse el un Comité de Auditoría en cada Centro de Salud, conformado por un médico auditor y profesionales médicos de cada Servicio Clínico o Unidades, capacitados y formados en el área de auditoría. En algunos centros de salud venezolanos la auditoría se ve como más una amenaza más que como un instrumento de mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cosialls D. Auditoría interna en hospitales. Auditoría Pública 2001; 24:28-38.

2. Rencoret G. Auditoría médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. *Gestión de calidad: Riesgos y conflictos*. Rev Chil Radiol 2003; 9(3):157-160.
3. Guido Osorio S, Sayes N, Fernández L, Araya E, Poblete D. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Méd Chile* 2002; 130(2):226-229.
4. Flottorp S, Jamtvedt G, Gibis B, Mckee M. Using Audit and Feedback to Health Professionals to Improve the Quality and Safety of Health Care. Copenhagen: world health organization. 2008.
5. Solar M. Auditoría médica I.: Auditoría médica. *Rev Méd Chile* 1960; 88:499.
6. Gnecco G, Recabarren D, De la Paz P, Osorio G. Módulo N° 12 la auditoría de instrumentos "Herramientas para la evaluación de calidad". 2000.
7. Moya H, Venturini R, Baeza G. Auditoría médica. Servicio Nacional de Salud, Dirección General, Unidad de Auditoría Médica. 1968.

## EL ESTILO COMUNICACIONAL Y EL CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL HOSPITAL DR. EGIDIO MONTESINOS

**Teodoro Vizcaya**

**RESUMEN:** La concertación y recreación de un modelo de gestión del clima organizacional debe ser un proyecto humanista (la persona como centro) para hacer explícitos los valores finales e instrumentales que ha de compartir el conjunto de la organización. Constituir un equipo es aprender a ser miembro, por lo que queda subsumida la noción de que un equipo y sus miembros detentan un sentido de pertenencia, de identidad y de convivencia. Por ende la percepción del individuo sobre las condiciones en que se desenvuelve en el equipo, su identidad con el grupo y específicamente con el equipo de trabajo es preponderante para esperar que se logren los objetivos de sus miembros dentro de la organización, características percibidas en el clima organizacional. Para conocer el estilo comunicacional y relacionarlo con el clima organizacional de un hospital, se diseñó un estudio descriptivo transversal, con naturaleza de campo que develó las prácticas gerenciales y especialmente comunicacionales en el Hospital Dr. Egidio Montesinos de la ciudad de El Tocuyo, en el estado Lara. Se encontró que el tipo de comunicación que impera allí, puede describirse como indirecto (en función del grado de intermediarios), de orientación intergrupala (respecto al número de personas), no hay diferenciación entre comunicación formal e informal (por razón de los canales empleados), es comúnmente escrito (según el medio empleado), de tercer nivel (atendiendo al grado de manifestarse directamente), genérico (por razón del receptor), informativa y en gran parte imperativo (por el propósito, estilo o respuesta que se espera de ella).

**Palabras Clave:** Estilo comunicacional, clima organizacional, equipo de salud.

### INTRODUCCIÓN

Las exigencias y transformaciones cambiantes del mundo en pleno siglo XXI demandan una gerencia empresarial que necesita ejercerse con un criterio global y que siga los conceptos modernos de productividad, competitividad e innovación. Es por esto, que una primera recomendación está dirigida a incluir en la gestión administrativa las nuevas tecnologías comunicacionales y de servicio, las cuales se modifican y se amplían a ritmo vertiginoso. Sin embargo, la sola utilización de tecnología y recursos comunicacionales, no

garantiza la acción transformadora del gerente, si no considera al talento humano como seres individuales, con particularidades y singularidades en las que la comunicación es determinante para el logro de los objetivos institucionales.

Al describir la organización se hace necesario definir este término, Morín (1) le reconoce como la disposición de relaciones entre componentes o individuos que produce una unidad compleja o sistema, dotado de cualidades desconocidas en el nivel de los componentes o individuos (...) que asegura solidaridad y solidez a estas uniones, una cierta posibilidad de duración a pesar de las perturbaciones aleatorias. Es así como se desprende que la organización tiene identidad realzada por las relaciones afectivas de sus individuos, por lo que está representada por el conjunto de rasgos que se mantienen vigentes con el paso del tiempo en la misma y la definen. La identidad es aquello que define a la organización y se ve expresada a través de su estructura.

Por otra parte, entre las múltiples definiciones de clima organizacional la que mejor describe su impacto en este trabajo es el dado al ambiente generado por las emociones de los miembros de un grupo u organización, el cual está relacionado con la motivación de los empleados, se refiere tanto a la parte física como emocional (2). Sin embargo, pareciera un denominador común, la presencia en estos centros asistenciales de un estilo comunicativo, también muy descrito en la literatura, que es del enfoque trasmisivo. Este centra su atención en la información transmitida y precisión del mensaje, sin tener en cuenta quien recibe el mensaje, de modo que la emisión y recepción del mensaje es predominantemente lineal.

Si se parte de la necesidad de entender al interlocutor y dialogar para poder potenciar la comunicación, entonces se observa en el caso hospitalario que atañe a esta investigación, cómo se presta poca atención al receptor y al rol de la construcción conjunta de significados en la comunicación, por lo que se tiende a la simplificación del proceso comunicativo y se impregna de unidireccionalidad, poca calidez y hasta deshumanización, pues el receptor tiene un rol pasivo y mecánico. Un enfoque comunicacional alternativo y deseable sería el dialógico, el cual centra su atención en los modos de comunicar a partir de las interrelaciones simultáneas entre emisores y receptores así como la constante retroalimentación entre ambas partes (3). Por

ello y en un intento de tipificar el estilo comunicacional en un centro hospitalario y relacionarlo con la gestión del clima organizacional, se presenta este estudio para desvelar las principales características de las prácticas gerenciales allí desarrolladas.

### **La Gestión del Clima organizacional**

Al tratar de definir la gestión, se menciona que es la acción de quienes hacen la función de planificar, organizar, dirigir y controlar una organización, entendida ésta como el arreglo sistemático de personas encaminadas a realizar un propósito específico expresado en términos de metas y en el caso específico de los salubristas dichas metas están orientadas al cuidado y fomento de la salud (4).

Las organizaciones hospitalarias son instituciones con un propósito especial, son eficaces porque se concentran en sus cometidos y su función es canalizar los saberes para que sean productivos. De esa forma se puede afirmar, que la gestión es una función genérica de todas las organizaciones que se aplica a obtener resultados, sea cual sea su misión específica y por tanto de allí deriva que la gestión se convierte en el órgano genérico de la sociedad del saber. Precisamente, habida cuenta de esta visión, en las últimas dos décadas en las organizaciones públicas de los países desarrollados se ha manifestado un significativo desarrollo de reformas públicas gerenciales.

Las funciones y acciones gerenciales descritas para una empresa o cualquier organización no difieren para la gerencia en salud, las sutiles diferencias percibidas por algunos son de grado y énfasis, pero no de función. En términos funcionales, conforme los gerentes avanzan hacia la cúspide de la organización, planifican más y efectúan menos supervisión directa, el contenido de las funciones gerenciales cambia según el nivel del gerente (5).

Con el fin de optimizar los beneficios que se pueden obtener de los recursos que dispone el gerente, sean propios o de terceros, debe dirigir sus esfuerzos a todos los elementos que constituyen la organización; es decir, a las estructuras, a los procesos y a los resultados. Se hace preferencia a los objetivos de índole social y humano, para lograrlos en el menor tiempo posible y con la mayor estabilidad (6).

Por otra parte y pareciera lo más controversial, es la gestión del clima organizacional, lo que destaca que los gerentes deben ser profesionales con amplias habilidades administrativas y gran

capacidad de liderazgo, no siempre ligadas estas cualidades con la formación académica tradicional y determinantes en gran medida del clima laboral que se desarrolla en los centros asistenciales actuales.

### **La Comunicación y el Clima organizacional**

Las relaciones que se dan entre los miembros de una organización se establecen gracias a la comunicación; en esos procesos de intercambio se asignan y se delegan funciones, se establecen compromisos, y se le encuentra sentido a ser parte de ella. Un ejemplo de esto, se observa en las clínicas y hospitales, instituciones (públicas o privadas) en donde conviven distintos actores internos como: médicos, enfermeras, auxiliares, profesionales de otras áreas, administrativos entre otros, es decir, toda una gama de personas con distintas jerarquías, habilidades, expectativas e intereses que trabajan con un alto grado de presión al velar por la vida humana.

Por ello toda institución debe priorizar dentro de su estructura organizacional un sistema de comunicaciones e información que dinamice los procesos a nivel interno para que se promueva la participación, la integración y la convivencia en el marco de la cultura organizacional, en donde cobre sentido el ejercicio de funciones y el reconocimiento de las capacidades individuales y grupales (7).

En este sentido se hace imprescindible la comunicación con las personas que conforman la organización sanitaria, porque resulta esencial para el logro de los objetivos organizativos. Para ello, una de las responsabilidades básicas de los directivos es apoyar, motivar e integrar a las personas en la cultura organizativa deseada. En la elaboración de las directrices tiene que producirse una coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. Las personas son el centro de enriquecimiento y alimentación de los flujos comunicativos. Conocer su opinión es fundamental para orientar la estrategia de la organización.

Siguiendo las sugerencias de autores en la administración de servicios y gerencia hospitalaria e interpretando las señales del personal de la institución, deben resaltarse las etapas de administración de Planificación, Organización, Dirección y Coordinación visibles a través del compromiso y participación de los directivos con la gestión de la comunicación interna (Rodrigo, 1989), en este caso es clave el papel del gerente administrativo y del director hospitalario, ya que ellos deben (ojalá en conjunto) pensar la comunicación interna que quieren para el hospital y alinearla con

sus planes y objetivos.

Ellos deben liderar la comunicación interna. Así mismo es necesario planificar integralmente la comunicación, partiendo de un diagnóstico de la comunicación interna (implementado por ellos mismos o con ayuda externa) para después definir las orientaciones estratégicas y finalmente un plan táctico anual. En virtud de ello es necesario resaltar la capacitación en habilidades comunicacionales, por lo que es importante que los roles de conducción (director, jefes de servicio y jefes administrativos) adquieran habilidades de escucha, empatía y emisión. De esa manera podrán gestionar mejor la comunicación en los respectivos grupos de trabajo, trabajando así aspectos como la motivación, trabajo en equipo, ambiente de trabajo, integración y pertenencia (8).

Por otra parte es fundamental crear los canales formales eficientes, para evitar rumores o interpretaciones erróneas de acciones, debe contarse con pocos pero buenos medios internos (revista, circuito cerrado de TV). Estos deben cubrir todas las audiencias internas, con alto impacto y frecuencia alta y media. Además, su estructura y contenidos deben estar alineados con la estrategia diseñada por la institución. Actualmente se asume que la comunicación es una actividad consustancial a la vida de la organización, es “la red que se teje entre los elementos de una organización y que brinda su característica esencial: la de ser un sistema” (9), “el cemento que mantiene unidas las unidades de la organización” (10), pero la comunicación no debe entenderse únicamente como el soporte que sustenta las distintas actividades de la organización sino que es un recurso, un activo que debe gestionarse.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El estudio se ejecutó mediante las directrices de un estudio descriptivo transversal en el mes de abril del año 2016. Para ello se empleó una encuesta de opinión dirigida a los trabajadores de la Oficina de Recursos humanos del Hospital tipo I Dr. Egidio Montesinos de la ciudad de El Tocuyo en el estado Lara, con una población de 16 empleados y el muestreo fue del 100%.

Para la indagación de opiniones sobre las prácticas comunicacionales que se realizan en la institución, se empleó

un instrumento de investigación de 20 preguntas cerradas con respuestas bajo una escala tipo Likert, se entrevistó a la Jefe de Personal para conocer otras prácticas y coleccionar evidencias de las mismas, así como también se cotejaron productos y prácticas de gestión comunicacional. La información recabada se confrontó con lo descrito por autores expertos en gerencia, comunicación y clima organizacional, quienes describen los diferentes estilos y modelos comunicacionales imperantes en una organización y así poder tipificar el estilo que predomina en este hospital.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al intentar presentar al lector una imagen sobre la situación comunicacional en el Hospital Dr. Egidio Montesinos de la ciudad de El Tocuyo, en el estado Lara, puede mencionarse que según apreciaciones del autor y otros entes consultados, se observa ausencia de visión corporativa, la inexistencia de herramientas comunicacionales y la carencia de estrategias comunicacionales institucionales, puesto que las pocas que pudieran considerarse como tales, son externas a la institución y son politizadas (11).

El canal de comunicación que se presenta allí es vertical (por el sentido de la misma), no llega a todos los niveles, así como que no es siempre la deseable (un ejemplo es la ruptura de comunicación entre el Gobernador y los ministros del Estado venezolano, con consecuencias administrativas y gerenciales limitantes para las direcciones de diferentes hospitales). No se percibe sentido de finalidad, ni de pertenencia, los resultados preliminares de una encuesta aplicada a trabajadores revelan que las políticas de comunicación (de existir), sólo existen en documentos, pero no se es consecuente con ellas. La comunicación se ha entendido frecuentemente en este Hospital como una mera "transmisión de información" de los directivos a los trabajadores (12).

Al momento de clasificar o tipificar el tipo de comunicación que impera allí, puede describirse como indirecta (en función del grado de intermediarios), de orientación intergrupala (respecto al número de personas), no hay diferenciación entre comunicación formal e informal (por razón de los canales empleados), es comúnmente escrita (según el medio empleado), de tercer nivel (atendiendo

al grado de manifestarse directamente), genérica (por razón del receptor), informativa y en gran parte imperativa (por el propósito, estilo o respuesta que se espera de ella).

Por otra parte al analizar las etapas administrativas y por ende el cumplimiento de las relacionadas con la comunicación, puede observarse que la planificación estratégica es escasa, la organización está establecida y no permite mayores cambios, excepto en el primer nivel y no depende de la institución sino más bien del Director Regional de Salud, del momento y no de políticas claras y visibles al respecto. La etapa de Dirección se cumple toda vez que la figura de un Director existe y su función es hacer cumplir lo normado para los diferentes empleados y trabajadores así como que se cumplan los procedimientos mínimos de distribución de funciones inherentes al cargo.

La Coordinación es dispersa y sectorizada, cada profesión o interés se encarga de armonizar sus integrantes y funciones, pero no quiere decir esto, que no se cumpla, sólo que es ineficiente. Por último el Control, se aprecia que existen mecanismos mínimos de fiscalización y control, que maneja cada dependencia y en su mayoría orientados a evitar amonestaciones o sanciones administrativas contra quienes fungen como Coordinadores o Jefes de Servicio.

## UNA PROPUESTA COMUNICACIONAL PARA FORTALECER LA INTERRELACIÓN

Dados los hallazgos desvelados, se propone realizar un plan de imagen corporativa: cuyo objetivo primordial sea desarrollar un documento que traduzca, en términos de imagen y comunicación, el plan estratégico de la organización. Entre las herramientas para fortalecer el plan comunicacional puede implementarse el buzón de sugerencias, quejas o denuncias, cartelera, impresión de folletos y creación de un portal Web del Hospital. Igualmente puede crearse el correo institucional, entrega de encartados con logros y aspiraciones de logro contemplados en la visión y misión de la institución así como también realización de programas radiales de TV local.

Por otra parte y para enriquecer la gestión comunicacional, es necesaria la difusión de logros, de planes y de situaciones que amerite la opinión de toda la comunidad bajo el respeto, compromiso, tolerancia y valores. Esto puede conseguirse implementando la

Reunión mensual con todos los empleados: sería conveniente reunir a todos los empleados mensualmente para revisar la condición general de las actividades del Hospital, comentar y celebrar los éxitos recientes, comentar y decidir acciones respecto a los fracasos o fallos y principalmente para crear un ambiente que estimule las relaciones entre empleados y el trabajo en equipo. No menos importante es la realimentación que estimule a los empleados y gerentes a criticar en forma constructiva asegurándose que todo lo que se comunique es tomado en cuenta y que los problemas son corregidos y mejorados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morín E. El método. La naturaleza de la naturaleza. Madrid; Cátedra. 1981.
2. Aiken, L. (1996). Test psicológicos y evaluación. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México D.F. 1996.
3. Davis K. Comportamiento Humano en el Trabajo. Editorial Mc Graw Hill. Mexico. 1993.
4. Huerta E, Debourgjuan C. Pensamiento estratégico: el entramado epistémico en gerencia de salud pública. CICAG 2009; 6 (1). Disponible en: <http://publicaciones.urbe.edu/index.php/cicag/article/viewArticle/488/1213>
5. Robbins, S. y Coulter, M. (2006). Administración. Mcgraw Hill. Interamericana, 8ª edición. México. 2006.
6. Otero J. Cómo aumentar la productividad en el consultorio odontológico. Salud Bucal 1993; 19 (71):11-16.
7. Capriotti P. La Imagen de Empresa. Estrategia para una comunicación integrada. El ateneo. Barcelona, España. 1992.
8. Rovigatti V. Lecciones sobre la ciencia de la opinión pública. CIESPAL. Quito, Ecuador. 1981.
9. Katz D, Khan R. Psicología social de las organizaciones. Trillas, México. 1986.
10. Monzón C. La opinión pública. Tecnos, Madrid. 1987.
11. Vizcaya T, Mujica M. Clima organizacional en un Hospital de Nivel Primario. Trabajo no publicado, Hospital Dr. Egidio Montesinos, El Tocuyo, Venezuela. 2014.
12. López A. Entrevista a la Jefe de recursos humanos del Hospital Dr. Egidio Montesinos. (Agosto, 03 de 2015). 2015.



Edward Jenner vacunando a un niño (1884).  
Eugène Ernest Hillemacher. Óleo sobre lienzo.

## Capítulo IV

# Salud Pública y Determinantes Sociales

## ONTOGENIA DE LOS PROYECTOS DE VINCULACIÓN SOCIO COMUNITARIA EN ORGANIZACIONES SOCIALES PROMOTORAS DEL DEPORTE

Andrés Ascanio, Everilda Arteaga, Yraima Aguilar

**RESUMEN:** La presente referencia, develó la ontogenia de los proyectos de vinculación socio comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo (FCS-UC), en Organizaciones Sociales Promotoras del Deporte (OSPD). En el marco metodológico del estudio, se utilizó el enfoque complejo dialógico bajo el paradigma cualitativo, con orientación longitudinal y niveles: descriptiva documental y prospectiva. La población y muestra la constituyen futbolistas adscritos a la Asociación de Fútbol del estado Carabobo (AFC), y estudiantes, docentes, personal administrativo y obreros de la FCS-UC. Como técnica se empleó la observación directa y como instrumento un infograma. Entre los hallazgos se derivan: La incidencia de los proyectos de vinculación socio comunitaria en las OSPD en el estado Carabobo fueron de 16 Parroquias (50%), ubicadas en 12 Municipios (86%), repercutiendo en una densidad poblacional de 11.704 beneficiarios directos y 41.928 beneficiarios indirectos. Las lesiones emergentes registradas alcanzaron un total de 36, siendo la articulación de la rodilla la de mayor frecuencia. Entre las reflexiones de cierre provisional que germinaron, destacan: el posicionamiento paulatino de la FCS-UC, con proyectos de vinculación socio comunitario en la OSPD, pudiendo constituirse en un repositorio para posteriores estudios científicos en materia de salud pública. Se recomienda implementar estrategias de impacto psicosocial que fomentan la salud mental individual y colectiva de los futbolistas adscritos a la AFC para disminuir la frecuencia de lesiones durante los encuentros deportivos.

**Palabras Clave:** Salud pública, calidad de vida, promoción de estilo de vida saludable en futbolistas, atención integral en salud en futbolistas.

### APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL OBJETO DE ESTUDIO

Las organizaciones sociales promotoras del deporte (OSPD) están concebidas “como las entidades o instancias creadas para la promoción, organización y desarrollo de la actividad física y el deporte” (1). Entre ellas se encuentran las Federadas y las no Federadas, cabe distinguir, a las Asociaciones Deportivas y las Universidades (2). (Ley Orgánica de Deporte, Actividad Física y Educación Física, 2011; Reglamento Parcial N 1. De la Ley Orgánica

de Deporte, Actividad Física y Educación Física, 2012; Líneas Generales de la Federación Venezolana Deportiva de Educación Universitaria, 2013-2017), con lo cual se garantiza el cumplimiento del precepto constitucional que contempla que el “Estado asumirá el deporte y la recreación como política de educación y salud pública” (3). No obstante, estas aspiraciones nomotéticas, solo se cumplen al momento de celebrarse encuentros deportivos, propiciando escenarios para lesiones tanto físicas como psicológicas, lo que inciden negativamente en la calidad de vida de atletas, deportistas y practicantes.

Del boceto precedente se infiere que en las OSPD interactúan una serie de determinantes sociales (tanto deportivas como educativas) que se imbrica desde la complejidad y que precisan del concurso de personal capacitado para la atención integral en salud y la promoción de estilos de vida saludable, lo que incidiría positivamente en la salud pública de Venezuela.

Uno de los argumentos que interesa desplegar, de los párrafos anteriores, es la incidencia ontogénica de la promoción de estilo de vida saludable que viene realizando desde y para la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo (FCS-UC) y la Asociación de Fútbol del estado Carabobo (AFC), vale decir, OSPD. El constructo de ontogenia, será asumida y descrita en esta investigación, tal cual como aparece en la obra de los biólogos chilenos Maturana y Varela (5), como un “...proceso integral de desarrollo hacia un estado adulto, mediante el cual se alcanzan ciertas formas estructurales que le permiten al organismo desempeñar ciertas funciones en concordancia con el plan innato que lo delimita con respecto al medio circundante”.

Al respecto, los autores aportan que, este proceso ontogénico que se advierte desde el año 2015 en las citadas OSPD emergen desde la unicidad del plan de atención integral en salud para las comunidades del área de influencia de la FCS-UC (6), muestra las realidades nouménicas, fenoménicas y noosférica generadas de las acciones de extensión y servicios a la comunidad emprendidas por la FCS-UC, enmarcadas en acciones de vinculación socio comunitaria, en deporte y recreación, entre las que destacan: la densidad poblacional del estado Carabobo beneficiadas, el levantamiento de la data de lesiones emergentes y las interpretaciones

y recomendaciones de los prestadores de servicios al momento de aplicar primeros auxilios, acuerdos entre actores claves para la posible firma de convenio interinstitucional entre la FCS-UC y la AFC, la creación de artículos científicos por parte de prestadores de servicios y su publicación en medios electrónicos de acceso abierto, denotando una estructura heteropoiética entre los distintos equipos de los proyectos de extensión y servicios a la comunidad; con lo que se podría abducir, que esta gama de eventos “insuflan” el acontecer académico, de investigación y extensión en las ciencias médicas aplicadas al deporte, a la actividad física y a la Educación Física (7-10).

En alusión a los argumentos precedentes, destaca el proceso recursivo planteado por Garciandía (11), el cual lo distingue como “...los efectos finales producen los estados o causas iniciales”. Los investigadores agregan que al generar proyectos solo para el género femenino se estaría discriminando al masculino lo que muestra una realidad incompleta y susceptible a una resignificación para el año 2016, fortaleciendo así, las apetencias de mejorar la calidad de vida de los sujetos adscritos a las OSPD, por lo que se añaden proyectos de vinculación socio comunitaria referidos al síndrome del descarte metabólico, prevención primaria de las infecciones urinarias, prevención de riesgos lesivos, atención integral en salud, gimnasia preventiva y estacionaria, deporte para todos, advirtiéndose la circularidad, retroalimentación, homeostasis, autopoiesis y la ecología de los fenómenos nouménicos, fenoménicos y noosférico, en la presente teórica (10-18).

### **Líneas teleológicas referenciales**

En primer lugar, darle visibilidad al tejido relacional entre la universidad-comunidad, establecida en los dominios de la extensión universitaria, lo que posibilita la argumentación científica y académica respectiva. Como segundo aspecto, se vislumbra la relevancia y transcendencia social de la Universidad de Carabobo, al erigirse la FCS-UC, como pionera a nivel regional y nacional en la elaboración y ejecución de proyectos de vinculación socio comunitaria en materia de salud para las OSPD; además, contribuiría a resolver fenomenologías epidemiológicas deportivas relacionadas con la salud pública y determinantes sociales.

Las socialización de los eventos nouménicos, fenoménicos, presentadas en este opúsculo, constituyen el tercer elemento, en tanto se constituirían en insumos para otras investigaciones, pues se podría fortalecer lo noosférico al avanzar a un nivel de mayor profundidad, hacia una cognición compleja, transdisciplinaria y transcompleja mediante la complementariedad de las ciencias sociales y las ciencias naturales, esto iluminaría el camino para el diseño de un estudio conducente a grado académico en las ciencias médicas aplicadas al deporte.

### Posicionamiento del eje central epistémico del estudio y especificidades

Conforme a los anteriores planteamientos, surgió la incógnita generadora que pudiera orientar la resolución teleológica del objeto de estudios ¿Cuál es la relación ontogénica de los proyectos de vinculación socio comunitaria de la FCS-UC dirigidos a OSPD con la salud pública durante los años 2015-2016? Esta interrogante sugiere el siguiente eje epistémico central: Develar la ontogenia de los proyectos de vinculación socio comunitaria de la FCS-UC dirigidos a las OSPD durante los años 2015-2016. Lo cual postula las siguientes especificidades: Cuantificar las Parroquias y Municipios del estado Carabobo involucradas en proyectos de vinculación socio comunitaria; determinar el número de beneficiarios directos e indirectos de los proyectos de vinculación socio comunitario; y diseñar la data de las fenomenologías epidemiológicas deportivas derivadas de los proyectos de vinculación socio comunitaria.

### MATERIALES Y MÉTODOS

La reflexión que privó en la redacción de este estudio se sitúa en el pensamiento complejo propuesto por Morín (19) “Este método está basado en un pensamiento relacional, donde adquiere especial importancia las conexiones, el establecimiento de redes entre los conceptos, las ideas y la visión del universo conectado”. Martínez (20), agrega que son “esfuerzos intelectuales para trazar el entramado de su red de relaciones”. Entre tanto, los investigadores aportan, que es, a través del principio dialógico,

recursivo y hologramático, que se describieron y relacionaron la fenomenología emergente, y que por medio de la revisión intertextual se discurrió en la argumentación de los eventos nouménicos, fenoménicos y noosféricos, demostrando la cualidad de adaptación de los proyectos de vinculación socio comunitaria a las OSPD, durante los años 2015-2016.

Su diseño es prospectivo. Los datos fueron recabados en infogramas por 147 prestadores de servicios adscritos a los proyectos al momento en que fueron apareciendo, en una población de 11.704 beneficiarios directos y 41.928 beneficiarios indirectos provenientes de la AFC y la FCS-UC, para que luego se procediera a la tabulación de la información por los responsables de cada proyecto, cuyos resultados se presentan a continuación.

### RESULTADOS

A continuación se muestra el epilogo de la investigación de los eventos nouménicos, fenoménicos, presentadas en las tablas 1,2 y 3 respectivamente. Como se puede apreciar en la tabla 1 fueron atendidas 16 parroquias de 12 municipios del estado Carabobo lo que representa un total de 50% y 86% respectivamente.

Las tablas 2 y 3 cuantifican la distribución porcentual de los beneficiarios directos de los proyectos socio comunitaria en deporte y recreación, en total fueron 11.704 personas las atendidas, 1.887 del género femenino y 9.817 del masculino, con impacto indirecto a 35.112 personas del resto del núcleo familiar.

**Tabla N°1.** Municipios y Parroquias del Estado Carabobo beneficiadas 2015 2016.

Municipio	Parroquias	1	2
Bejuma	Canoabo	X	
	Urbana Bejuma		X
Carlos Arvelo	Güigüe		X
Guacara	Ciudad Alianza	X	X
	Guacara	X	
Juan José Mora	Morón		
Libertador	Independencia	X	
Los Guayos	Los Guayos	X	X
Miranda	Miranda	X	
Naguanagua	Naguanagua	X	X
Puerto Cabello	Fraternidad	X	X
San Diego	San Diego	X	X
Valencia	Miguel Peña	X	X
	Rafael Urdaneta	X	X
	San José	X	X
<b>N° de Parroquias</b>		<b>16</b>	
<b>N° de Municipios</b>		<b>12</b>	

Tabla N°1. Los números 1 y 2, corresponden a los años 2015 y 2016 respectivamente. (Fuente: 7,8,9,10,11,12,13, 14,15,16,17,18)

**Tabla N°2.** Beneficiarias directas:  
Género Femenino.

Eldades	ni	NI	fi	FI
5-12	100	100	5,3%	5,31%
13-20	718	818	38%	43,31%
21-28	874	1692	46,3%	89,61%
29-36	102	1794	5,4%	95,01%
37-44	86	1880	4,6%	99,61%
45-52	4	1884	0,2%	99,81%
53-60	3	1887	0,2%	100%
61-68	0		0,00%	0,00%
69-76	0		0,00%	0,00%
77-84	0		0,00%	0,00%
85-92	0		0,00%	0,00%

Tabla N°2. Distribución porcentual de las beneficiarias directas. (Fuente: 7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18)

**Tabla N°3.** Beneficiarios directos:  
Género Masculino.

Eldades	ni	NI	fi	FI
5-12	3792	3792	38,60%	38,60%
13-20	4934	8726	50%	88,60%
21-28	1058	9784	10,80%	99,40%
29-36	14	9798	0,14%	99,54%
37-44	10	9808	0,10%	99,64%
45-52	3	9811	0,03%	99,67%
53-60	1	9812	0,01%	99,68%
61-68	2	9814	0,02%	99,70%
69-76	1	9815	0,01%	99,71%
77-84	1	9816	0,01%	99,72%
85-92	1	9817	0,01%	99,73%

Tabla N°3. Distribución porcentual de los beneficiarios directos. (Fuente: 7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18)

**Tabla N°4.** Tensiones emergentes durante eventos deportivos Año 2016.

Lesiones	N°
Traumatismo rodilla derecha	5
Contractura muscular	3
Contusión en el pie	3
Traumatismo hombro derecho	2
Contusión región lumbar	2
Contusión tobillo	2
Contractura muscular muslo	2
Contractura muscular dorsal ancho	2
Hipoglicemico	1
Contusión en el labio	1
Traumatismo área abdominal	1
Traumatismo articulación de la muñeca	1
contusión región tibial	1
Contractura muscular supraclavicular	1
Contusión zona frontal de la cabeza	1
Herida lineal en rodilla	1
Hematoma post contusión y edema en pierna	1
Contracción diafragmática por contusión abdominal	1
Esguince de 1° grado muñeca	1
Contusión en el glúteo	1
Sincope, traumatismo cráneo encefálico leve	1
Invasión de cuerpo extraño en el ojo	1
Escoriación cutánea superficial	1
<b>Total</b>	<b>36</b>

Los eventos fenoménicos, están sujetas a procesos hermenéuticos, derivados de las lesiones emergentes durante el año 2016 (tabla 4).

Entre el análisis de las lesiones emergentes, se destaca: en primer lugar, el lapso para recabar la información acerca las lesiones emergentes fue del 12 de junio al 21 de julio de 2016, período en el cual los prestadores de servicios cumplieron las horas planificadas del componente asistencial del proyecto atención integral en salud a futbolistas adscritos a la AFC. En segundo, los prestadores de servicios aplicaron los primeros auxilios en las instalaciones deportivas, conocimientos adquiridos durante la etapa de formación de médicos cirujanos en la FCS-UC. En tercero, esta información representa la data del año 2016, en cuanto a lesiones en practicantes, deportistas y atletas, lo que podría constituirse, para el año 2017, la plataforma referencial para la resignificación hacia el género femenino.

## DISCUSIÓN

El estudio de ontogenia de los proyectos de vinculación socio comunitaria en organizaciones sociales promotoras del deporte deriva de los principios dialógicos y recursivos del Trabajo titulado “La salud y el deporte. Una sistematización de experiencias desde FCS-UC. Sede Carabobo” presentado en la XXI Jornadas de Salud Pública del año 2015. En éste, los autores agregan los proyectos de vinculación socio comunitaria que guardan relación con la triada calidad de vida-deporte-salud pública.

De manara provisional se develó la ontogenia de los proyectos de vinculación socio comunitaria de la FCS-UC dirigidos a las OSPD durante los años 2015-2016, gracias a los hallazgos que emergieron de los eventos nouménicos y fenoménicos, constituyéndose en aportes teóricos para otros estudios. En lo que respecta al constructo noosférico, se dejaría a la consideración de instancias decisorias de la FCS-UC el considerar la posibilidad de sumergirse en la tarea de mayor exigencia intelectual para el diseño de un estudio conducente a grado académico en las ciencias médicas aplicadas al deporte.

## CONCLUSIONES

Luego de transitar por el camino de la construcción del conocimiento, mediante el desarrollo de proyectos socio comunitarios de la FCS-UC dirigidos a las OSPD, se percibe la eclosión de un paradigma que orientaría acciones para afrontar fenomenologías epidemiológicas en el vasto mundo del deporte y su estrecha relación con la calidad de vida. Sea pues, este el camino a transitar, desde la docencia, la investigación y la extensión en las instituciones de educación universitaria; en especial en la Universidad de Carabobo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley Orgánica de Deporte, Actividad Física y Educación Física. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 39.741, Agosto 23. 2011.
2. Reglamento Parcial N 1. De la Ley Orgánica de Deporte, Actividad Física y Educación Física. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 39.872, Febrero 28. 2011.
3. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 36.860, Diciembre 30, 1999.
4. Federación Venezolana Deportiva de Educación Universitaria. Líneas Generales Período 2013 – 2017. Caracas: Autor. 2013.
5. Maturana H, Varela F. De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo. 6ta. ed. Coedición de Editorial Universitaria con Editorial Lumen SRL. Argentina. 2004.
6. Universidad de Carabobo. Atención integral en salud para las comunidades del área de influencia de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Aprobado según resolución del Consejo General de Extensión y Servicios N° CGE-338-2015. 2015 Abr. 2. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. 2014.
7. Ascanio A, Aude D, Britapaz, L, Rojas C, Aguilar Y. Promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas del Estado Carabobo. Ponencia presentada en el 1er Congreso Internacional en Promoción de la Salud. Hacia una Universidad Saludable; 2015 Jul. 15 – 17; Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación; 2015.
8. Ascanio A, Aude D. Informe del proyecto Promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas adscritas a la Asociación de Fútbol del Estado Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. 2015.
9. Ascanio A. La salud y el deporte. Una sistematización de experiencias desde la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Sede Carabobo. Ponencia presentada en la XXI Jornada de Salud Pública Dr. Juan Pinto Lamanna. Retos de la salud pública en tiempos complejos. Nov. 19 y 20; Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015. Material no publicado.
10. Ascanio A, Aude D. (2016). Informe preliminar del proyecto Promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas adscritas a la Asociación de Fútbol del Estado Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo. 2016.
11. Garciandía J. Pensar sistémico: una introducción al pensamiento sistémico. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2005.
12. Mendoza C, Cruces M, Tang Y, Torres L. Informe del proyecto Síndrome del descarte metabólico en la comunidad deportiva de la Universidad de Carabobo, Campus Bárbula. 2016.
13. Mendoza C, Guzmán E, Montoya O. Informe del proyecto Prevención primaria de las infecciones urinarias en las disciplinas: natación y waterpolo de la comunidad deportiva Universidad de Carabobo, campus Bárbula. 2016.
14. Ascanio A, Aguilar Y, Audain R. Informe del proyecto de Extensión Prevención de riesgos lesivos en el fútbol. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. 2016.
15. Ascanio A, Arteaga E. Informe preliminar del proyecto Atención integral en salud para los futbolistas adscritos a la Asociación de Fútbol del Estado Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo. 2016.
16. Kuder H, Ascanio A, Cocciones S, Carreño D, Varela I, Ruiz N, et al. Informe Gimnasia preventiva y estacionaria en la Escuela de Bioanálisis (sede Carabobo), Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Carabobo. 2016.
17. Ascanio A, Arteaga E. Deporte para todos. Informe final. Facultad

- de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo. 2016.
18. Ascanio A, Arteaga E, Aguilar Y. Deporte para todos. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Extensión. Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Carabobo. 24.
  - Ascanio A, Arteaga, E, Aguilar Y. (2016). Deporte para todos. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Extensión. Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Carabobo. 2016.
  19. Morín E. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa. Barcelona. 1996.
  20. Martínez M. El paradigma emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. 2da. ed. Trillas. México. 1997.

## PROMOCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COMO HERRAMIENTAS PARA PREVENIR ENFERMEDAD EN TIEMPOS DE CRISIS EN VENEZUELA

**Arnelys Guevara**

**RESUMEN:** Promoción de salud y participación comunitaria son dos pilares fundamentales para el trabajo de prevención de enfermedades; se puede decir que funcionan como dos vertientes para lograr un objetivo común; particularmente en tiempos de crisis en que, en la población aumenta el riesgo de enfermar. **Objetivo:** Analizar la promoción en salud y participación comunitaria como herramientas para prevenir enfermedad en tiempos de crisis en Venezuela. **Metodología:** Revisión de publicaciones científicas provenientes de estudios relacionados con promoción de salud, prevención en tiempos de crisis, estilos de vida y participación comunitaria. **Análisis:** Venezuela vive actualmente una de las peores dificultades de su historia y ha sido el sector salud uno de los más afectados; los problemas que se viven en los ámbitos político, económico y social incrementan la pérdida del estado óptimo de salud, ya sea por las propias consecuencias de la crisis, los malos hábitos que predispone el estilo de vida o la elevación de los niveles de estrés que terminan por deteriorar el bienestar integral de una persona. **Resultados:** Por esta razón se hace necesario reforzar lo positivo, trabajar con los recursos que tenemos y capacitar a la población para minimizar el efecto negativo en la salud, siendo este un compromiso como profesionales de dicha área para preservar el talento humano que determinará el futuro y desarrollo de la nación. **Conclusión:** Es por esto que la educación como mecanismo para aplicar la promoción y participación ciudadana será la herramienta que motive en la población el desarrollo de estilos de vida saludable.

**Palabras Clave:** Promoción en salud, prevención, participación comunitaria, estilos de vida.

### INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud ha sido definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la

vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas (1).

Debe tenerse en cuenta que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se desarrollan en escenarios complejos de vida, con procesos multifactoriales muy sensibles a un contexto siempre heterogéneo y cambiante y donde la evidencia de efectividad respecto a resultados finales es a veces difícil de demostrar (2). Los problemas de salud globalmente más predominantes son el resultado de las conductas personales desfavorables y el medio ambiente que comprometen la salud; dentro de estos problemas se encuentran las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el cáncer y la diabetes, las cuales se pueden evitar mediante la adopción de acciones o conductas protectoras contra las enfermedades, tales como bajo consumo de sal, carbohidratos y aumento de la actividad física (1).

En este orden de ideas, se debe cuestionar ¿Qué papel desempeñan la prevención y la promoción en un contexto de crisis económica profunda? ¿Qué puede hacerse desde el sector sanitario? Para dar respuesta a estas preguntas es necesario situarse en el marco de los determinantes socioeconómicos de la salud. Por una parte, el propio sistema sanitario puede considerarse como uno de estos determinantes y las políticas que afectan a su accesibilidad van a tener un impacto en la salud y en la equidad. Por otra parte, el empeoramiento de las condiciones de vida de grandes sectores de la población, la alta tasa de desempleo y los desahucios tendrá un impacto importante en la salud y en sus determinantes más inmediatos (estilos de vida y exposición a riesgos). En este ámbito, resulta crucial prever y vigilar las consecuencias de la crisis en la salud y la equidad, así como poner en marcha políticas que puedan mitigarlas (3).

Un factor importante a considerar en tiempos de crisis es el estrés; el cual supone un hecho habitual en la vida de las personas, ya que, cualquiera, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento. Es difícil dar una única definición del término estrés, este hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta la persona vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de ansiedad porque requiere un sobreesfuerzo por parte de quien lo padece, dejándolo en riesgo de enfermar. Por esta razón ha de tenerse en cuenta que tanto el tipo de estímulo, como la respuesta que éste desencadena, serán diferentes

de unas personas a otras. Es importante reconocer los rasgos del comportamiento que predicen vulnerabilidad a sufrir estrés y aquellos otros que, sin embargo, indican resiliencia. A su vez, es fundamental la detección de las situaciones de vulnerabilidad, como las crisis psicosociales o las situaciones vitales estresantes y conflictos potencialmente generadores de problemas de salud mental (2).

Tomando en cuenta las características mencionadas anteriormente es evidente que Venezuela se ha convertido en un país con alta incidencia de estresores asociado a la crisis mundial, a una gran baja de los precios del petróleo en un país que depende casi en su totalidad del mismo, a ausencia de productividad, pérdida de talento humano, desabastecimiento, inflación, delincuencia, entre muchos otros, la nación y con ella su población sufre una de las peores crisis en su historia influyendo en el comportamiento de la sociedad, generando cada vez mayor desinterés o apatía del colectivo, la evolución y el desarrollo en sí.

Por lo que se hace relevante entender que la respuesta que el estrés provoca en nuestro organismo, afecta a muchos procesos fisiológicos importantes para el mantenimiento de la salud. Esto no tiene mucha importancia cuando sucede durante breves periodos de tiempo, pero puede tenerla cuando se repite con mucha frecuencia o se mantiene durante tiempo prolongado. Este tipo de respuesta afecta entre otros al sistema cardiovascular y al inmunológico. A su vez, el estrés influye sobre los estilos de vida, por un lado propicia conductas adictivas como el consumo de tabaco y alcohol, y por otro, hace más difícil entre las personas ya consumidoras el abandonar estos hábitos. En general, el estrés se asocia con peores estilos de vida, deficiencia en la práctica de ejercicio físico e incorrectos hábitos alimenticios. Haciéndose necesario la potenciación de ciertos rasgos tales como: la autoestima, el control, el afrontar diferentes situaciones, el apoyo social y la fortaleza personal (2).

Además para el desarrollo de estrategias sostenibles de estilos de vida saludables, la educación constituye el pilar imprescindible. La educación tiene una función esencial en el desarrollo continuo de la persona y de las sociedades, como una vía al servicio del desarrollo humano más armonioso, más genuino, para hacer retroceder los hábitos que conllevan a la adquisición de estilos de vida no saludables (4). Haciendo de la promoción de la salud un estado

deseado cuando se provee a la persona cuidado y educación (1).

Entendiendo así, que los vínculos entre salud física y mental son bidireccionales; una mala salud física incide negativamente en la salud mental, de la misma manera que una salud mental deficiente reduce la salud física de la persona. Destacando entonces que los determinantes de la salud mental incluyen no sólo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (2). Por esta razón; la promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Las conductas saludables se entienden como aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad (3).

Cabe destacar nuevamente que para la elaboración de un plan de acción, el pilar fundamental será siempre la educación, el conocimiento y la capacitación, porque brinda las herramientas para dar respuesta a cualquier escenario negativo que pueda afectar a las personas. De esta manera las estrategias para tener salud y prevenir la enfermedad, tan necesarias en una sociedad, se basa en cinco aspectos o características: el primero la efectividad y en su aplicación a lo largo de la vida. En este sentido, conseguir el máximo potencial de salud es un proceso que también está relacionado con las condiciones en las que se vive (2). En consecuencia, una política pública saludable es una intención continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes de orden biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y los relacionados con los servicios de atención en salud (1).

Por ese motivo el abordaje por entornos, que es la segunda característica de esta estrategia, es muy efectivo. El mismo conlleva no sólo cuidar los aspectos físicos que ponen en riesgo la salud, sino también los procesos internos que rigen la actividad en ese entorno donde las personas desarrollan su vida diaria para que genere salud, la proteja y posibilite la prevención de enfermedades (2). Potenciando estilos de vida saludables, al tomar en cuenta las variables más importantes como: la concepción de salud percibida

por una persona, el control percibido de salud, la explicación y la predicción del estado de salud (3).

El enfoque poblacional, que es la tercera característica, marca una enorme diferencia con las intervenciones selectivas (sólo aplicadas a grupos definidos como de riesgo) porque permite que se inicie un proceso de mejora de la salud dando la posibilidad a cada persona de avanzar en el mismo, independientemente de en qué nivel de riesgo o no riesgo se sitúe, siempre obteniendo mejor nivel de salud. Este ofrece además la oportunidad de dirigir intervenciones proporcionales a las diferentes necesidades (2). Resaltando que los factores externos o ambientales son considerados como aquellos aspectos relacionados con el entorno en el que se desarrolla la persona que hacen posible o no su autocuidado, sin embargo, no dependen de ella exclusivamente, como lo son: lo cultural, lo político, el medio ambiente, lo económico, lo familiar y lo social (1).

La cuarta característica es el abordaje de los problemas o factores que incluye la estrategia no sólo desde el enfoque de déficit (como el sedentarismo) sino también desde el enfoque positivo, es decir potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta, las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus activos en general. La quinta característica es el enfoque integral, donde se destaca más el componente físico. Sin embargo, están el componente mental de la salud, y el componente social. La consideración de estos tres aspectos permite conseguir una mayor efectividad, penetración y continuidad de las intervenciones propuestas. La integralidad también está referida a la consideración conjunta de los factores determinantes de la salud para la prevención de las enfermedades crónicas y la discapacidad (alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional, seguridad), ya que, éstos interactúan produciendo un efecto superior a la suma del efecto individual de cada uno de ellos y una actuación coherente, con mayor impacto (2).

Siguiendo esta percepción, la promoción de la salud además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el

desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud. Así mismo, las intervenciones en promoción de la salud son de carácter intersectorial, es decir, involucra a los sectores salud, educación, justicia, planeación, entre otros, en las que también se debe incluir la participación comunitaria como mecanismo válido y eficaz para su implementación (1).

Bajo estas premisas; la declaración de Alma Ata en su capítulo IV refiere que es un derecho y un deber de las personas participar individual o colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria, destacando la importancia de la participación comunitaria como mecanismo para garantizar la Atención Primaria en Salud (APS) basando su contribución en el mejoramiento de la situación sanitaria y en el estímulo de las medidas que favorecen el proceso evolutivo mediante la promoción y prevención, que garantice la participación plena al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.

En este sentido, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en su artículo 83 establece que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley. De igual forma en el artículo 84 se incorpora la participación de las comunidades organizadas y capacitadas en la gestión de asuntos públicos incluyendo la transferencia de servicios en materia de salud. Mediante la asociación de vecinos, organismos no gubernamentales, formulación de propuestas de inversión municipal y estatal (4).

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. En relación a esto, bienestar emocional se define como un estado en el que la persona puede desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad (2).

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, y en vista de que el proceso de participación comunitaria debe ser considerado como un proceso dinámico, que involucra a las sociedades de forma consciente y voluntaria para fortalecer el desarrollo colectivo y representar el verdadero desarrollo social. Es fundamental destacar

que este proceso de autogestión y movilización social se inicia a partir de la segunda guerra mundial debido a las condiciones de pobreza, desempleo y desigualdad social.

A lo largo de los años en Venezuela y el mundo se han implementado diferentes estrategias en la búsqueda del desarrollo social. Concibiendo la participación comunitaria como una actividad organizada por parte de un grupo de personas con el objeto de expresar necesidades y defender los intereses comunes e influir en los poderes públicos, cuyos factores asociados destacan: el conocimiento de la comunidad con respecto a la organización y conocimiento crítico de la historia comunitaria. Así mismo, se entiende a la participación comunitaria como la columna vertebral de todo modelo de acción representativo de salud. A través de la participación se operativizan los comités de salud y se activa el control social como expresión del poder popular. Estas acciones están presentes en cualquier discurso sobre los modelos de salud, no obstante, en la actualidad y por años, el discurso en salud no ha podido concretarse en la acción social.

Es a partir del I Plan de la Nación (1960-1964) cuando aparece la iniciativa de la participación en el país, articulada a lineamientos políticos, programas y proyectos de desarrollo de la comunidad y siendo más reciente el Plan Estratégico Social (2001-2007) donde se fortalece la participación social y garantiza el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa, otorgando poder al ciudadano en todos los espacios públicos de participación. Posteriormente en el periodo (2007-2013) se crea el plan Simón Bolívar para la democracia participativa como soberanía popular para la democracia protagónica; en la búsqueda de la participación de las comunidades en todas las áreas; como la educación, salud, vivienda, administración pública e institucional así como, en la producción.

También la Ley Orgánica de Régimen Municipal en sus artículos del 167 al 180 proveen la existencia de las asociaciones de vecinos como una estructura organizativa y participativa de la comunidad, así como instrumento para canalizar los intereses comunitarios entre la sociedad y autoridades municipales. En concordancia con lo establecido por la (OMS) donde se plantea como derecho y deber de la gente planificar, ejecutar y supervisar los programas de salud; es por ello que se instaura la Misión Barrio Adentro (MBA) centrado en la voluntad participativa y en la capacitación (4).

Lamentablemente, dichas medidas suenan maravilloso en teoría pero se han quedado en el papel, ya que, los mecanismos y herramientas existentes no se aplican o se hace de forma ineficiente por lo que no se cumple o hace cumplir; lo que se traduce en falta de participación e indiferencia, haciendo a un lado la contraloría social; combinado a la poca formación de la comunidad, lo que dificulta la integración en relación a dinámicas de salud; prevaleciendo así la apatía en este tipo de asociaciones. Como consecuencia es esencial acentuar la capacitación, como fortalecimiento de las aptitudes, a fin de transformar criterios presentes o incluir nuevos, creando conciencia y sentido de pertenencia (4).

Siguiendo estos lineamientos, la promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son: El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud; la ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo; y los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez (2).

Todo esto, aspectos vitales para combatir la crisis, prevenir enfermar y aplicar las conductas en conjunto con las acciones pertinentes, trabajando además con los recursos existentes que permitan resaltar los aspectos positivos que aunque sean pocos resultan indispensables para combatir los problemas de distinta índole, sean políticos, económicos, sociales, entre otros que enlazado a su propia condición individual, logre minimizar el deterioro de su salud bajo la menor magnitud que sea posible.

## ANÁLISIS

Así como las condiciones sociales, el estilo de vida en conjunto con diversos hábitos de distinta índole forman o generan impacto en los procesos salud-enfermedad; las crisis influyen directamente

en la modificación conductual de los individuos, lo que trae consigo una serie de cambios que alteraran la forma en que estos se desenvuelven.

La evolución del ser humano en el mundo actual ha adaptado estilos de vida que son cada vez menos favorables; donde el estrés se acompaña de un ritmo acelerado de vida, con un creciente avance tecnológico que ha disminuido las relaciones interpersonales, añadiendo un estado sedentario con una alimentación deficiente, amplio acceso a la información que relata diariamente un caos mundial como consecuencia de guerras, luchas de poder, violación de derechos humanos, discriminación, pobreza, calentamiento global por nombrar solo algunas; esto sin mencionar la crisis interna que se pueda estar viviendo en el país donde se reside en el ámbito social, político, económico acompañada de la condición propia que padezca cada individuo.

En este orden de ideas; se logra evidenciar lo amplio que pueden ser los agentes externos e internos que contribuyen en el desarrollo de una enfermedad; por lo que se hace necesario crear medidas que permitan enfrentar de la mejor forma posible el desequilibrio actual que vive el país para que su alcance sea el mínimo posible. De esta manera, el principal factor a atacar es el declive cultural y la desinformación; el conocimiento será la respuesta más efectiva; permitiendo así evaluar las principales carencias, reforzando las fortalezas para lograr disminuir el efecto negativo en la salud; primordialmente aceptando la crisis, brindando alternativas, integrando grupos de apoyo con problemáticas similares que trabajen en pro de las mismas soluciones, realizando actividades que conecten con el entorno pero de forma positiva.

El conocimiento es poder; y entre los principales objetivos de la promoción en salud están brindar las herramientas para que el individuo logre la autonomía de su propio ser, el compromiso de sembrar salud en sí mismo, producir las condiciones de vida que prevalezcan en su hogar y se intensifiquen con la comunidad dando paso a lo que se conoce como participación comunitaria y así lograr en apoyo con los profesionales de la salud e instituciones las alternativas que conllevan la mejor opción para solucionar la forma en que afecta la crisis; un ejemplo sería ante la escasez de medicina, implantar la medicina natural en conjunto con el

reforzamiento del sistema inmunológico que se puede lograr con una buena alimentación, hábitos adecuados de sueño, técnicas de psiconeuroinmunología. Por otro lado ante la escasez de alimentos aprovechar las temporadas de abundancia con productos locales que en Venezuela es casi todo el año y tratar de balancear los principales nutrientes que normalmente poseen los de origen natural.

Es esencial, además la búsqueda de actividades recreativas, educativas que produzcan distracción y conocimiento al mismo tiempo, ya que, son un recurso útil para lidiar con la adversidad. Por lo general, en crisis las personas saben lo que quieren pero no lo que necesitan realmente para impulsar la búsqueda de soluciones concretas que le den resultados óptimos a sus problemas; siendo indispensable conocer al individuo, al país y al ambiente aunado a una iniciativa propia de participación y al trabajo en conjunto porque un solo sector no tiene la fuerza suficiente para dar con la solución reforzando el desinterés como su peor enemigo.

De esta manera para poder implantar la participación comunitaria en una sociedad fragmentada y desinteresada del bien común; con sus actores cada día más desmotivados, estresados y apáticos es necesario un gran cambio; que lleve al conocimiento de las leyes para poder exigir su fiel cumplimiento a las instituciones y a sus representantes; incentivando a la sociedad a formar parte de algo tan importante como lo es preservar su propia salud en busca de mejorar la calidad de vida. Esto dará paso a una participación efectiva partiendo de la protesta propositiva que promueve la queja pero ofrece una posible salida de la misma dentro de la ley para lograr la acción que lleve a término un problema común como sociedad.

En este orden de ideas destaca otro aspecto importante; la educación que es esencial y debe ser impartida desde los primeros niveles facilitando los conocimientos que son la mejor defensa pero donde también se le enseñe al individuo a amarse a sí mismo, a autorespetarse, automotivarse, es decir, la autoestima en todas sus áreas; formando personas sanas, funcionales y productivas, capaces no solo de identificar problemas sino de unirse con sus semejantes para solucionarlos.

Es relevante mencionar que la participación comunitaria junto a

la promoción de salud son instrumentos imprescindibles y valiosos; pero deben estar dadas las condiciones principalmente humanas para que sea aplicable; en el caso de Venezuela es mucho el trabajo que debe hacerse pero es ineludible; por tanto, es indispensable atacar el desinterés y rehumanizar en defensa de la cultura y la salud; para preservar el talento humano porque sin una población sana el país terminaría devastado. La salud estará garantizada si se forma un equipo multidisciplinario que incluya además de los profesionales en el área, a la comunidad y los distintos entes que deban estar presente según sea el caso, por lo que el profesional de la salud en conjunto con las instituciones deben trabajar de forma descentralizada para la promoción, capacitación e instrucción con el objetivo de preservar la salud debido a la participación activa y protagónica de la sociedad.

## CONCLUSIÓN

Se debe distinguir la capacitación como objetivo que incremente las habilidades de promoción que emanen del propio individuo para que alcance su salud plena e integral; que le permita administrarse, potenciando conductas de participación y originando un nexo entre profesional y colectivo que funcione como canal de intercambio entre los protagonistas del proceso logrando impactar en el sentido común de la comunidad gracias a las experiencias y conocimientos compartidos; siendo clave la concientización que lleve a fortalecer las actitudes de promoción de salud y participación comunitaria. Venezuela cuenta con excelente talento humano que aun en las circunstancias actuales puede seguir hacia la meta del bienestar y desarrollo social de sus habitantes; porque ésta como muchas otras situaciones pasará, y mientras eso sucede hay que tratar de reducir el efecto negativo que la crisis gesta en la salud siendo esto primordial, para preservar el talento humano, inducir conductas que lleven a reinventarse, insistir, persistir y no desistir. Por lo que este análisis logra afianzar que aunque intervienen muchos entes y factores el control directo de la salud es propio y debe nacer de cada ser; lo que se logra al entender la fusión entre promoción de salud y participación comunitaria combinado con la educación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. 2010.
2. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. España. 2013.
3. Márquez S, Villegas R, Gosalbes V, Martínez F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPA. Sevilla, España. 2014.
4. Romero Y. La participación comunitaria en salud y su devenir en la historia venezolana. Departamento de Salud Odontológica Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. 2011.

## CONOCIMIENTO QUE POSEE UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICAS ACERCA DE LAS HERIDAS Y SUS CUIDADOS

**Mercedes Rincones, Blanca Salas**

**RESUMEN:** La información acerca de problemas en la salud de las personas y las situaciones que pueden acontecer en su vida, así como las complicaciones deben ser tratadas mediante la educación para la promoción de la salud y prevención de riesgo. Para lograrlo debe recurrirse a la orientación o programas que el personal de salud debe promocionar, por ejemplo, en los colegios. **Objetivo:** Determinar el nivel de información que poseen los estudiantes que integran un instituto educativo sobre los cuidados de las heridas. Se trata de una investigación cuantitativa de tipo descriptiva, de campo y no experimental. La población estuvo constituida por 75 estudiantes, y la muestra por 27% de la población, o sea 20 estudiantes. El instrumento fue un cuestionario con 03 opciones, aplicado luego de obtenido el consentimiento informado. **Resultados:** la edad promedio fue de 13 años, 65% pertenecían al género femenino, en cuanto al conocimiento sobre generalidades de la piel este fue deficiente en 35% y regular en 55% y se reconoció que el nivel de conocimiento en relación a las heridas y sus cuidados en 70% de los estudiantes de ciclo básico fue óptimo.

**Palabras Clave:** Comunidad estudiantil, información, heridas.

## INTRODUCCIÓN

La educación para la salud supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los que son saludables. En este sentido el proceso de educar se refiere a la socialización y desarrollo tendente a conseguir la capacitación del individuo para desenvolverse en su medio, facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales (1). Por tanto, cada persona debe conocer sobre las heridas porque son uno de los acontecimientos que más se repiten tanto en niños como en adultos. Además se presenta en un momento de emergencia en que casi siempre no se cuenta con el apoyo de un personal de salud que por lo menos oriente a la persona herida o a su familiar sobre la magnitud y sobre qué hacer en el momento.

Dada la importancia del tema a continuación se presenta un

documento con los antecedentes históricos de las heridas, definición de las heridas, tipos, cuidados de las heridas y los materiales médico-quirúrgicos para realizar las curas de las heridas. Para el desarrollo de este material se tiene previsto implementar el programa mediante exposiciones por parte del grupo de investigadores utilizando medios audiovisuales y material para práctica de cura. También permitir las preguntas de los participantes en el programa en relación a las dudas e inquietudes acerca del tema.

En este sentido, se visualizaba anteriormente como las instituciones escolares dentro de su organización, el docente de aula conformaba grupos de comisiones entre las cuales resaltaba la cruz roja, con el objetivo de brindar los primeros auxilios en casos de accidentes que ocasionaran lesiones o heridas dentro del recinto escolar durante las horas de receso; en ese tiempo no existían consultorios médicos, ni enfermeras asignadas para atender las emergencias; de este modo cuando ocurría un incidente este era atendido dentro de la misma aula de clases y dependiendo de la gravedad de la lesión; en caso de traumatismos graves se brindaban los primeros auxilios y luego era trasladado a un centro de salud.

Actualmente, el escenario que se muestra en las unidades educativas, es que los consultorios médicos han desplazado estas iniciativas antes descritas, en pro del beneficio de los estudiantes; por lo que se observa, que el médico o la enfermera van de 1 a 2 veces por semana, no permaneciendo en éste a la hora de algún suceso imprevisto; por otra parte hay muchas unidades educativas que no tienen esa figura en lo referente al médico y el personal de enfermería. A la situación antes descrita se le agrega el desconocimiento, constatado en estudiantes y maestros, sobre primeros auxilios, por tanto, el objetivo general de esta investigación persigue determinar la información que poseen los estudiantes que integran un instituto educativo sobre los cuidados de las heridas.

Para lograr el objetivo antes planteado se hace necesario recurrir a los teóricos de la promoción de la salud, principalmente porque su esencia viene de la enseñanza para prevenir las enfermedades, a través de estrategias para que en las comunidades se dé esta. Entre otros también destacar los conceptos relacionados con el estudio, la información en este contexto de la salud incluye todas las formas de mensajes transmitidos, incluso los enviados a lo largo de los sistemas

nerviosos de organismos vivos. La teoría de la información tiene gran importancia en la actualidad en muchos campos (2). Es decir, que esta teoría nos permite conocer los diferentes procesos por lo que la persona puede y debe pasar para tener una información que sea congruente, en el momento preciso y que le brinde beneficios para prevenir situaciones de riesgo a la salud y la vida.

En este sentido, la teoría sobre el proceso de aprendizaje, aporta una serie de etapas. A continuación se presenta algunas de ellas: La motivación (expectativas), es preciso que exista algún elemento de motivación (externa) o expectativa (interna) y la aprehensión (atención perceptiva selectiva) es la percepción selectiva de los elementos destacados de la situación (3). Todas ellas en contribución para lograr transmitir la información a cada de las personas que conforman la comunidad. En cuanto al rol educativo del personal de enfermería y de salud. Históricamente las enfermeras reconocen el valor de la instrucción. Se enseña a cada paciente como individuo, en consideración de las preocupaciones o necesidades de aprendizaje únicas (4). Es por ello que la enfermera se comporta como esa maestra que acompaña al niño en ese proceso de descubrimiento de cada acontecimiento que para el representara a futuro un aprendizaje significativo.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS HERIDAS

A pesar que el cuerpo esta extraordinariamente protegido contra los traumatismos por medio de la piel, (órgano más grande del cuerpo) y del tejido subcutáneo y adiposo, los traumatismos se producen de todos modos, de forma intencional y no intencional. Con frecuencia los traumatismos producen como resultado una herida corporal, es decir, una ruptura de la continuidad de la piel, de las mucosas, de los huesos o de algún órgano corporal, exponiendo así a las personas a procesos infecciosos por pérdida de la integridad de la piel (4).

Las heridas acompañan al hombre desde el inicio de su historia, y de acuerdo con el papiro de Smith, los datos más antiguos de la intervención del hombre en el curso de las heridas datan de aproximadamente 5,000 años a. C. Según este papiro, el Asu o sanador egipcio, aplicaba curaciones compuestas de grasa animal,

miel y fibras de algodón absorbente de exudado, Sin saberlo estaba aplicando una curación no adherente antibacteriana, osmótico enzimática y finalmente absorbente de exudado. Posteriormente en la edad media aparece por primera vez la figura del barbero que entre los cuidados que realizaba estaba la curación de las heridas con colocación de emplastos.

Ahora bien cabe la siguiente pregunta ¿Cómo debo limpiar una herida? La mejor manera de cuidar una cortada, raspadura o herida por pinchazo (como al enterrarse una puntilla) es con agua fría. Usted puede mantener la herida bajo el chorro de agua o llenar una tina con agua fría y rociar agua sobre la herida ayudándose con un recipiente. Use jabón y un paño suave para limpiar la piel alrededor de la herida. Trate de mantener el jabón fuera de la herida misma pues el jabón puede causar irritación. Use pinzas que hayan sido limpiadas con alcohol isopropílico para remover cualquier mugre que quede en la herida después de lavar.

A pesar de que pueda parecer que usted deba usar una solución de limpieza más fuerte (tal como agua oxigenada o un antiséptico) estos compuestos pueden irritar las heridas. Pregúntele a su médico de familia si usted siente que debe usar algo distinto al agua. Respecto al sangrado, puede hacerse la siguiente interrogante ¿El sangrado ayuda a limpiar las heridas? La mayoría de las cortadas pequeñas o raspaduras dejan de sangrar al poco tiempo. Las heridas en la cara, cabeza o boca algunas veces sangran mucho puesto que estas áreas son ricas en vasos sanguíneos (4). Para detener el sangrado, aplique presión firme pero suave sobre la cortada con un paño limpio, papel tisú o un pedazo de gasa. Si la sangre empapa la gasa o el trapo que está sosteniendo sobre la herida, no lo quite. Simplemente ponga más gasa u otro trapo sobre lo que ya tiene en ese lugar y aplique más presión.

Si su herida es en un brazo o en una pierna, levantarla sobre el corazón le ayudará a disminuir el sangrado. ¿Debo usar un vendaje? Dejar una herida al descubierto le ayuda a mantenerse seca y a sanar. Si la herida no está en un área que puede ensuciarse o frotarse contra la ropa usted no tiene que cubrirla (4). Si está en una área propensa a ensuciarse (tal como en la mano) o que puede irritarse por la ropa (tal como la rodilla) cúbrala con una banda adhesiva (una cura) o con una gasa estéril y cinta adhesiva. Cambie el vendaje cada

día para mantener la herida limpia y seca. Ciertas heridas, tales como raspaduras que cubren una área grande del cuerpo, deben mantenerse húmedas y limpias para ayudar a disminuir la formación de cicatriz y acelerar la sanación. Los vendajes que se usan con este propósito se llaman vendajes oclusivos o semioclusivos. Su médico de familia le dirá que tipo de vendaje conviene aplicar (4).

También puede preguntarse: ¿Debo usar un ungüento con antibiótico? Los ungüentos con antibióticos -como la bacitracina- ayudan a sanar evitando la infección y manteniendo la herida limpia y húmeda. Un vendaje hace casi lo mismo. Si usted tiene puntos de sutura, su médico le dirá que ungüento con antibiótico emplear. La mayoría de las cortadas y raspaduras menores sanarán bien sin ungüento con antibiótico, pero éste puede acelerar la sanación y disminuir las cicatrices (4), otra duda frecuente: ¿Qué debo hacer con respecto a las costras? Nada. Las costras son la manera en que el cuerpo se pone un vendaje a sí mismo. Se forman para proteger las heridas de la mugre. Es mejor dejarlas quietas y no tocarlas. Se caerán por sí mismas cuando llegue el momento adecuado. ¿Cuándo debo llamar a mi médico? Usted puede cerrar cortadas pequeñas por si solo con adhesivo o con tiras adhesivas especiales tales como "Steri-Strips" (4).

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo descriptivo, de campo y de corte transversal. La población la constituyeron todos los estudiantes del ciclo básico de un instituto educativo del municipio Valencia, un total de 75 estudiantes (100%). La muestra estuvo constituida por 20 estudiantes del ciclo básico que representaron el 27% de la población total. Los mismos reunieron los criterios de selección que se mencionan a continuación: Participar voluntariamente, estar estudiando y haber participado en la realización de la sesión educativa.

El instrumento para la recolección de datos está constituido sobre la base de la variable en estudio generalidades de la piel y las heridas, y sus cuidados. El cuestionario estuvo constituido por 03 partes: la primera recolectó información demográfica de los elementos muestrales: entre los cuales se encuentran: género y edad. La segunda parte del cuestionario contenía los reactivos

relacionados con el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de las generalidades de la piel, y la tercera parte del cuestionario recogía información sobre las heridas y sus cuidados. Por último es importante mencionar que los ítems del cuestionario estuvieron conformados por una serie de preguntas con respuestas basadas en 3 (tres) opciones múltiples de las cuales solo una opción era válida.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación después de la aplicación del instrumento de recolección de la información. En la tabla 1 se muestra que los estudiantes tenían entre 12 y 13 años de edad y pertenecían mayoritariamente al género femenino (65%).

**Tabla 1.** Caracterización de la muestra en estudio según edad y género.

Edad	f	%
12 – 13	18	90
14 – 15	02	10
Género	f	%
Femenino	13	65
Masculino	07	35

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 2.** Análisis del nivel de conocimiento que posee un grupo de estudiantes de educación básicas acerca de las heridas y sus cuidados referido al factor generalidades de la piel. Indicador: Definición y estructura de la piel.

Ítems	Generalidades de la piel	Correcto		Incorrecto	
		f	%	f	%
1	La piel es un órgano	17	85	03	15
2	La Dermis	09	45	11	55
3	La Epidermis	04	20	16	80
4	Las Uñas	19	95	01	5
5	Entre las funciones de la piel contra organismos	03	15	17	85

Fuente: Datos propios de la investigación.

En lo que respecta al indicador generalidades de la piel se evidencia que 85% de los estudiantes encuestados (20 casos) manifestaron correctamente sobre lo que es la piel (ítem 1). Con relación a la dermis (55%) y epidermis (80%) los estudiante mayoritariamente respondieron incorrectamente (ítem 2 y 3). Seguidamente se observa que con respecto a las uñas 19% contesto correctamente (ítem 4). Finalmente en cuanto a las funciones de la piel contra organismos 85% negaron tal afirmación (ítem 5) (tabla 2).

En relación al indicador: Las heridas y cuáles pueden ser las causas 85 y 95% (17 y 19 estudiantes) respectivamente reconocieron que es y que las puede causar (ítem 6 y 7); por otra parte 75% dieron respuestas correctas tanto en la clasificación como en lo que se requiere para hacer las curas (ítem 8 y 9). Se registró que los estudiantes respondieron correctamente en 65% (12 casos) a las interrogantes sobre como cubrir las heridas (ítem 12), en comparación con aquellos que respondieron de manera correcta (95%= 19 casos y 85%= 17 estudiantes). Esto fue al contestar como vendar las heridas y que hacer en el caso de un sangramiento activo (tabla 3).

**Tabla 3.** Análisis del nivel de conocimiento que posee un grupo de estudiantes de educación básicas acerca de las heridas y sus cuidados referido al factor heridas y sus cuidados. Indicador: Definición y cura de las heridas

Ítems	Heridas y sus cuidados	Correcto		Incorrecto	
		f	%	f	%
6	Las heridas son	17	85	03	15
7	Las heridas pueden ser causadas por	19	95	01	5
8	Las heridas se pueden clasificar en	15	75	05	25
9	Para curar la herida quirúrgica se debe tener	15	75	05	25
10	El lavado de las manos antes de la realización de la cura de herida es para:	19	95	01	5
11	La herida en principio se debe lavar con	19	95	01	5
12	La herida después de limpiarla se debe cubrir con	13	65	7	35
13	Los vendajes aplicados a las heridas sirven para	19	95	01	5
14	Cuando la herida está sangrando se debe	17	85	03	15

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 4.** Análisis del nivel de conocimiento que sobre las heridas posee un grupo de estudiantes de educación básicas referido al factor generalidades de la piel.

Nivel de Información	f	%
Deficiente	07	35
Regular	11	55
Óptimo	02	10
Total	20	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 5.** Análisis del nivel de conocimiento que posee un grupo de estudiantes de educación básicas acerca de las heridas y sus cuidados.

Nivel de Información	f	%
Deficiente	01	5
Regular	05	25
Óptimo	14	70
Total	20	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

Entre los estudiantes a los que le aplicó la prueba el nivel de conocimiento (información) este fue regular en 55% (11 casos), deficiente en 35% (7 casos) y óptimo en 10% (02casos).

Entre los estudiantes a los que se les aplicó la prueba sobre el nivel de conocimiento (información) esta arrojó resultado óptimo en 70% (14 casos) y regular en 25% (5 casos).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cuanto al factor Generalidades de la piel se obtuvo los siguientes datos que demuestra que los estudiantes encuestados tienen un nivel de conocimiento (información) regular (55%), deficiente en 35% y óptimo en apenas 10% (02casos). Estos resultados demuestran el desconocimiento que tienen los estudiantes sobre este órgano del cuerpo crucial como mecanismos de defensa contra las heridas, la infecciones y en la restauración del sitio de la lesión.

Con respecto al factor de las heridas y sus cuidados los resultados evidencian que el nivel de conocimiento (información) predominante fue el óptimo en 70%, seguido por el regular en 25%. Puede con estos hallazgos afirmarse que este grupo de estudiantes puede actuar eficientemente ante un herido. Finalmente se recomienda

fortalecer los roles de educador del personal de salud para el fomento, protección y conservación de la salud. Así mismo mantener en el tiempo las sesiones educativas en pro de la preparación de las comunidades para que puedan prever y afrontar con éxito las situaciones que pongan en peligro la vida de las personas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daniels H. Vygotsky y la pedagogía. Temas de Educación. Editorial Paidós. Madrid, España. 2003
2. Sánchez P. Modelos de Aprendizaje Aptos para Adultos Publicado en Setiembre 2008 Fecha de acceso 23-07-2011 Disponible en: <http://www.formador.org/doc/modelosaprendizaje.pdf>. 2008.
3. Pérez R. Conocimiento que tiene las enfermeras que laboran en el área de emergencia general de adultos sobre el programa educativo teórico practico. Trabajo de Grado presentado ante la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar el título de Magister en Enfermería Cuidado Integral Al Adulto Críticamente Enfermo. Valencia-Venezuela. 2007.
4. Brunner S. Enfermería Médico- Quirúrgica. Doce ediciones. Volumen I. Editorial McGraw-Hill interamericana. México. 2013.

## SALUD Y BIENESTAR DE PACIENTES PORTADORES DE VIH/SIDA

Sabrina Paredes, Jorge Pereira, Valeria Quintero, María Báez

**RESUMEN:** Esta investigación se basó en el paradigma interpretativo-fenomenológico. La Unidad Social estuvo formada por 3 personas con VIH/SIDA, dos personas heterosexuales y una homosexual. Para la recolección de la información realizada en el año 2016, se utilizó una guía de abordaje, que se clasificó en categorías orientadoras: experiencia de vivir con VIH/SIDA, calidad de vida (involucrando salud física y emocional), relación con el personal de salud, atención general y tratamiento dentro del programa nacional de salud. Para su análisis e interpretación, se utilizó la triangulación y contrastación teórica. A los sujetos se les explicaron los objetivos del estudio y se les garantizó su anonimato. Su objetivo principal fue comprender el impacto socio-psico-emocional del VIH/SIDA sobre la vida de las personas portadoras en el sector Valencia, estado Carabobo. Los hallazgos con base a sus vivencias fue que los sujetos en su mayoría presentaron ostracismo y rechazo por su familia cercana y conocidos. La recomendación dada es la difusión de información sobre VIH/SIDA para evitar y de ser posible, eliminar la discriminación y mejorar la calidad de vida del portador.

**Palabras Clave:** Calidad de vida, VIH/SIDA, discriminación, tratamiento.

### INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, han existido diferentes motivos por los cuales la vida del ser humano se ha visto expuesta a duras situaciones y a enfermedades que afectan de manera considerable y preocupante su salud. Sin embargo, ha logrado superar los obstáculos de forma admirable y ejemplar, consiguiendo en la mayoría de los casos un tratamiento que logre erradicar o mantener a raya las enfermedades.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad caracterizada por la ausencia de respuesta efectiva del sistema inmunitario, la cual es producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuyos primeros diagnósticos se efectuaron en la década de los años 80. El mecanismo de transmisión del VIH es muy parecido al de la Hepatitis B, produciéndose la infección tanto por la vía parenteral, como la sexual. La infección por

VIH es la primera de varias fases de la evolución de la enfermedad, y no es hasta el transcurso de varios años, en la mayoría de los casos, cuando se van manifestando las siguientes fases, con una serie de manifestaciones clínicas inequívocas (1).

Los colectivos más castigados han sido los usuarios de drogas por vía venosa y homosexuales, produciéndose un fenómeno en el que el portador pasa de ser víctima a ser culpable y además existe la posibilidad de seguir contagiando, tanto a personas con su misma inclinación sexual como a otras que no la siguen (2). Otros casos lamentables son los de las mujeres embarazadas con VIH/SIDA, donde también se ve afectado el bebé, pues de no seguirse los respectivos cuidados durante el embarazo, como también al momento del parto, el bebé corre un alto riesgo de contraer dicha infección. Es importante hacer saber a toda la comunidad que existen formas de conocer si está infectado o no con el VIH o si se tiene SIDA, para ello están unos sencillos exámenes de sangre, como lo es el ELISA (Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas), la IFA (Inmunofluorescencia), el Western Blot (3), la prueba de la subpoblación de linfocitos CD4, la prueba de carga viral y la prueba de resistencia viral (4).

En el transcurso del tiempo, gracias a las investigaciones realizadas, se encontraron diferentes formas de tratar el VIH, logrando así que esta patología afecte lo menos posible la calidad de vida del portador. Existen 5 clases de medicamentos que atacan directamente al virus en diferentes partes: inhibidores de la transcriptasa inversa, inhibidores de la proteasa, inhibidores de fusión, inhibidores de integrasa y la combinación de varios medicamentos (5).

Debido al número de personas que se ven afectadas y las dificultades por las cuales deben pasar, que involucra desde su tratamiento hasta la reacción de sus allegados ante su diagnóstico, se le añade el estigma que afecta gravemente su calidad de vida. Cuando este se instala, pasa a una nueva etapa llamada discriminación, que en este caso, por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, genera una reacción no deseada, especialmente en el personal de salud, derivando en esto en una mala praxis y en la violación de los derechos de los portadores (6).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos reitera

que el derecho humano básico es indispensable para que las personas vivan con dignidad y puedan desarrollar sus capacidades humanas, independientemente del estado de salud, origen étnico, nacionalidad, preferencia sexual, nivel socioeconómico o cualquier otra cualidad o rasgo de la personalidad (7). Sin embargo, debido a que el VIH/SIDA se le relacionan con temas actuales que son considerados todavía tabú, como son la homosexualidad y las diversas modificaciones corporales, como tatuajes y perforaciones, es casi inevitable que se generen ideas negativas tanto en el entorno que le rodea como en la mente del paciente, provocando incluso un declive muy desfavorecedor en su salud, por lo que se debe comprender el impacto socio-psico-emocional que tiene el VIH/SIDA sobre la vida de las personas padecientes y aparte identificar los aspectos de discriminación en el discurso de los sujetos portadores de VIH/SIDA, explorar las diferentes reacciones emocionales que tienen dichas actividades e interpretar el significado de cada una de ellas en cada individuo.

Es importante explorar las diferentes reacciones emocionales de cada individuo infectado con VIH/SIDA, debido a que todos tienen diferentes experiencias y puntos de vista con respecto a la transición de su padecimiento, desde el momento de su diagnóstico hasta la fecha. Al escuchar que un paciente, familiar o conocido está contagiado y se ha demostrado por múltiples pruebas que tiene VIH/SIDA, se debe tomar con cierta delicadeza ésta situación y buscar el apoyo necesario para que la persona afectada encuentre la solidaridad y el bienestar que está buscando.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se proyecta sobre la base del paradigma interpretativo-fenomenológico, entendiéndose por el mismo, comprensión de la realidad como método para acercarse a la verdad de los hechos (8). Su carácter fenomenológico se aplica, ya que, se persigue conocer los significados que los individuos dan a su experiencia. lo importante es aprender el proceso de interpretación por lo que las personas definen el mundo y actúa en consecuencia, como en el caso de la persona que vive con el VIH/SIDA. En un intento por conocer estas experiencias, este estudio se llevó a cabo en 3 personas con dicha

enfermedad. Los sujetos de la investigación fueron seleccionados de forma intencional y que desearan participar en el estudio. Todos vivían en el sector Valencia del estado Carabobo y todos eran portadores de VIH/SIDA. Quedando descritos de esta forma (tabla 1).

**Tabla 1.** Características de los sujetos que participaron en el estudio.

Sujeto	Sexo/Género	Edad	Preferencial sexual
1	Masculino	40	Heterosexual
2	Masculino	36	Homosexual
3	Femenino	27	Heterosexual

**Fuente:** Datos propios de la investigación.

Para la recolección de la información, se utilizó el diálogo y la observación, donde se reflejaron diversos aspectos constituidos como categorías orientadoras, tales como:

**Tabla 2.** Categorización de la información aportada por los sujetos.

Categorías orientadoras
Experiencia de vivir con VIH/SIDA
Calidad de vida, salud física y emocional
Relación del personal de salud
Atención general
Tratamiento dentro del programa nacional de salud

**Fuente:** Datos propios de la investigación.

Cada una de estas categorías estaba conformada por subcategorías generadoras. Para esta investigación era fundamental reconocer y profundizar con las categorías emergentes de la investigación. Las conversaciones fueron audiograbadas y transcritas; los nombres de los informantes no fueron solicitados para garantizar su anonimato, sólo la edad, y la preferencia sexual de los mismos. Se les explicó los objetivos del estudio y se garantizó la confiabilidad de los datos suministrados por los mismos. La interpretación de la información, fue realizada bajo la triangulación y contrastación teórica, entre la experiencia narrada por los entrevistados, el planteamiento teórico y la discusión de los investigadores. Es importante resaltar en este punto, que el lenguaje no verbal es un elemento primordial de análisis que fue tomado en consideración por los investigadores.

## DISCUSIÓN

En cuanto a lo hallado sobre la categoría “experiencia de vivir con VIH/SIDA”, puede destacarse que en todos los sujetos entrevistados, abarca una serie de conductas que incluso, se pueden considerar naturales debido al estrés que provoca dicha noticia. La infección provocada por el VIH no es de grupos de riesgo necesariamente, como se describía en los primeros años de la epidemia, sino que puede afectar a cualquier persona (9). Los portadores no pueden expresar libremente su situación. Muchas veces lo ocultan completamente o solo informan de ella a las personas más allegadas. A nivel psicológico esto supone un obstáculo y una importante fuente de trastornos mentales, ya que, en estos momentos la persona necesita expresar y ventilar emocionalmente para poder superar y asimilar el diagnóstico de su enfermedad. Por tanto, los problemas objeto de intervención en este caso abarcan los trastornos de ansiedad y/o estado de ánimo (10).

En la categoría sobre “calidad de vida, salud física y emocional” se destaca el vuelco que da la vida de cada uno de los sujetos entrevistados una vez que reciben la confirmación de su diagnóstico, porque deben adquirir nuevos hábitos que embarcan el tratamiento y su misma salud. Es en ése momento que se dan cuenta que no pueden pensar sólo en sí mismos, porque tienen seres queridos que dependen de ellos y además, sus parejas corren el riesgo de infectarse de no ser lo suficientemente cuidadosos. Se han encontrado distintas prioridades de salud en portadores, entre ellas: La necesidad de amar y ser amado, la capacidad de disfrutar una broma, de vivir libre de discriminación, de arreglos financieros, emocionales y espirituales en relación a la propia muerte, de tener suficiente dinero, y de disfrutar de cosas cotidianas. Estos hallazgos coinciden con 4 dominios que menciona la autora Tavera (10) en su trabajo de la satisfacción con la vida en portadores de VIH, es decir, los logros personales, autoexpresión, ambiente y relaciones interpersonales.

Si bien los factores que afectan el apego son múltiples, uno de gran importancia tiene que ver con las relaciones entre pacientes y personal médico (11). En la categoría que trata sobre la “relación con el personal de salud”, existe un diferencia entre los

entrevistados. Aunque es cierto que los tres han recibido rechazo, el más perjudicial para su salud física es el que viene de parte del personal de salud, pues al toparse con una situación así, optan por abandonar cualquier posibilidad de seguir con el tratamiento y esto debe evitarse a toda costa. Es común en este tipo de pacientes, que la mayoría de ellos reporte no tener una comunicación fluida con su médico tratante. Al principio el paciente respeta la jerarquía y la preparación de su médico. Sin embargo, al no existir una buena comunicación comienza a tener una reacción desfavorable al tratamiento y a cuestionar si realmente está recibiendo o no el tratamiento más indicado para su caso en particular. Por ejemplo, en algunos casos de personas que estaban en protocolos de investigación, se les sigue el tratamiento a pesar de la evidente aparición de efectos secundarios al medicamento, sin explicaciones, esto provoca el abandono al protocolo de investigación.

La deficiente comunicación entre los pacientes y el personal de salud atravesó todas las fases de la trayectoria de atención, y deriva de una relación paternalista, muy marcada en México, en la cual la autoridad del médico es indiscutible y el paciente no debe opinar. Esto también puede llevar al portador a otro camino y es el de buscar información por las redes. Es muy común que incluso manejen más información sobre tratamientos alternativos que sean menos agresivos para ellos, pero la aceptación o la negación ante esta nueva posibilidad, queda siempre en manos de su médico tratante (11).

Los sujetos entrevistados compartieron la opinión de sentir que aquel día en que fueron diagnosticados, fue una sentencia de muerte para ellos y especialmente para sus allegados. En la categoría "atención general", se habla incluso de personas que no manejan el conocimiento adecuado sobre su condición, al punto de tomar el camino fácil, que es apartarlos de su vida o tratarlos de una manera evidentemente despectiva. Por ende, estos portadores terminan siendo una presa fácil para aquellos oportunistas que ofrecen tratamientos o curas que no están avaladas y ponen en riesgo su vida, para evitar que su familia lidie con la carga de lo que significa ser VIH positivo (11).

La última categoría toca un tema importante que es el tratamiento dentro del Programa Nacional de Salud, en este sentido todos manifestaron de alguna forma u otra, efectos secundarios tan fuertes

e incómodos que en algún punto se han visto obligados a cambiar de tratamiento o a dejarlo por completo. Tomar la decisión de iniciar un tratamiento antirretroviral es un hecho trascendental en la vida de la persona con VIH. Esta decisión significa que ha resuelto ingerir los medicamentos antirretrovirales para toda su vida o hasta que aparezca la vacuna curativa del VIH, asume su responsabilidad y compromiso consigo mismo, acepta y asume responsablemente su condición de vivir con VIH y, por consiguiente, ha decidido continuar con sus metas y proyecto de vida (4).

## CONCLUSIÓN

Para cualquier persona ser diagnosticado con una enfermedad terminal es difícil, especialmente cuando no existe cura conocida o un tratamiento que erradique la raíz del problema. Evidentemente, esto genera una fuerte carga emocional en las personas que lo padecen y también en aquellos que están a su alrededor, pues no comprenden la grave situación del afectado y suelen abandonarlos cuando más lo necesitan.

El portador del VIH puede tolerar ciertos rechazos, pero su mayor debilidad será siempre cuando se trata del personal de salud, quien se supone debe brindarle calma, seguridad y en cierto modo, esperanza de una cura para su condición. No todos los portadores tienen la misma reacción a la infección o a su diagnóstico, porque algunos lo toman como un castigo, otros como una forma de abrir los ojos ante una nueva perspectiva de la vida o como una resignación ante lo inminente, que es la muerte.

En este tipo de pacientes juega un papel clave la moral y la ética médica. Lo justo y lo correcto sería que todo el personal que trabaja en el área de salud, desde el médico hasta el personal de mantenimiento, recibieran la educación necesaria que les permita tratar al paciente con o sin VIH, como ciudadanos de primera y jamás menospreciarlos a causa de una infección que se conoce que no se transmite por simple contacto físico, como es tocarlo, abrazarlo, rozarlo o darle un beso. Por otro lado, el médico juega un rol importante como confidente, por lo que debe mantener la confianza que el paciente deposita en él a toda costa. Otra forma de brindar apoyo a este tipo de pacientes es difundiendo información

que permitan a aquella población que no comprende muy bien de qué trata esta infección y así ayudando a que encuentren la aceptación y comprensión de la sociedad para ellos recuperar y mantener una buena calidad de vida.

## REFERENCIAS

1. De la Peña E, Gómez R, Garrido J, Herrero A, Sanz J. Conocimiento y actitud de los profesionales de Enfermería del Hospital de Mérida frente a las personas con VIH/SIDA. Metas de Enfermería. Disponible en: <http://eticayenfemeri.blogspot.com/2008/07/sida-y-biotica.html>. 2000.
2. León J. Aspectos psicosociales del paciente con SIDA y actitudes de los profesionales de los servicios de salud hacia esta enfermedad. En: Yubero S, Larrañaga E. (eds). SIDA: Una visión multidisciplinar. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000.
3. Carvajal M. Manual de prevención en VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/manual-prevencion-vih-sida-ets/manual-prevencion-vih-sida-ets2.shtml>. 2011.
4. Comegna M, Brito J, Bravo J, Blanco N, Rodríguez R, Gómez Y. Guía para el Uso de Medicamentos Antirretrovirales. Venezuela: Infectología. Hospital Vargas de Caracas. Disponible en: <http://accsi.org.ve/garv/accsi-garv.pdf>. 2011.
5. InfoSIDA. Medicinas para el VIH/SIDA. [sede WEB]. U.S. National Library of Medicine. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hivaidsmedicines.html>. 2015.
6. Igualdad de Trato y No Discriminación [base de datos en línea] España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm>. 2012.
7. Guadamarra E. Instrumentos contra la Discriminación [en línea] México. Disponible en: <http://discriminaciondiversum.blogspot.com/2012/09/instrumentos-contra-la.html>. 2012.
8. Morales J. Fenomenología y Hermenéutica como Epistemología de la Investigación. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512011000200002](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512011000200002). 2011.
9. Brito G, Iraizoz A. Enfoque bioético de los pacientes portadores del VIH, y de médicos y enfermeros de la atención secundaria sobre el VIH/SIDA. Trabajo de Especialidad en Medicina General y Cirugía. La Habana. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol27\\_02\\_11/mgi10211.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol27_02_11/mgi10211.htm). 2011.
10. Talavera M. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. Rev Peru epidemiol 2010;14. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14\\_n3/pdf/a02v14n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a02v14n3.pdf).
11. Martínez H. Impacto Psicológico en las personas que son VIH positivo por una vida sexual desordenada. Trabajo de Grado. Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán. Honduras 2014. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf5/impacto-psicologico-persona-vih-positivo/impacto-psicologico-persona-vih-ositivo.shtml>. 2014.

## LA MISOGINIA: UN ACERCAMIENTO HISTÓRICO DESDE LA CIENCIA

**Nancy Molina, Nidian Molina**

**RESUMEN:** En estas líneas se hace un acercamiento histórico que inicia con la etimología de la palabra patriarcado, pasando por los inicios del pensamiento patriarcal en el ejercicio de la ciencia, las persecuciones de la iglesia, y los imaginarios ejercidos sobre la mujer, los cuales, han costado la vida de millones en nuestro transitar histórico hasta la actualidad. Es una revisión histórica. El discurso científico sigue siendo androcéntrico y, como tal, limita su rango; ya que, al obligar a las mujeres a superar barreras de género, les impide concentrarse en el trabajo científico; a los hombres les limita su capacidad de crear desde lo colaborativo con las mujeres y; a la ciencia; porque, al apartar a la mujer, deja de lado todo un andamiaje de valores culturales necesarios para la creación científica. La universidad se constituye en un ente formador, legitimizador y reproductor de las ideas del sistema patriarcal; por tanto, no mantiene sintonía con los cambios que reclama la sociedad para asegurar la equidad, la no discriminación y la convivencia social y democrática. Tampoco garantiza la formación de recursos humanos capaces de dar respuesta coherente a las nuevas tendencias sociales; la incorporación de la perspectiva de género en las mallas curriculares de pregrado es una tarea pendiente en casi toda América Latina; el discurso pedagógico se caracteriza por ser sexista que invisibiliza la participación de mujeres académicas y en formación. Es importante, entonces, revisar desde lo interno, como Universidad de Carabobo, para hacer una revisión e incorporación de la perspectiva de género para llevar a nuestra Institución a un nuevo nivel, en la vanguardia de los grandes cambios que exige la sociedad.

**Palabras Clave:** Misoginia, ciencia, historia, discurso.

### INTRODUCCIÓN

El diccionario de la Real Academia Española, define el término Misoginia como “aversión u odio hacia las mujeres”; al buscar la palabra Aversión, se lee: “rechazo o repugnancia” y; por su parte, Odio significa: “antipatía hacia alguien cuyo mal se desea”. Esta definición tan poderosa; en cuanto a su carga semántica, puede explicar los siglos de abusos y de violencia a los cuales se ha sometido a la mujer (1).

Este acercamiento histórico pasa la mirada por los inicios del pensamiento patriarcal en el ejercicio de la ciencia, las

persecuciones de la iglesia, y los imaginarios ejercidos sobre la mujer, los cuales, han costado la vida de millones en nuestro transitar histórico hasta la actualidad. Por tanto, la investigación es tipo histórica.

## DISERTACIÓN

Dos mil años antes de Cristo, en Egipto y Mesopotamia, comienza la historia escrita de las ciencias. Hombres y mujeres trabajaron en conjunto para desarrollar la matemática, la medicina y la astronomía. Muchas mujeres se destacaron y, en algunas ramas de la medicina, como la ginecología, la práctica era exclusiva de las féminas. Contrariamente, en la Grecia Antigua, la situación para las mujeres cambia radicalmente. Las mujeres, los esclavos y los extranjeros no podían acceder a la política y a la cultura; pues estaban destinadas a los hombres. De esta manera, quedaron relegadas del campo científico. Esta forma de concebir el mundo, constituye las bases de nuestra civilización occidental, pues en ella se recoge y selecciona el conocimiento recabado por culturas pasadas (2).

En esta época, Platón describe el útero como un animal poseído del deseo de hacer niños, el cual viaja por el cuerpo de la mujer y deja enfermedades y destrucción a su paso. Para Aristóteles la leche materna estaba relacionada con la menstruación, afirmaba que era sangre mezclada que el varón segrega como semen; de igual forma, las hembras, por naturaleza son débiles y frías, son un defecto de la naturaleza. Por su parte, Hipócrates desarrolla un sinnúmero de técnicas y procedimientos que lega a la posteridad a través del Corpus Hippocraticum; el cual es una colección de unas setenta obras médicas escritas en griego. Contiene libros de texto, lecciones, investigaciones, notas y ensayos filosóficos sobre diversos temas médicos, que no siguen ningún orden concreto. En ellos, se define a la mujer por la matriz, por tanto, su alma corresponde al mundo de lo bajo, en el útero se centran todos los males y son proclives a los trastornos mentales (3).

Durante el Impero Romano, la situación no fue muy diferente para las mujeres. A pesar de que podían aprender a leer y escribir, no tenían acceso a todos los derechos de los que disfrutaban los hombres. Las matronas de familias patricias participaban en salones literarios y en

foros públicos y, pudieron destacarse en la práctica de la medicina, ya que, sabían practicar abortos y actuaban como enfermeras, cultivaban hierbas medicinales y su uso lo transmitían de una a otra. En esta época se destaca la obra de Galeno quien afirmaba que la mujer es un ser imperfecto pasivo e inferior en todos los planos (2).

Con la caída del Imperio de Occidente y el ascenso del cristianismo, llega el Oscurantismo Religioso o Edad Media. La iglesia se erige como máxima autoridad. La filosofía medieval centra su interés en Dios. Su tema central será la divinidad, todo lo demás, queda subordinado. La característica principal de esta época es el feudalismo. El papa y los reyes se convierten en dueños de inmensas hectáreas de tierras. El catolicismo dominó la ideología, la enseñanza y el trabajo, pues todo se encontraba en manos del clero al servicio de la religión. Durante este período, la única vía de acceso de las mujeres a la educación eran los monasterios, a los cuales asistían las hijas de los señores feudales hasta que, en el siglo XI fueron clausurados por orden Papal. Por el contrario; las universidades siempre estuvieron vedadas a las mujeres hasta bien entrado el siglo XIX o, incluso, el XX.

Las mujeres sabias, herederas del conocimiento de otras mujeres, conocían la acción y el uso de remedios gracias a siglos de experimentación. Muchos preparados curativos de la época se siguen utilizando en la farmacología actual. Hacían uso de digestivos, analgésicos y tranquilizantes, preparados para acelerar contracciones y prevenir hemorragias, antiespasmódico para inhibir las contracciones, conocían sobre huesos y músculos del cuerpo; entre otros. Sus métodos y resultados se basaban en lo que percibían por los sentidos y en la experimentación, buscaban la relación causa-efecto; no se postraban ante la fe y la doctrina, sino que buscaban formas de actuar ante la enfermedad, los embarazos y los partos. Eran ellas las que hacían ciencia; mientras que, la Iglesia y los hombres rechazaban el empirismo, el mundo material y los sentidos; puesto que, para ellos, el mundo era una creación divina que se renueva a cada momento.

Al implantarse la medicina como profesión, era necesaria la formación académica; por tanto, se hizo muy sencillo ilegalizar la actuación de las mujeres sanadoras; puesto que, su acceso a las universidades estaba vetado. Así, al existir solo unos

pocos médicos graduados y un gran número de sanadoras sin título, esta norma resultaba poco práctica. Sin embargo; podía aplicarse de forma selectiva: las primeras acusadas fueron las mujeres instruidas que competían con los universitarios por la misma clientela. Se las sancionaba por atreverse a curar a un enfermo, siendo mujer, no por su competencia. A finales del siglo XIV los médicos logran el monopolio absoluto sobre la práctica de la medicina entre las clases dominantes, con excepción de la obstetricia, que continuaría en manos de las parteras por unos tres siglos más. Esto trae consigo el intento de erradicación de las sanadoras, ahora conocidas como brujas. Los médicos egresados de las universidades nunca tocaban un cadáver (tarea degradante); pero sí leyeron a Platón, Aristóteles y Galeno, y conocían de teología cristiana. Sus prácticas se basaban en la astrología, en supersticiones y en oraciones.

Durante este período se ubica la Santa Inquisición formada por instituciones dedicadas a suprimir la herejía en el seno de la Iglesia. Para lograrlo se realizó una alianza entre ésta, el Estado y el gremio médico. Dedicada a la cacería de brujas, la cual duró cuatro siglos, fue una campaña de terror dirigida por la clase dominante contra la población femenina campesina. Llamadas brujas, estas mujeres representaban una amenaza religiosa, política y sexual para la iglesia (católica y protestante) y para el Estado. Este sangriento pasaje de la historia siguió un protocolo controlado y resguardado por la ley; a través de la organización de campañas financiadas y ejecutadas por el Estado y la Iglesia. Entre finales del siglo XV y principios del XVI, se registran millares de mujeres ejecutadas (quemadas vivas en la hoguera) en Europa. Los inquisidores, durante siglos, usaron la guía *Maleficarum Malleus* (Martillo de Brujas), escrito por los reverendos Kramer y Sprenger en 1484; la cual contenía una amplia sección dedicada a procedimientos judiciales e instrucciones sobre el uso de la tortura para lograr confesiones y nuevas acusaciones (4).

A las brujas se les acusaba, principalmente, de tres delitos. En primer lugar, de crímenes sexuales contra los hombres. La Misoginia se convierte en un principio. La Iglesia declara que cuando la mujer piensa sola tiene pensamientos diabólicos. Se las acusa de poseer una sexualidad femenina y su carrera daba inicio con un contacto sexual con el demonio; ya que, éste, casi siempre, actúa a

través de la hembra, tal y como ocurrió en el paraíso; y de ofrecer anticonceptivos y efectuar abortos. En segundo lugar; se les acusaba por estar organizadas en una secta secreta muy amplia. En efecto; las “brujas” se reunían en pequeños grupos, los cuales convocaban multitudes y, en ellos, intercambiaban conocimiento sobre hierbas medicinales, noticias, mejoraba las relaciones entre aldeas a través de la solidaridad entre los campesinos y atraían a los descontentos por las políticas de la época. Por último; se las acusaba de tener poderes mágicos sobre la salud (convocaban el mal y sanaban). La Iglesia, ante la miseria de los pobres, aplicaba el dogma según el cual todo lo que pasa en el mundo físico es pasajero y banal; por tanto, se debía aguantar sufrimiento para poder acceder al Reino de los Cielos. Esto no era igual para la clase dominante; ya que, a ellos sí se les permitía la atención de médicos varones que, en ocasiones, eran sacerdotes. Esto traía consigo que, las brujas sanadoras fuesen, a menudo, las únicas que les prestaban asistencia médica a los que vivían en la miseria. La persecución de ellas era vista como una lucha contra la magia, no contra la medicina, porque, la sanación era vista como un hecho maligno; puesto que, la realizaban mujeres y Dios nunca actuaría por medio de ellas, sino por los hombres (curas y médicos) (4).

Estos acontecimientos sirvieron para legitimar a los médicos profesionales y les dio una excusa para esconder sus fracasos, al culpar de hechizo todo lo que no podían curar. La dicotomía mujer (superstición) y varón (medicina) se consagra. Por un lado; la mujer perteneciente al mundo de las tinieblas, de la magia, del maligno; por el otro; el hombre situado en un plano moral, intelectual, del lado de la Ley y de lo Divino. Este estigma marcó a las sanadoras para siempre.

Con la llegada de la Modernidad, en Europa, la ciencia masculina se desarrolla en las Academias Científicas. La ciencia deja de ser una ocupación ociosa para convertirse en profesión de la cual, las mujeres estaban excluidas de forma expresa. Entre los siglos XVII y XVIII, los médicos invadieron el último resquicio de su actividad: la obstetricia. Con la inclusión del fórceps en la práctica obstétrica, legalmente clasificado como instrumento quirúrgico, las mujeres quedan relegadas, ya que, por orden jurídica, tenían prohibida esta actividad.

En esta época se erige la razón como la episteme principal. Claro está, el dominio de la razón se mantiene en el patriarcado; puesto que, las mujeres no podían educarse. Se impone el: “pienso; luego, existo” de Descartes; por tanto, se explica la realidad a través de la razón. El pensamiento será el que le dé sentido y orden a las cosas; en este orden de ideas, para hablar del mundo, de la sociedad e, incluso, de Dios, habrá que hacerlo desde la racionalidad del patriarcado, quien será la garante de la realidad y el criterio de verdad. Se impone el método científico para que el hombre moderno lo aplique en todos los campos del pensar y el hacer. La mujer se convierte, entonces, en objeto de estudio de las ciencias. Linneo publica su clasificación de los animales, en la que destaca la clase de los mamíferos (mammalia), los que tienen mamas. En ella ubica a las mujeres (hembras), dejándolas a la par de otros animales; mientras que, el hombre es ubicado en la categoría homo sapiens o el ser pensante. La pareja humana estaría conformada, entonces, por un ser pensante y un mamífero. Rousseau, afirma que la naturaleza dicta el orden social. De esta forma, se legitima la división sexual del trabajo, lo natural para las hembras (humanas o no) es amamantar y criar, reforzando, entonces, el lugar social de las mujeres en la cultura (5).

Mientras esto ocurría en Europa, en América, el proceso fue más lento. Muy pocos profesionales médicos emigraron al Nuevo Mundo; por tanto, esta práctica seguía abierta a quienes demostraban la capacidad de curar, independientemente, de su sexo o raza. Poco a poco esto también fue cambiando. Al incrementarse el número de profesionales se legaliza la práctica y todo aquel que no sea universitario o médico regular queda fuera del sistema. En Estados Unidos esto provocó una gran indignación la cual trajo consigo un movimiento popular radical que casi logra acabar con el elitismo médico; ya que, los sanadores gozaban de la confianza del pueblo.

Entre 1840 y 1880, surge el Movimiento Popular para la Salud (Popular Health Movement) a la par de un movimiento feminista organizado impulsor de reivindicaciones civiles. Representó un ataque radical contra la medicina elitista y una reafirmación de la medicina tradicional. Surgen las Sociedades Fisiológicas Femeninas, las cuales facilitaban, a las mujeres, conocimientos básicos de

anatomía e higiene personal, abogaban por la necesidad de bañarse frecuentemente, el uso de ropa más holgada, una dieta integral y el control de la natalidad. Denunciaron a las universidades como lugares en los que se aprende más a identificarse con las clases pudientes que el amor al trabajo por la salud. El movimiento feminista centró su atención a la salud de la mujer y a sus posibilidades de acceso a la educación médica; mientras que, el sanitario se ocupó de sus derechos generales (4).

Este movimiento, en su momento de máximo esplendor, logró que los médicos profesionales se replegaran. Sin embargo; cuando pierde energía, vuelven a la ofensiva y, en 1845, fundan la American Medical Association o Asociación Americana de Medicina y van reconstruyendo, desde las bases, las sociedades médicas. A finales de siglo, comienza la ofensiva contra los médicos no titulados. Se ataca a las mujeres porque apoyaban los grupos académicos irregulares y se ataca a estos grupos por aceptar mujeres. La misoginia hacen su aparición con mayor fuerza que en la Europa de la época; ya que; la cantidad de mujeres que aspiraban una carrera médica era mayor, los movimientos feministas eran más fuertes y el gremio médico no se encontraba establecido. Las pocas mujeres que lograron ingresar en una escuela de medicina se vieron obligadas a superar un continuo de obstáculos sexistas, los cuales iban desde comentarios mordaces y soeces tanto de profesores como de estudiantes, pasando por la negativa de instruir las en anatomía, hasta la lectura de textos y aseveraciones en las cuales se daba por sentado que las mujeres tiene una cabeza muy pequeña para el intelecto o que la actividad intelectual dañaba sus órganos reproductivos. La persecución no quedaba allí. Una vez graduadas, los hospitales no las contrataban, se les impedía trabajar como internas; si lograban abrir una consulta, nadie le mandaba pacientes y, no eran admitidas en las asociaciones médicas.

El siglo XIX permitirá la institucionalización de la ciencia; puesto que, para la industria y la guerra se vuelve imprescindible. Dos acontecimientos afectarán a las mujeres en este período: la privatización de la vida familiar y la profesionalización de la ciencia. Las mujeres que deseaban una carrera científica podían elegir entre certificarse en las universidades que ya comienzan a admitirlas o, participar, desde el ámbito familiar, como asistentes invisibles de los

esposos, padres o hermanos dedicados a ello.

El poder fue cerrando, legalmente, los espacios. El último lugar, igual que en la Edad Media, que quedaba en manos de las mujeres, era la obstetricia. Entonces, los obstetras, en nombre de la ciencia, comienzan un ataque contra las parteras acusándolas de sucias, ignorantes e incompetentes. Bajo la presión de los médicos se aprobaron leyes en las que la atención obstétrica quedaba a su cargo. Esto dejó sin atención a las mujeres pobres y a las obreras; porque, los médicos no estaban interesados en mejorar los tratamientos. En realidad, solo significó una reducción de la competencia y la pérdida de la última posición de independencia. Sólo una posibilidad quedó abierta a las mujeres en este campo: la enfermería. Estos puestos no fueron muy apreciados por las trabajadoras; pero lo buscaron las reformadoras para cambiar la imagen y hacerlo aceptable. Así, surge la enfermera ideal, la cual trasladaba las funciones del hogar al hospital. De esta forma, la obediencia y la virtud con respecto al médico; el devoto altruismo de una madre con respecto al paciente y, la disciplina firme; pero gentil con el personal, fueron sus principales características. De esta forma; las actividades de este dúo sanitario se complementan y, la sociedad, al definir como femenino el ámbito de la enfermera, yuxtapone como masculino el del médico. En consecuencia; si la enfermera es la mujer ideal, el médico sería el hombre ideal.

La llegada del siglo XX va a permitir grandes cambios en cuanto a la situación de las mujeres científicas; porque, se va a ir logrando igualdad de derecho con respecto a los hombres. A pesar de esto; ya entrado el siglo XXI, se mantienen mecanismos y actitudes discriminatorias.

## CONCLUSIONES

El discurso científico sigue siendo androcéntrico y, como tal, limita su rango; pues al obligar a las mujeres a superar barreras de género, les impide concentrarse en el trabajo científico; a los hombres les limita su capacidad de crear desde lo colaborativo con las mujeres y; a la ciencia; porque, al apartar a la mujer, deja de lado todo un andamiaje de valores culturales necesarios para la creación científica. Cuando se habla de un discurso científico

androcéntrico nos referimos a ese discurso médico hegemónico que “nace, crece y se perpetúa nutrido por la episteme patriarcal”. El patriarcado es el orden del poder, la forma de dominio de los hombres, basado en la supremacía de lo masculino; por tanto, es un orden de dominio de los hombres sobre las mujeres que trae consigo un mundo asimétrico, enajenado, desigual, de carácter androcéntrico, homófono y misógino (6, 7).

La universidad, desde su concepción, se constituye en un ente formador, legitimizador y reproductor de las ideas del sistema patriarcal; por tanto, no mantiene sintonía con los cambios que reclama la sociedad para asegurar la equidad, la no discriminación y la convivencia social y democrática. De esta forma, tampoco garantiza la formación de recursos humanos capaces de dar respuesta coherente a las nuevas tendencias sociales, aún cuando, existe una preeminencia de estudiantes mujeres en las carreras del área de la salud. Incomprensiblemente, la incorporación de la perspectiva de género en las mallas curriculares de pregrado es una tarea pendiente en casi toda América Latina. En el discurso pedagógico se mantiene un lenguaje sexista que invisibiliza la participación de mujeres académicas y en formación. Es importante, entonces, revisar desde lo interno, como Universidad de Carabobo, para hacer una revisión e incorporación de la perspectiva de género para llevar a nuestra Institución a un nuevo nivel, en la vanguardia de los grandes cambios que exige nuestra sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Diccionario. Disponible en: <http://www.rae.es/ayuda/diccionario-de-la-lengua-espanola>. 2014.
2. Van den Eynde A. Género y ciencia ¿términos contradictorios? Un análisis sobre la contribución de las mujeres al desarrollo científico. Iberoam Educ. 1994 ;(6). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1019461>.
3. Delgado A. Apuntes sobre el origen de la misoginia. Estudios Culturales. 2011; 4(8):235-248.
4. Ehrenreich B, English D. Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Olmuhé. 2006.

5. Maffia D. el sexo oculto de la ciencia (historia de la ciencia y política sexual). Ciencia y género. 2001.
6. Camacaro M. La construcción discursiva médico – obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. Ensayo y Error 2008; 17(35):95-115.
7. Lagarde M. la regulación social de género: el género como filtro de poder. Antología de la Sexualidad 1994; 1:389-425.

## REFLEXIONES SOBRE LA FE EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: UNA MIRADA SOCIO -ANTROPOLÓGICA

**Martha Díaz**

**RESUMEN:** En estas líneas se hace un acercamiento histórico que inicia con la vida y la muerte son pulsiones presentes en constante tensión en el ser humano. Entre estos dos polos surge una posibilidad: La fe, que asume la vida y también la muerte, la salud, la enfermedad con sus diferentes dimensiones: física, mental, espiritual y social; también asume los procesos de sanación facilitándolos, mediándolos, negociándolos con el propio ser y con su mundo. Esta pulsión, llamada fe, ha acompañado al hombre incluso antes de poseer su instrumento más sofisticado para definir y comprender: el lenguaje y el pensamiento. El hombre aun no sabía Qué o Quién era y ya estaba negociando con la vida para conjurar lo del aquí o “más acá” y también lo del “más allá”. Para este recorrido se asumirá la mirada de la complejidad, y como formato del recorrido se recurrirá a la antropología estructural de Levis Straus, la cual aplica el método estructural a los hechos de la cultura, y la antropología de la medicina, en su área de salud y enfermedad dentro de la cultura popular, para explorar el camino de todos los que practican el arte o la ciencia de sanar, sin excepciones, y de todos aquellos quienes deciden ser sanados.

**Palabras Clave:** Proceso salud-enfermedad, sanación, complejidad.

### INTRODUCCIÓN

Vivir, para el Ser Humano es definitivamente algo distinto a solo estar biológicamente funcional. Puede estarse biológicamente vivos y sin embargo haber muerto psíquica, social o espiritualmente. Tempranamente el hombre descubre que “es”, “que está”, también descubre que su vida es finita que puede perecer que muchas son las amenazas para su vida recién concientizada. Siente la pulsión de vida y de muerte en tensión constante: se hace consciente. Junto a este descubrir la vida y también la muerte, asocia al dolor, al malestar a la dolencia con la cercanía de un fin, fin que no entiende, que no acepta. El planteamiento es entonces un arreglo con el proceso vida-salud-enfermedad, allí se evidencia una pulsión que lo amarra a la posibilidad de vivir aquí y más allá, que vibra en el alma, una conexión con una fuerza dentro de sí mismo, que resuena adentro y afuera, que invita a tener Fe.

Se inscribe entonces esta pulsión en la estructura cultural de lo mágico-místico-religioso. Así fue dogmatizada, ritualizada e intelectualizada, sobre todo encajonada en el ámbito de lo que durante mucho tiempo fue un gran poder: las religiones. Hoy día la presencia de la fe en todos y cada uno de los grupos humanos es estudiada por diferentes miradas, desde las más escépticas para argumentar su condición de superchería, hasta los que la explican cómo producción cultural-social. La autora, sin embargo, pretende un recorrido, un encuentro con una visión que no necesita negar a ninguna de las anteriores, que las integra, pero no las reconoce suficientes para explicar cómo esta pulsión interviene en la posibilidad de vivir, de sanar el cuerpo y el alma y hasta de ir tranquilo hacia el encuentro con ese no “sé qué” que se ha convenido en llamar muerte. Tengo fe, la vivo cada día de mi vida, también en este andar está presente mi búsqueda, llamar lo humano por su nombre, sin miedo, con profunda humildad para reconocer que no se ha de invalidar lo conocido para seguir conociendo al ser.

## LA FE COMO FENÓMENO HUMANO

Ser consciente de sí mismo es el inicio de la historia del Homo sapiens. Es también el inicio de la historia de la sociedad. Al reconocerse a sí mismo el hombre descubre al otro, descubre entonces, la experiencia social. Es así como, más allá del instinto, a través del proceso de socialización, descubre el poder del grupo por medio del cual éste logra enfrentar las amenazas que le suponen la existencia y sobrevivencia en este planeta.

Desde esta perspectiva, todo ser humano a través de su grupo social busca y encuentra respuestas a cada una de sus necesidades, primeramente, biológicas, luego emocionales y sociales. Junto a este grupo al ver morir a sus semejantes tiene conciencia de la muerte y también de la enfermedad, ante la recién llegada conciencia surge la necesidad de controlar estas amenazas, para lo cual. Homo sapiens desarrolla una explicación desde la que pretende exorcizar y afectar aquello que es más grande que su capacidad de comprensión y de respuesta.

Para explicarse estos fenómenos el hombre desarrolla la concepción de un mundo inmaterial, el mundo de los espíritus que reinan y

tienen poder sobre la vida, la muerte, la enfermedad, la felicidad y la existencia misma. Se genera de esta manera toda una concepción mágico-religiosa enmarcada en lo socio-cultural donde se le concede a un individuo, el reconocimiento y los poderes del otro mundo en la tierra, llámese este: Chamán, brujo, curandero o sacerdote. Es así como el hombre decide creer, aun sin evidencia alguna, en aquello que no puede ver, palpar o comprobar: Decide tener fe.

De esta manera el hombre se apodera de un instrumento que lo ayuda a enfrentarse a la vida y en ella a la enfermedad y a la muerte, que le concede alivio a su gran angustia existencial. La vida se convierte en un reto constante, mil veces irá el hombre a enfrentar los desafíos que ésta le ofrece, armado solo con la espada de la fe. No tendrá otra arma y con ésta cree tener de su lado, la fuerza que todo mal conjura, el mal del cuerpo, el mal del alma, el mal del otro y de lo otro. Desde esta perspectiva la fe como fenómeno ha logrado vencer el escepticismo más puro de los defensores de la ciencia, quienes se han abocado a estudiarla desde las ciencias sociales e incluso desde la respuesta biológica (1).

## UNA MIRADA SOCIOANTROPOLÓGICA

### Antropología estructural

Para la antropología estructural de Lévi-Strauss (2), el pensamiento científico del neolítico y la ciencia moderna son igualmente válidas y coexisten. La ciencia moderna no está interesada solamente en la comprensión de las cualidades primarias de las cosas, sino también de las secundarias. Por más que avancen los conocimientos de la biología los seres humanos nunca dejarán de preguntarse por el sentido de la vida. De la misma manera, no debe verse el pensamiento mítico como una mera actividad rutinaria que consiste en combinar acontecimientos y experiencias pasadas, sino como un ejercicio liberador y de protesta contra la falta de sentido y entendimiento que afrontan los seres humanos en su vida. Desde esta perspectiva establece la relación de fe-confianza que se entabla como agente de salud investida de un poder y que le confiere a la fe la eficacia.

En el campo asistencial se puede apreciar los diferentes sistemas que ofrecen salud: Médicos alópatas y homeópatas, sanadores, curanderos, videntes, adivinos y terapeutas de diferentes tendencias,

ofertan sus servicios a los individuos que sufren por alguna de las variadas situaciones. Ellas testimonian bien, por un lado de las limitaciones de la medicina científica como único camino de salud y, por otro, del estado de libre mercado en la oferta.

En todos estos se da una relación con el especialista que es eficaz porque se vive siempre en un clima de fe-confianza y esto habría que afirmarlo en cualquier proceso de eficacia, tanto empírica como simbólica. Lévi-Strauss (2) señaló, ya que (a propósito del sanador mágico), se puede explicar esta eficacia por el clima de fe que se da y que se manifiesta de tres maneras que deben darse simultáneamente: Creencia del brujo en la eficacia de sus prácticas, creencia del enfermo o de la víctima en que puede ser curado por el chamán, y consenso social, creencia, opinión e incluso exigencia colectiva de que es posible. Lévi-Strauss (2) remite finalmente la causa de lo cultural a lo natural, pero se trata de una naturaleza socializada y simbolizada, esa unidad compleja que es el hombre que asegura la estructura universal: un hecho social total.

### **La Antropología de la Medicina**

Tanto la salud y como la enfermedad se instauran como el resultado de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras colectivas y al mismo tiempo individual (3). Por consiguiente, el estado de salud, enfermedad y muerte, están condicionados, de una u otra forma, por la dinámica de las interrelaciones de carácter social, cultural y religioso; que se materializan en cada uno de los contextos sociales.

Desde esta perspectiva para la antropología de la medicina como especialización de la antropología social y cultural, dentro de las ciencias sociales, el investigar la fe en el contexto salud-enfermedad constituye un interesante objeto de estudio dentro del ámbito de las ciencias sociales, dado que su análisis implica ir más allá de la reflexión, que conduce hacia la interpretación y comprensión de dicho fenómeno humano, que se manifiesta en las representaciones que construyen sobre la conceptualización de la fe, así como lo que significa para ellos en su accionar sobre su estado de salud y de enfermedad; esto refleja los valores individuales y colectivos asignados a tales representaciones.

Debido a la exigencia científica de la medicina antropológica, ésta

se convierte en un reto para el médico, en la fe que éste pone en su ciencia así como su eficiencia frente al paciente. La investigación en el área de la antropología de la medicina aborda el estudio de los diferentes sistemas curativos, no solo de los sistemas médicos de las sociedades primitivas o tradicionales, o la Folk-medicina del mundo desarrollado, sino de la medicina científico occidental. De allí que fundamentalmente le dedica sus esfuerzos a las representaciones y prácticas relativas a los procesos de salud y enfermedad dentro del ámbito cultural, considerando que ellos varían en el espacio y en el tiempo; y que las explicaciones que cada grupo humano se ha dado a sí mismo para comprender estas realidades varía enormemente, no pudiéndose hablar de salud y enfermedad como conceptos ahistóricos, o sin tener en cuenta los factores sociales, culturales, políticos, geográficos y económicos que caracterizan a cada grupo humano (4).

### **La Salud y la Enfermedad dentro de la Cultura Popular**

En el caso que nos ocupa, el estudio de la fe en el proceso salud y enfermedad dentro de la cultura popular abarca las creencias y prácticas médicas en culturas indígenas o tradicionales al margen de la medicina moderna. La medicina popular incorpora los conocimientos médicos de los siglos pasados con las prácticas tradicionales de las poblaciones indígenas. El abordaje de las concepciones de las enfermedades posee abundante creencias acerca de las causas de esta, los remedios tradicionales, las técnicas de curación, la clasificación popular y sus efectos sociales. Además, el rol social del enfermo está determinado por el patrón cultural, religioso o mágico sobre el que se elabora la cosmovisión del grupo (5).

Indudablemente que para el estudio del fe en el proceso salud y enfermedad, dentro del ámbito de la cultura popular, es importante considerar la presencia del factor religioso como Los cultos religiosos constituyen una actividad fundamental a la hora de observar y analizar las prácticas curativas populares, pues ellos son expresión, sobre todo en la actualidad, de la confianza que la gente tiene en el curanderismo popular, en contraposición a la desconfianza en la medicina tecnificada y ultra-especializada; así como también de la fe en prácticas mágicas para combatir la enfermedad y conservar la salud; por todo lo que representa el sentido de vulnerabilidad y desamparo en que se encuentran las personas frente a la enfermedad,

aunado a la incertidumbre que se experimenta ante el actual funcionamiento de las instituciones de salud tanto públicas como privadas (6). elemento clave condicionante de las representaciones, valores y prácticas culturales ante estos dos estados. La fe es el factor más importante en el sistema mágico-religioso y médico-popular.

Además, es un hecho conocido que no sólo antes del nacimiento y consolidación de la medicina como ciencia, sino además en la actualidad, las enfermedades se asocian a pecados y castigos por parte de dioses para quienes no cumplen con sus mandamientos o mostraban conductas no correspondientes con las normas morales de la sociedad. En nuestro país, como en otros países latinoamericanos, el sistema médico moderno coexiste con las prácticas tradicionales, los curanderos adoptan etiologías, terapias y rituales que son el resultado de la combinación de ambos tipos de conocimiento y prácticas, dentro de un proceso de rápida aculturación. Así, en el curso de los últimos años, la cultura popular en el país se está transformando rápidamente y las prácticas de los curanderos también. Se pueden agregar además las curaciones espirituales, populares en Venezuela y en el resto de América Latina. Todo lo planteado evidencia que las raíces indígenas del curanderismo y de conceptos médicos populares tiene mucha importancia en Venezuela.

## UNA OPORTUNIDAD PARA COMPRENDER LA FE: TEORÍA DE LA COMPLEJIDAD

Un fenómeno ha ocurrido, ocurre y seguirá ocurriendo al hombre en todos y cada uno de sus momentos humanos, en cada grupo de cada rincón del mundo: Cree, tiene Fe. Desde esta realidad, que primero lo sometió social y políticamente, y luego lo sometió aún más, a través de la socio-cultura, las religiones, las tecnologías científicas, los medios de comunicación, entre otros, este ser se ha paseado de una cosmovisión mítica a una visión científicista, alguien diría que ha ido de lo divino a lo profano, más, sin embargo, sigue ejerciendo su creer como modo de activar lo que le apunte su decisión de vivir en el más acá y también en el más allá.

El fenómeno ocurre, pero las miradas, o los anteojos, a través de los que se miran no dan cuenta de la explicación del fenómeno.

No hay lente convencional que permita visibilizar como sanamos, ¿Desde dónde? ¿Desde el poder del que cura o desde el poder del que decide ser curado? es solo un fenómeno socio-antropológico-cultural o irónicamente lo folklórico es el escepticismo radical el que no permite ajustar las gafas para comprender de que se trata la fe en el proceso salud enfermedad. Este remite necesariamente a un lugar para la complejidad en el pensamiento científico contemporáneo.

Morín expone su punto de vista sobre el conocimiento científico, la ciencia, los modos en general, mediante los cuales la sociedad está acostumbrada a concebir la realidad. Busca explicar los modos por los cuales conocemos la realidad y los mecanismos que para ello empleamos cotidianamente. En líneas generales sostiene que la visión y perspectiva con la que encaramos la realidad es simplificadora y por lo tanto sumamente mutilante, las cosas no son comprendidas en su totalidad, siempre se ven aspectos parciales y se deja de lado lo que vendría a ser la unidad total, por lo cual se accede solamente a un conocimiento parcializado (7).

Cree también este autor en la tentativa de desarrollar un pensamiento lo menos mutilante posible y lo más racional posible; afirma a su vez que las ideas generales no pueden ser eliminadas y terminan por reinar de forma oculta en el mundo especializado y en el conocimiento científico mismo, teniendo un rol motor y productor. La simplificación es necesaria, pero debe ser relativizada. La complejidad es, después de todo, la unión de los procesos de simplificación que implican selección, jerarquización, separación, reducción, con los otros contra-procesos que implican la comunicación y la articulación de aquello que esta disociado y distinguido. Vemos entonces que simplicidad y complejidad establecen relaciones antagónicas y complementarias. La complejidad integra la simplicidad y se abre sobre lo incognoscible.

La complejidad es tan solo el desafío, no la respuesta, se busca encontrar un modo de pensar que trascienda la complicación, la incertidumbre y las contradicciones. Además, si los modos simplificadores del conocimiento mutilan más de lo que expresan aquellos fenómenos de los que pretende dar cuenta se producen más ceguera que elucidación. Lo complejo es aquello que no puede resumirse en una palabra ni en una ley, lo complejo no puede reducirse en términos de complejidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Díaz J. Relación médico-paciente. Terapéutica: La psicobiología del proceso de curación. Estudios de Antropología Médica; volumen 4. México. 1986
2. Lévi-Strauss. En Las estructuras elementales del parentesco. Planeta-Agostini. Barcelona. 1985.
3. San Martín H, Pastor V. Economía de la Salud. Editorial Interamericana McGraw-Hill. España. 1990.
4. Perdiguero E. Salud y enfermedad. Una visión antropológica. En salud pública y enfermería comunitaria. Segunda edición Volumen I. McGraw-Hill Interamericana. España. 2003.
5. Pollak-Eltz, A. La medicina popular en Venezuela. Academia Nacional de la Historia Caracas, Venezuela. 1987.
6. Pollak-Eltz A. Religiones afroamericanas hoy. Editorial Planeta Venezolana. Caracas, Venezuela. 1994.
7. Morín, E. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa Editorial. España. 1990.

## CULTO A LOS SANTOS Y SIMBOLISMO: APROXIMACIÓN A UNA SOCIOANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Luisa Rojas

**RESUMEN:** La salud más que un hecho social demostrable por las ciencias naturales es un hecho psicológico-moral. Su concepción ha ido cambiando tal como lo va haciendo el orden de vida, el orden social, ya que, la preocupación por ésta siempre ha sido fenómeno inherente a la propia existencia humana. Desde el siglo XIX, se impuso en occidente el pensamiento de haber ingresado a la era de la ciencia positiva y de la superación de la metafísica, origen del modelo biomédico. Sin embargo, no se ha podido demostrar la falsedad de ciertas ideas tradicionales, y el terreno de lo no racionalizado continúa siendo un aspecto particularmente amplio. De allí, la finalidad de esta disertación es presentar elementos resaltantes de elementos simbólicos-imaginarios asociados al proceso salud-enfermedad, emergente del culto a los santos en pueblos de la costa carabobeña, cuyo contexto representacional fue el pueblo de Borburata. Investigación que se desarrolló desde un constructo metódico donde compaginaron la fenomenología como vía para acceder a la matriz epistémica, la hermenéutica para la interpretación de los procesos simbólicos-imaginarios emergentes de toda expresividad, y la etnografía para el abordaje del contexto. Para ahondar en el mundo social de los pobladores de la costa carabobeña, se hace desde su sistema de creencias, donde se incorporan elementos relacionados a su estructura social, mundo religioso, imaginario y a su concepción sobre la salud-enfermedad. Elementos representacionales de la cosmovisión del pueblo borburateño, considerados para este momento como eje vertebrador de este constructo teórico; aproximación a una socioantropología de la salud.

**Palabras Clave:** Proceso salud-enfermedad, sanación, complejidad.

## INTRODUCCIÓN

La salud más que un hecho social demostrable por las ciencias naturales es concebida como un hecho psicológico-moral (1). De allí, las múltiples discrepancias entre la ciencia clásica que pretende el dominio absoluto sobre ésta y el saber humano que lucha por rescatar su valor como aspecto inherente a la naturaleza humana, y no como hecho artificial. La concepción de la salud, ha ido cambiando tal como lo va haciendo el orden de vida, el orden social, ya que la preocupación por ésta siempre ha sido fenómeno inherente a la

propia existencia humana. Desde el siglo XIX se impuso en occidente el pensamiento de haber ingresado a la era de la ciencia positiva y de la superación de la metafísica, de donde resultó el modelo biomédico; base conceptual de la medicina científica propia de la racionalidad que se impuso con el surgimiento de la modernidad y con ella la racionalización como forma exclusiva para encontrar el sentido del mundo.

A pesar de ese poder adquirido por la medicina moderna, de los progresos aportados por las ciencias naturales al conocimiento del proceso salud-enfermedad, de la inversión y avance en técnicas racionalizadas facilitadoras del diagnóstico y del tratamiento, no se ha podido demostrar la falsedad de ciertas ideas tradicionales, y el terreno de lo no racionalizado continúa siendo un aspecto particularmente amplio. En relación a esto, se comparte el pensamiento de Gadamer (1), cuando reafirma que los conocimientos provenientes de la intuición, como las curaciones practicadas por el Homo religiosus suelen enseñar algo al médico, el saber del poeta que se adelanta a la del psicólogo, sociólogo, historiador y hasta a la del filósofo.

En este sentido, es importante destacar que la finalidad de esta disertación es presentar de manera sintetizada aspectos resaltantes de una investigación cuya intencionalidad fue abordar los elementos simbólicos-imaginarios asociados al proceso salud-enfermedad, emergentes de las manifestaciones mágico-religiosas de los pueblos de la costa carabobeña, con el propósito de estructurar un constructo teórico que diera apertura a la comprensión de lo mágico-religioso como elementos que caracterizan la concepción de vida de los venezolanos, para considerar la salud como fenómeno desde las vivencias cotidianas a la formalidad científica, teniendo como contexto representacional el pueblo de Borburata ciudad primigenia del actual estado Carabobo.

Hablar de San Juan Bautista en Borburata, es hablar de un San Juan infante que data del siglo XVII, de una religiosidad espiritual que impregnó desde tiempos remotos la liberación de la cultura afrodescendiente, ya que, permitió a los esclavos traídos a estas tierras celebrar un día al año donde veneraban y disfrutaban de su día de libertad: 24 de Junio, el día más largo posterior al solsticio de verano, el día de San Juan Bautista. Por lo que se optó por un

abordaje investigativo centrado en el culto a San Juan Bautista en este pueblo como un texto o conjunto simbólico-discurso; los diversos elementos del culto, las relaciones con el conjunto, la significación simbólica de cada uno de ellos y ¿Cuáles serían las representaciones de la vida, la muerte, el cuerpo, salud-enfermedad en general, de los seguidores y devotos de este culto?

La investigación, se desarrolló desde un constructo metódico que posterior a un proceso de reflexión logró compaginar la fenomenología como vía para acceder a la matriz epistémica, entendida esta orientación fenomenológica como el camino de la fluidez para el abordaje de lo simbólico, la hermenéutica como el fundamento teórico- epistemológico para la interpretación de los procesos simbólicos-imaginarios emergentes de toda expresividad; lenguaje verbal y no verbal. Elementos que posterior a un proceso de reflexión-acción-reflexión, conllevaron a la etnografía como un enfoque idóneo para el abordaje del contexto por los métodos, estrategias y recursos permitidos para la proximidad a la realidad humana.

Conglomerado, que permitió la estructuración del constructo teórico como producto final de esta etapa investigativa para la comprensión de la salud como un proceso de construcción social, en este caso, propio de los pueblos de la costa carabobeña. Dicho constructo, más allá de constituir una patrón a seguir, es un modelo en cuanto a la estructura metódica para el abordaje de mundos de vida en contextos semejante, ya que, permitió interpretar y comprender el simbolismo que impregna toda práctica cotidiana; a través de toda expresividad; la palabra y la acción como las de Petra Méndez, Rosa Guevara, Ramón Bladimir Hernández, Nerio Quintero, Ingrid Nieves y Zaida Nieves; informantes involucrados en el proceso investigativo, a quienes se mencionan previa obtención de su consentimiento informado (2).

## ANÁLISIS-DISERTACIÓN

Del rastreo entre las creencias mágico-religiosas de elementos simbólicos-imaginarios asociados a la concepción de la salud en pobladores de la costa carabobeña, tomando a Borburata como contexto representativo, donde el cultos a San Juan Bautista como

expresión de devoción constituyó el eje de la acción investigativa, hubo un encuentro con San Pedro del Manglar como santo de familia y con otras divinidades de distintas concepciones, quienes en genuina armonía comparten altares domésticos; espacio que para algunos es lugar personal-familiar para la oración, para la protección de la casa, para otros está abierto para la petición y la sanación de quienes lo requieran; siempre en la intimidad del hogar.

En este sentido, la comprensión hermenéutica de los procesos simbólicos subyacentes de dicha expresividad eje de las representaciones sociales sobre la salud como proceso de construcción social, es decir, donde están implícitas representaciones sobre salud-enfermedad, cuerpo-naturaleza, vida-muerte, constituye una construcción-reconstrucción del conocimiento sobre los pobladores de la costa carabobeña desde su propio mundo de vida, desde su propia realidad; un conocimiento real que conlleva de manera inductiva al mundo de vida del venezolano.

Este mundo, a su vez forma parte del pensamiento universal desprendido de seres ancestrales, arrastrado por el devenir de la historicidad humana, es decir la huella de la experiencia vivida como especie, que a pesar de quedar fuera de nuestro yo consiente guarda estrecha relación con los símbolos, mitos y aquellas experiencias envueltas en halo de misterio de difícil percepción para el pensamiento humano embaucado por el clásico sentido de cientificidad. Son elementos que conforman la estructura definida por Jung (3) y redefinidas por la concepción postjungiana como inconsciente colectivo, concepto que traspasa el campo de la clínica para abarcar el ámbito de toda actividad cultural como expresividad humana.

De manera tal que esta investigación, comprende un cúmulo de interpretaciones del mundo real sobre el venezolano nativo y/o enraizado en la costa carabobeña, que le legitiman como apoyo y punto referencial tanto para proyectos como para acciones profesionales de distintas áreas; salud, educación, desarrollo social, entre otras, cuyo fin sea el abordaje de situaciones humanas. Además, proyecta una amplia panorámica del sistema de creencias del borburateño que se pasea por cada uno de sus elementos socio-estructurales como su religiosidad, su imaginario, su concepción de salud-enfermedad,

donde sus santos siempre están presentes como alega Ramón Bladimir cuando expresa con vehemencia propia de lugareño:

*...siempre ando con mis santos, eso a mí no me abandonan porque yo lo tengo en la mente, o sea mi mente noo, nooo se vacía nunca para, para olvidar mis santos, no, yo los recuerdo todos los días y a cada momento a cada segundo... eso es lo que yo más tengo en mi mente...*

Todo esto, proveniente de un inconsciente cuyos referenciales están representados por lo socio-histórico y un legado familiar donde el culto a los santos conforma el eje estructurador de todo vivir y convivir. Por lo que se constituye en una lógica, eje de su existir, de su sentir, de su conocer, de toda su expresividad como persona, como miembros de un grupo social y familiar, es la lógica que proyecta, transmite y da sentido a su existencia, a la del otro y a toda su realidad de vida, a su mundo de vida, a su cotidianidad, a su fe y esperanza.

Esta investigación, por su comprensión de elementos emergentes del mundo cultural de pueblos de la costa carabobeña, constituye un complemento a las investigaciones de Martín (4), quien buscando luces para la comprensión de la lógica de lo tradicional que aún permanece arraigada, identifica lo que denomina como magia en Barlovento donde contacta con la cosmovisión de los lugareños de esa región norte costera del estado Miranda. Es decir, la noción de persona, la concepción sobre la muerte, las enfermedades, la importancia de la palabra, su representación de Dios, los santos y los espíritus.

Para ahondar en el mundo social de los grupos humanos, específicamente en pobladores de la costa carabobeña, se hace desde su sistema de creencias, donde se incorporan elementos relacionados a su estructura social, a su mundo religioso, a su imaginario y a su concepción sobre la salud-enfermedad. Elementos representacionales de la cosmovisión del pueblo borburateño, considerados para este momento como eje vertebrador de este constructo teórico; aproximación a una socioantropología de la salud. Para esta disertación, se presentan solo aspectos inherentes a lo socio estructural y la concepción de la salud-enfermedad, en cuyo discurso también está implícito, el imaginario y lo religioso.

Dentro de la estructura social de Borburata como contexto

representativo de los pueblos de la costa carabobeña, siempre está presente la incorporación de divinidades, las mismas representan, por una parte la conexión con sus ancestros, y por otro el conflicto y la cohesión familiar. Las divinidades presentes son diversas, de distintos mundos religiosos, sin embargo, San Juan Bautista ocupa un lugar primordial, está asociado a la producción, es asumido como protector del pueblo y de la familia, ayuda en toda organización, en la obtención de los recursos económicos, de alimentos, de empleo, en el mantenimiento de la paz, en la seguridad, además marca el tiempo.

En cuanto a la concepción de la salud-enfermedad, entendida como proceso de construcción social, pensamiento que la cataloga como fenómeno inherente al mundo cultural de cada pueblo, lo que implica que su propia concepción esté implícita en los mismos elementos socio-estructurales de donde emerge toda práctica de vida, y allí la salud-enfermedad como la vida misma, concepto que a su vez articula otras conceptualizaciones; cuerpo-naturaleza y vida-muerte. De manera tal, que puede expresarse que el culto a los santos representa el eje fundamental para toda práctica de vida, para toda acción que rijan su sentir, conocer y convivir.

De allí, que la salud-enfermedad para el pueblo de Borburata está representada por el equilibrio, la lucidez, la tranquilidad, la compañía del otro como elementos representacionales de la salud, que a la vez simbolizan un beneficio otorgado por San Juan Bautista, quien también concede fortaleza ante la enfermedad, la detiene e interviene en su sanación. Mientras la enfermedad es el desequilibrio acaecido por diversas circunstancias; angustias, abandono de la familia y/o de la pareja que se proyecta en una necesidad de atención, ya que, la soledad y el sufrimiento, son causa de enfermedad para el borburateño.

El lugareño quien en toda práctica de vida se muestra como relacional, afirmación que toma sentido cuando el acompañar al otro, el servirle, atenderle es un instrumento efectivo para reestablecer la salud y evitar la muerte. La falta de sueño, los problemas económicos y la omisión de ceremonia para el santo conlleva a un castigo divino que acarrea la enfermedad y acerca a la muerte. Por ello el sueño, el empleo y toda expresión de devoción a sus santos son instrumentos que coadyuvan a mantener el equilibrio

representacional de la salud.

Además de San Juan Bautista, otras divinidades del panteón de Borburata tienen una intervención activa en la salud-enfermedad de los lugareños, donde aparecen en el imaginario individual y colectivo: José Gregorio Hernández y el Cristo de la Salud como sanadores auxiliares, San Pedro del Manglar santo protector de las parturientas y neonatos, quien también atiende ante la enfermedad y las angustias, Santa Bárbara como divinidad protectora del hogar y del cuerpo, en una larga lista donde figura tal diversidad de deidades que de una u otra manera intervienen en procesos sanadores de los distintos modos de enfermar para el borburateño.

Contexto, donde el elemento fe es punto álgido de comprensión y sentimiento en todo proceso de sanación. Fe que se debe sentir de manera equiparada tanto para la divinidad, como para el sanador o sanadora quien después de otorgado el debido permiso divino puede ejercer el poder, el cual a la vez representa el legado familiar y está desprovisto de todo valor comercial.

Es la petición con fe lo que aleja la enfermedad y evita la muerte, es la fe como elemento homólogo a la eficacia simbólica de Lévi-Strauss (5), es la fe asumida como algo celestial para el lugareño. Además en todo proceso de sanación hacen acto de presencia distintos elementos de la naturaleza, entre ellos el agua, el fuego, las hierbas, las flores, las cáscaras de frutas y raíces, junto con la palabra entonada en oración se estructura el ensalme o santiguada para sacar del cuerpo el mal que ha ocasionado la enfermedad; bien sea “mal de ojo” ocurrido por un mal tiempo, o la “pelota tipificada” como enfermedad mortal que se oculta ante el saber médico, cuyo signo de sanación venidera está dado por el vómito.

También, dentro de las enfermedades mencionadas por el pueblo borburateño está el trastorno la cual requiere de la experticia de un chamán como brujo sanador con el poder otorgado por espíritus superiores, a través de un proceso de transportación, lo que exige el traslado del enfermo y grupo acompañante a lugares especiales donde se concentran especialistas en la materia de transportación-sanación como es el caso de la Montaña de Sorte en Yaracuy; espacio en que para el lugareño de la costa carabobeña existe una especie de confabulación entre el poder del mundo natural,

y el otorgado al humano por divinidades en representación del universo.

Además, para este lugareño la transportación representa un fenómeno de interconexión con lo sobrenatural, con control de lo corporal y liberación del estatus social, por lo que simboliza un encuentro con el otro sin brecha ni distancia impuesta por rol social o profesional alguno. Un fenómeno donde se erige divina comunión entre montañas, piedras, fuego, sonido del tambor, el bailoteo como danza espontánea, bebidas espirituosas y la fuerza representada en el pensamiento del otro. Aquí, los signos corporales son los elementos de verificación de tal proceso donde la levitación y la ausencia de quemaduras en la piel, posterior a una práctica del baile sobre brasas encendidas, representa el éxito en el proceso, mientras la presencia de sangre en orificios corporales es indicativo de no haber logrado tal estado.

Otra de las enfermedades mencionadas y atendida por el sanador en Borburata, es la “culebrilla”. Ahora bien, la discapacidad física se presenta como situación que se asocia con la cohesión familiar, mientras el desequilibrio mental aparece como elemento perturbador que fomenta el conflicto familiar-social. Así, se van conjugando los distintos elementos que al unísono conforman la salud-enfermedad del pueblo borburateño, para quien la naturaleza se presenta ante la mirada impávida del lugareño que la asocia con lo oculto, con lo sobrenatural; es el mundo que rodea a su San Juan Bautista, a su San Pedro del Manglar y a otras divinidades que merodean el lugar para esconderse de la mirada escudriñante e incrédula ante su metáfora de vida.

Entre los otros elementos estructuradores del proceso salud-enfermedad está la conceptualización del cuerpo, el cual constituye para el borburateño un instrumento para sentir la devoción por San Juan Bautista; La sangre y el corazón para sentirlo, el cerebro para tenerlo siempre en mente, los músculos y huesos para cargarlo y la concentración mental para conectarlo con el pueblo. Además, es instrumento de una espiritualidad no explotada, es como una fuerza escondida, la fuerza espiritual, elemento que asocia a la textura corporal y a la negritud. También, el cuerpo se configura como herramienta simbólica de la materialización del permiso concedido por la divinidad para

el proceso sanador, es en este momento cuando el cambio de temperatura corporal da fe de tal acontecimiento, también da fe de la comunicación con espíritus.

Cuerpo que se materializa en la vida concebida por el borburateño como un otorgamiento divino, cuya misión está centrada en cumplir con el bien, para vivir en familia, para celebrar y cumplir lo prometido a sus divinidades, es decir, es un instrumento para materializar la devoción y la fe, es una concepción donde la vejez es representacional de la disminución de la capacidad para parrandear, y del coraje para sacar y meter al santo a la iglesia. La vejez es la etapa de la vida cuando la muerte es valorada como un hecho natural, aquí se representa como la transmutación del cuerpo material y la trascendencia del pensamiento, y sólo se requiere de la preparación para su aceptación. Sin embargo, cuando la muerte acontece a temprana edad, más aún como desenlace del conflicto social, representa una tragedia para el borburateño, para quien el luto es símbolo de manifestación interna, que no inhabilita para parrandear al santo.

## CONCLUSIONES

En concordancia a lo planteado puede dilucidarse que la concepción de la salud-enfermedad para los pueblos de la costa carabobeña está incrustada en el andamiaje estructurador de su mundo cultural relacional, consigo mismo, con el otro y con sus santo, donde lo socioestructural-religioso-imaginario-salud-enfermedad se erigen al unísono y conforman el mundo de vida cotidiana de estos pobladores, su mundo real impregnado del mismo sentido de religiosidad que acompasa en cada una de las estructuras sociales del pueblo venezolano.

Es un mundo donde la negación de la ciencia representada en el saber médico no hace eco que lo opaque por completo, sin embargo, está la duda, más aún el desafío que conlleva al contraste entre el saber médico y el divino; lo que representa el sentido de complementariedad que impregna toda concepción de salud-enfermedad en Venezuela. Es un mundo, donde prácticas de curanderismo ocultas aún perduran tras la mirada del saber científico quien las cataloga de manera despectiva como supersticiones,

pertrecharías, brujería y otros términos peyorativos para una práctica legítima en que el poder de la bendición de la sanadora o sanador transmitida en breve soplado es capaz hasta de transfigurar una hierba en milagrosa.

En este sentido, las distintas concepciones sobre el mundo simbólico emergente de hechos mágico-religiosos, connotación que se da al culto a los santos en poblaciones de costa carabobeña, objeto-sujeto de estudio de esta investigación, son diversas y hasta contradictorias sobre el mismo hecho que resulta per se polémico, que ha generado un sin fin de espacios para la discusión y para la investigación, sin embargo, aún permanece como inmutable ante la mirada de la ciencia clásica.

De esta manera, las representaciones simbólicas de los actores del proceso investigativo con respecto a los santos, dan cabida a pensamiento que deja entrever un proceso de transfiguración en el plano de lo simbólico, de los procesos, de lo vivido individual y colectivo en los predios de los mundos de vida de la cotidianidad. Es el inconsciente societario expresándose simbólicamente en todas esas representaciones de los informantes entrevistados, y todos esos relatos sobre sus santos son metáforas de la manera cómo viven y como piensan los pobladores de Borburata, y en general se puede decir que inductivamente, al hacer una extrapolación un tanto arbitraria de los hallazgos de la investigaciones a todo el pueblo venezolano; como se ha planteando.

Por lo aquí referido la interpretación que hace Ortiz-Osés (6) de la concepción de Machado sobre el camino vacío y su existencia sólo en su relación con el sentido; "Caminante, no hay sentido se hace sentido al sentir; sentir-con o con sentir". Pensamiento que resguarda dentro de sí, y expresa la comprensión de este autor de lo que él llama razón mitológica como la única esperanza para la comprensión del sentido; sentido como sutura que al coserlo se está implicando y comprendiendo, y de allí que este aparece en las mitologías encarnado y con sentido, es decir, con implicación. Sin que esto signifique un improductivo bombardeo en contra de la razón, sino por el contrario, apoya la tesis símbolo-racionalidad-símbolo. Es decir, "el símbolo sin racionalidad es tiránico y la racionalidad desprovista de símbolo es realmente estéril" (7). Lo simbólico no es más que estructuras transformadas por el inconsciente colectivo

a partir de lo real humano-social en forma dialéctica; síntesis de contradicciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gadamer H. El estado oculto de la salud. N. Machain, Trad. Gedisa. España. 1996.
2. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Código de Ética para la Vida. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Disponible en: [https://www.ecured.cu/Ministerio\\_del\\_Poder\\_Popular\\_para\\_Ciencia,\\_Tecnolog%C3%ADa\\_e\\_Industrias\\_Intermedias](https://www.ecured.cu/Ministerio_del_Poder_Popular_para_Ciencia,_Tecnolog%C3%ADa_e_Industrias_Intermedias). 2011.
3. Jung C. El Hombre y sus Símbolos. 6a ed. L. Escobar Bareño, Trad. Caralt. España 1997.
4. Martín G. Magia y Religión en la Venezuela Contemporánea. Universidad Central de Venezuela; 1993.
5. Lévi-Strauss C. Antropología Estructural. E. Verón, Trad. Paidós. España. 1987.
6. Ortiz-Osés A. Hermenéutica simbólica. En Karényi K., Neumann, E., Scholem, G. y Hillman, J. Arquetipos y Símbolos Colectivos Círculo Eranos I. Cuadernos de Eranos-Cahiers d' Eranos. Anthropos. España. 2004.
7. Lanceros P. Al filo de un aforismo. En Karényi K., Neumann, E., Scholem, G. y Hillman, J. Arquetipos y Símbolos Colectivos Círculo Eranos I. Cuadernos de Eranos-Cahiers d' Eranos. Anthropos. España. 2004.

## CORAZONAR: UNA FORMA EPISTEMOLÓGICA OTRA DE VER LA VIDA Y LA SALUD, DESDE LA INTERCULTURALIDAD

María Báez, María Vega

**RESUMEN:** Las ciencias en general y especialmente las sociales, en los últimos tiempos se han visto deconstruidas por diferentes corrientes de pensamiento críticos que buscan analizar la política global y las relaciones sociales desde paradigmas y epistemologías otras que sirven para interpretar los diferentes espacios del poder y del conocimiento. Por esta razón, el reconocimiento de ontologías diferentes lleva a comprender la necesidad de revisar otros modelos epistemológicos planteados desde los saberes del sur, a partir de la memoria cultural y ancestral de nuestros pueblos originarios. Desde la cosmovisión de nuestros pueblos se incorpora una dimensión ética y holística al razonamiento de los seres humanos con su propia historia y con la naturaleza. Corazonar es un verbo que nace de la síntesis dinámica de dos palabras, hasta hoy consideradas como antagónicas, “corazón” y “razón”, la estrecha interrelación que hace pensar con el corazón y sentir con la mente. El corazonar propone una mirada entre ambas visiones de mundo, epistemológica e históricamente separadas. En esta propuesta se pretende reflexionar en cuanto a la forma de vida occidentalizada que se tiene de la salud, en una revisión sobre la forma otra de ver la vida, re-construirnos desde principios éticos que tradicionalmente no han sido reconocidos.

**Palabras Clave:** Proceso salud-enfermedad, sanación, complejidad.

### INTRODUCCIÓN

El conocimiento occidental se sustenta en la razón, lo que ha constituido imágenes de la realidad que reflejan experiencias de etnocentrismo y antropocentrismo. Todo el saber de los últimos dos siglos se resumiría en un método de análisis y de medición matemática producido por un deseo de enumeración y de observación en el que se sustentará la ciencia, desde ese conocimiento unilateral, principalmente con un discurso universalista, siendo sus bases el ser objetivo e incuestionable.

Desde este discurso, el científico, siempre se generó como oposición al conocimiento simbólico, con elementos pedagógicos antagónicos. Estos antagonismos representados por ejemplo en las iglesias con sus dogmas y clericalismo, y los pragmáticos el pensamiento directo (concepto), ya que, en esta forma de

pensamiento, los imaginarios simbólicos “inducen al error y la falsedad”, por eso la ciencia ha dado múltiples razones desde la explicación positivista para la extinción de lo simbólico (1).

En este sentido, esta revisión lleva a dos términos históricamente confrontados, la sabiduría presente en la imaginación, y la epistemología. La sabiduría precede al logos, su pensamiento es simbólico, metafórico, se sustenta en la dimensión simbólica de la palabra, el mito, la magia, la imaginación, los valores estéticos. Mientras que, en la modernidad se impuso una epistemología hegemónica, predominada el logos, una racionalidad sustentada en el dominio de la razón, en la que no hay lugar para el caos, el azar, lo indeterminado, lo inconsciente, ni tampoco para la afectividad (2).

Durante esta disertación se analizará cómo el reconocimiento de epistemologías diferentes lleva a comprender la necesidad de revisar otros modelos de pensamiento planteados desde los saberes del sur, a partir de la memoria cultural y ancestral de nuestros pueblos originarios y de esa forma ver la salud como parte de esa forma otra de ver la vida. Su base fundamental es la sabiduría, la cosmovisión, la relación entre el ser y el entorno, lo colectivo sobre lo individual, lo simbólico, lo mítico, entre otros. Para nuestros tiempos actuales, desde la academia es “impensable” otras formas de epistemologías y por ende de abordajes a la realidad, que es la misma lo que cambia es el visor con el que se ve.

El tema de la salud no ha sido exclusivo de la ciencia desde lo occidental, la relación del ser humano con su cuerpo y la simbología que éste tiene ha estado en la humanidad manifestada, a través de las culturas y grupos. En la actualidad hay visiones que se están resignificando y readaptando a estos tiempos, para muchos, forma parte de una “moda” discursiva, para otros un reto posible de interrelación. Este artículo busca explicar las causas por las cuales desde nuestro pensamiento occidental resulta tan descabellado pensar como otra forma de ver la salud, así como también va a permitir familiarizarse con propuestas de salud como la colectiva, el Sumak Kawsay, la medicina intercultural, la biología del amor, entre otras, para así preguntarse, si es posible construir otro modo de ser, de pensar y de convivir, modos que nacen “con otras propias palabras” fundadas en sus antiguas tradiciones culturales, esos conocimientos que hablen desde y para la vida, desde el corazón

(lo emocional) y desde la razón (el pensamiento).

## LA CIENCIA Y LA IMAGINACIÓN

La ciencia constituye una forma de conocimiento humano, parte de la relación que el sujeto realiza de su mundo, por eso la antagonía entre las ciencias y las humanidades atenta contra la capacidad de formarse una imagen integral del mundo, porque es fundamental buscar puntos de encuentro. Cabe preguntarse, hasta donde el uso de esa imaginación simbólica propia del sujeto ha sido fundamental en la creación científica, por un lado un discurso objetivo y directo, y por otro un pensamiento indirecto que evoca lo ausente, lo imposible de percibir, lo íntimo, lo subjetivo (1).

Hasta finales del siglo XIX la ciencia estuvo segura de la unicidad del mundo porque los sistemas analíticos disponibles eran sencillos y permanecieron sin cambios y alternativas cualitativas, con una visión positivista desde la observación, comprobación y la percepción directa de los fenómenos se invalidó la imaginación como recurso de conocimiento. Ahora bien, los puntos de encuentro, se han venido integrando en estos dos discurso epistemológicos, la metáfora, por ejemplo, es un recurso usado por la ciencia, es un modo de conocimiento, en el que “se ve algo como si fuera otra cosa”, se puede ver un átomo como si fuera un sistema planetario, como se captan relaciones insospechadas en la búsqueda del conocimiento científico (3).

Para Holton (3) hay maneras como la imaginación simbólica participa en lo científico, como el discurso científico desde lo empírico y la lógica o analítica sólo sirven para explicar la ciencias en su contexto de justificación, por eso, es que Newton, en el prólogo de Principia reforzó el mundo descubierto por la ciencia por los componentes “X” y “Y”. Más tarde, Hume expresaría que sólo lo que puede resolverse a lo largo de los ejes “X” y “Y” vale la pena discutirse, sino que debe “entregarse a las llamas”. Pues no puede contener más que sofistería y engaños”. Sin embargo, Holton muestra como desde la dimensión temática que son los prejuicios, intuiciones, ideas preconcebidas, se puede explicar el proceso de descubrimiento, la creación científica como tal. Queda claro entonces que desde lo científico no se toman decisiones a priori, sólo se dejan llevar por los hechos y por la inducción, pero queda

latente la fuente de la inducción original, las normas de preselección y la adopción de cierta hipótesis como parte del proceso científico.

Pero la ciencia ha venido abriendo sus puertas a otras formas de ver el objeto/sujeto porque existen estudios que no se pueden observar desde la experiencia sensible y directa sino que requieren entrar en un mundo de entidades y efectos que no pueden verse, esto implica que la imaginación da un aporte significativo en la construcción de explicaciones de determinadas realidades (1).

La ciencia moderna nació de la "ruptura brutal" con la antigua visión del mundo, y produjo un salto del mito al logos, porque ya no convencían las explicaciones míticas y la curiosidad llevaba a los griegos a preguntarse por el movimiento del sol, la luna y las estrellas, es decir, a todo lo que los rodeaba. Querían encontrarle un principio fundamental capaz de proporcionar una explicación global y satisfactoria de lo que sucedía, incluso del hombre. En esta naciente visión del mundo, surgieron innumerables preguntas por el universo, por la naturaleza, por el origen y la causa de su proceso cuyas respuestas debían obedecer a una explicación racional basadas en análisis, donde no bastaba el recurso de una leyenda mitológica para convencer, de allí tuvo el origen de la filosofía (1,2).

A partir de esta lógica se impondrá una nueva visión del mundo, es decir, un giro moderno que mediante sus ramificaciones darán paso a disciplinas basadas en la razón, la experiencia, la comprobación, la lógica. Se rompe una forma de pensamiento y de relación con la naturaleza, para establecer otras formas de relaciones entre el sujeto, el objeto, el entorno, el espíritu, entre el ser y lo otro. Esta ruptura paradigmática ha generado antagonismos, irreconciliables en algunos casos, integradores y transdisciplinarios en otros, en las posiciones frente al problema del conocimiento La colonialidad del saber supo, y se mantiene hasta nuestros días, imponer una epistémica sustentada en la hegemonía y la universalización de la razón, y el imperio de la ciencia y la técnica, como únicos discursos de verdad para poder hablar sobre el mundo y la vida. Por su parte, los actores subalternados son considerados simples objetos de conocimientos, como informantes, y no como sujetos con capacidad de producir conocimientos, y desde entonces se ha construido una perversa dicotomía entre trabajo manual e intelectual. Pero una de las consecuencias más graves de la colonialidad del saber es la negación

de la afectividad en el conocimiento, la ausencia de la ternura en el conocimiento, la ausencia de la ternura en la academia (2).

Sin afectividad, ternura, oídos abiertos para escuchar y aprender, y aperturas para un diálogo, la ciencia va a estar de espaldas a lo humano. La medicina ha sido moldeada y constituida bajo el paradigma hegemónico impuesto, quedó a espaldas de ver al ser humano como un organismo vivo perteneciente interconectado a un mundo, no solamente con su afección particular, específica, sino como parte y partícipe de una dinámica ecológica universal, más allá de las microrealidades parciales, es por ello, que esta nueva propuesta plantea el re-pensarse en el ver, sentir y oír.

Este cambio de paradigma se está viviendo en experiencias colectivas comunitarias y cotidianas que van emergiendo espontáneamente, no como resultado de normas y leyes, sino como parte de la identificación con un sentimiento al que todos le pertenecen, porque se encuentra dentro de cada uno. Sentimiento que hemos llamado, paradigma biocéntrico.

Para la esperanza es importante reconocer que este cambio de paradigma, se está viviendo fundamentalmente en los procesos internos y cotidianos, en los intensos caminos de descubrimiento de quiénes somos, y en los emocionantes viajes de regreso a nuestra esencia.

## **DEL PASO DEL "YO" AL "NOSOTROS" DESDE LA INTERCULTURALIDAD**

Una de las formas de conocerse, es llegar a la construcción identitaria, y de re-conocerse para de esa forma iniciar el proceso de re-pensarse bajo otras formas propias fagocitadas por la hegemonía occidental. La identidad es, en este sentido, una categoría problemática del Occidente, porque se ha transmitido una subjetividad heredada que proviene de una clase de dominación, de exclusión, de marginación, de género. Para Fernet-Betancourt (4) no hay sujetos, hay más bien procesos de subjetivación y se van adquiriendo en la medida en que se comparten espacios, rituales, creencias y convivencias, que han sido ya subjetivados.

Uno de los grandes problemas de la interculturalidad es la subjetividad, el sujeto que se es, el sujeto que se ha hecho de nosotros que es muchas veces un sujeto con prejuicios, es lo que realmente

impide un diálogo, es fundamental entonces descubrir procesos de subjetivización que vayan liberando de toda biografía “amarrada” (4).

Desde la visión de la filosofía latinoamericana se lucha por un sujeto dador de sentido y símbolos, este sujeto contrarresta lo individualista del yo moderno, supera el ego cartesiano y se refleja en un nosotros, arraigado a sus orígenes, situado en la tierra y manteniendo sus raíces. Es el reencuentro con una cultura propia que permita conseguir la verdad sobre la condición verdadera de estar aquí en América, un pensamiento nacido en el quehacer diario de pueblo (5).

Granda (6) plantea esta visión cuando señala que “no puede existir objetos consientes con vida estos necesariamente son sujetos, los objetos son alopoiéticos y los seres vivos son autopoiéticos”. Las poblaciones producen su salud, la fuerza o poder fundamental para alcanzarla se encuentra en la población misma, en su vida. Sería una contradicción que esto no fuese así, entonces se considera que la propia vida engendra salud, se requiere interpretar la vida mediante lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegien al organismo como eje de conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio.

De alguna manera, el pensamiento occidental ha llevado dentro de su lógica de poder a adoptar una visión de objetos y como lo menciona el autor anterior, “objetos conscientes con vida”. Ante esto, Guerrero (2) ve la urgencia de plantearse una alteridad más biocéntrica que ponga en eje la vida, es por ello que “debe entrarse en un diálogo de seres, de saberes y sentires, si se quiere seguir tejiendo la sagrada trama de la vida”. Desde esta disertación, se coincide con Guerrero al plantear la necesidad de hacer visibles las otras sabidurías, lógicas y saberes y “escuchar y aprender de esas voces que siempre han estado conversando con la naturaleza y el cosmos, no sólo desde la razón, el conocimiento y la epistemología, sino sobre todo desde la sabiduría, el corazón, la afectividad y la ternura.”

## LA NUEVA VISIÓN SE APROXIMA

Desde la misma ciencia se dilucida que los sistemas vivos no funcionan mecánicamente. Esta afirmación que ahora parece simple e incuestionable, ha sido desconocida y negada en el desarrollo de la ciencia occidental, lo que ha determinado la manera como se ve

y trata la naturaleza: la tierra, los ríos, las plantas y el propio cuerpo.

De acuerdo a Payán (7) la nueva ciencia ha descubierto que los seres vivos no se comportan como “mecanismos”, sino como “organismos”, es decir, como “unidades funcionales y estructurales en las que unas partes existen por y para las otras en la expresión de una naturaleza particular, resultado de una dinámica autoorganizativa y autorregenerativa.”

Esto quiere decir que los sistemas vivos, incluyendo el planeta y el cuerpo humano no se fabrican por separado y se ensamblan después. Surgen en el devenir de la compleja red de relaciones que es la Vida, esta red implica un orden dinámico intrínseco que determina a cada instante, una “racionalidad inherente”, una “conciencia universal” y una sabiduría.

En el caso de Latinoamérica se ha demostrado cómo en medio de sistemas de coerción y represión de los sistemas sociales han brotado redes de conversaciones capaces de generar creatividad y ampliar los horizontes de la convivencia humana en el amor. Es precisamente Maturana (8) quien plantea la biología del amor como fundamento del bien-estar en el vivir y el convivir como dinámica relacional en el hecho, que el amor consiste en las conductas relacionales, a través de las cuales el otro, la otra, si mismo, lo otro, no somos seres clasificados por partes sino que somos un todo.

Desde la Salud intercultural se está construyendo una práctica futura de los profesionales de la salud, no por decisión de los propios sistemas de salud, sino porque en una sociedad globalizada, las diferencias culturales como signos de identidad de los individuos y de diversas colectividades adquieren una preeminencia que está modificando la estructura misma de las relaciones sociales. Por esta razón, los profesionales de salud se enfrentan a una nueva frontera para su desarrollo: la interculturalidad, para la cual se debe tener una mirada que abarque desde la formación de los recursos humanos hasta la formación de políticas públicas de salud intercultural.

El Estado como ente encargado de velar por todos los bienes patrimoniales de una nación, es menester incluir dentro de sus políticas los principios de los paradigmas “otros”, como por ejemplo, el “buen vivir o el vivir bien” que viene de la cosmovisión ancestral de los

Aymaras y Quechuas, en donde no hay un Yo sino un nosotros, donde no es posible vivir bien si hay otro que vive mal, no me puedo sentir mal si hay otros u otros que sufren penurias, pasan hambre y no se hace nada por ellos (9). Si no se generan políticas públicas adecuadas, sensatas y sin manipulación, seguiremos teniendo sociedades enfermas, personas individualizadas y reproductoras de pensamientos, seguiremos viviendo la separación del corazón y la razón.

Gudynas (10) explica que la idea del buen vivir emergió por la disconformidad frente al desarrollo convencional y la búsqueda de alternativa para mejorar la calidad de vida y proteger a la naturaleza, es una construcción multicultural con los aportes de las cosmovisiones de varios pueblos indígenas y la confluencia de varios paradigmas como el desarrollo humano, el etnodesarrollo y el cuestionamiento a la mercantilización de la naturaleza.

Este paradigma de vida se fundamenta en cuatro principios de la cosmovisión indígena andina: la relacionalidad que se refiere a la interconexión entre todos los elementos de un todo; la reciprocidad que tiene que ver con la relación recíproca entre los mundos de arriba, abajo, entre los seres humanos y la naturaleza; la correspondencia que se refiere a que los elementos de la realidad se corresponden de una manera armónica; y la complementareidad que se basa en que los opuestos pueden ser complementarios.

Es por ello que una de las preocupaciones de Granda es el proponer dentro de la salud pública alternativa la interpretación y reinterpretación del futuro en forma distinta a la clásicamente establecida. Debe también mirarse el presente para interpretar la vida de los organismos y poblaciones, y explicar la forma como emergen las propias normas de la sociedad, del organismo o del cuerpo. Esta interpretación diferente no sería solo del tiempo, sino también del espacio, ya que, el tiempo y el espacio están imbricados en la acción humana.

## CONSIDERACIONES FINALES

Corazonar, una sabiduría de los sentidos y de las emociones, en este sentido hoy se sabe que se existe, no sólo porque se piensa, sino porque se siente, porque se tiene capacidad de amar. Por ello, hoy se trata de recuperar la sensibilidad, de abrir espacios

para Corazonar, propuesto por Guerrero desde la insurgencia de la ternura que permitan poner el corazón como principio de lo humano, sin que eso signifique tener que renunciar a la razón, pues de lo que se trata es de dar afectividad a la inteligencia. A partir de las sabidurías ancestrales.

Es necesario volcar la mirada hacia si mismos, la identidad no es única y monolítica, la filosofía latinoamericana está resurgiendo al igual que la cosmovisión indígena, propia del continente. El ser humano es emocional, busca la conexión con el entorno, con la naturaleza, sólo hay que dar las herramientas para reconocerlo.

El sistema de salud actual está obligado a dar un giro con la urgencia necesaria para poder reconstruirse, para poder saldar las deudas históricas económicas, políticas, y culturales. Debe mejorarse los sistemas, debe pensarse en el otro bajo la alteridad necesaria, si estos cambios se pueden dar no se caería en la utopía sino en algo tangible para el bien de nuestra sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durand G. La imaginación simbólica. Amorrortur Editores. Buenos Aires. 1964.
2. Guerrero P. Corazonar. Una Antropología comprometida con la vida. FONDEC, Paraguay. 1997.
3. Holton J. La imaginación científica. Fondo de Cultura Económica. Argentina. 1973.
4. Fonet-Betancourt R. Reflexiones de Raúl Fonet-Betancourt sobre el concepto de interculturalidad. Consorcio Intercultural. México. 2004.
5. Kush R. América Profunda. Biblios. Buenos Aires. 2000.
6. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, Hoy?. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(2). Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864)
7. Payán S, Monsalvo J. Salud de los Ecosistemas: desde el sentimiento de ser naturaleza, con esperanza y alegría. Formosa. Disponible en: [http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Salud\\_de\\_los\\_Ecosistemas.html](http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Salud_de_los_Ecosistemas.html). 2010.
8. Maturana H. Transformación en la convivencia. Dolmen. Chile 1999.

9. León J. La participación en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica? Venezuela: Asociación de Profesores universitarios; 2011
10. Gudynas E. Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo. Separata Destacas del Foro Social Mundial 2011, en América Latina en Movimiento (ALAI). N 462. Quito, 2011.

## **VIOLENCIA CRIMINAL EN VENEZUELA: EL RETORNO DE LAS TRIBUS**

**Luisa Figueredo**

**RESUMEN:** Estudiar la conducta antisocial representa un desafío apasionante y complicado a su vez que hasta mediados del siglo pasado se fundamentaba en el positivismo. Actualmente, se reconoce al crimen como un hecho social originado en la misma sociedad cuyas causas deben encontrarse en los dinámicos juegos e interrelaciones impuestos por las estructuras de poder. Por consiguiente, la violencia criminal es una de las realidades más inquietantes de la sociedad venezolana dada su repercusión, sus efectos y sus consecuencias en la calidad de vida de las personas, convertida actualmente en un problema de salud pública. En este ensayo se pretende analizar el fenómeno a través de una revisión documental con una mirada sociológica a determinadas tribus urbanas descritas por Maffesoli cuyos homicidios y actos delictivos se distinguen por su teatralidad utilizados para reconocerse socialmente entre ellos las cuales presentan una serie de particulares características donde se aprecia la aparición de una estética del primitivismo y de lo animal, desapareciendo el individualismo para imponer el tribalismo, el grupo y la comunidad.

**Palabras Clave:** Violencia, criminalidad, tribus.

### **INTRODUCCIÓN**

Estudiar la criminalidad venezolana representa un enorme desafío, pues muchas veces se obvian aspectos desconocidos de la misma, mientras que otros análisis la vinculan directamente con el tema de la política, conmocionando a la opinión pública. Aunque no han faltado geniales aproximaciones realizadas desde los diversos análisis criminológicos se hace necesario el debate y el aporte de nuevos conocimientos que permitan la actualización de las nociones planteadas por las escuelas sociológicas con una postura crítica y objetiva despojada del sesgo, destinada a la explicación del fenómeno. En el presente ensayo se aborda una comprensión de los grupos sociales, sus relaciones y sus actos pues resulta evidente que una de las principales características que presenta la violencia criminal es el papel de las tribus urbanas descritas por Maffesoli caracterizadas por patrones de conducta antisociales distinguidos por su atavismo y primitivismo.

El interpretar, deducir, explicar, pensar y analizar, sobre la criminalidad expresada por estos grupos sociales conlleva una revisión a los planteamientos hechos por varios autores y clásicos que van desde Durkheim, hasta Gabaldón, destacando muy especialmente al sociólogo francés con sus estudios, ya que, dentro de sus perspectivas se logra comprender este hecho social bajo un interesante enfoque que aporta una visión diferente. El concepto de la tribu ayuda de manera considerable a entender la situación con otro ángulo de interpretación, porque siempre se ha vinculado a la criminalidad y al delincuente venezolano con la pobreza, con la marginalidad y la exclusión social ignorando un aspecto de vital trascendencia que conduce al rescate de un inconsciente colectivo: forma parte de un grupo; una tribu, con rituales y conductas alejadas de la racionalidad dignas de ser tomadas en cuenta para un análisis sociológico.

Dentro de estas perspectivas se realizó una lectura de información de general y especializada sobre el tema dirigida a captar los planteamientos esenciales con la que puede concluirse que la causa de la criminalidad venezolana subyacente en el retorno a tiempos salvajes por parte de las tribus que habitan en la modernidad.

## ANÁLISIS-DISERTACIÓN

El 11 de marzo del presente año circularon en las redes sociales distintos videos que presentaban detalladamente el supuesto descuartizamiento de 28 mineros desaparecidos en la población de Tumeremo, estado Bolívar. Las imágenes reflejaban la utilización de hachas y motosierras con las cuales eran desmembradas cada una de las víctimas. Ficción, realidad o montaje, el escándalo no tardó en llegar revelando con ello la indignación y el estupor colectivo de una sociedad en la que existe un aumento desbordado del fenómeno delictivo, lo que demanda el mayor compromiso por parte del Estado y de los organismos de seguridad en la protección de la vida de la ciudadanía. Sin embargo, la violencia criminal es una cruda realidad evidenciada en el alto número de homicidios que se reflejan a diario en las estadísticas. Es necesario mencionar también los elementos y procesos que la integran originando el nacimiento de agudas interrogantes que invitan a conocer su alcance y efectos.

En este sentido, puede decirse que la criminalidad es sinónimo

de crimen. Conviene afirmar entonces que asesinar es una conducta reprochable, antijurídica y por regla general culpable (excepto en casos de inimputabilidad, donde no se es culpable pero sí responsable penalmente), que consiste en atentar contra el bien jurídico de la vida de una persona física. El homicidio queda comprendido en la protección penal, el interés por la integridad física y psíquica de la persona su vida, su estructura corporal, la plenitud de su equilibrio fisiológico y del desarrollo de sus actividades mentales. La protección de los atributos vitales del ser humano, sus funciones orgánicas y funcionales se cumple mediante delitos de resultado, de peligro, o que pueden dar con una u otra característica. Hay vida humana cuando una persona existe, desde que es concebida por medio de la unión de las células germinales (cualquiera que sea el medio que haya utilizado para lograr la concepción), hasta que se acaba con la extinción del funcionamiento orgánico vital del humano. La persona muere cuando cesa su función cerebral y se comprueba con el electroencefalograma y si la causa de la muerte fue dolosa o culposa se inicia la investigación criminal.

De acuerdo a lo planteado anteriormente es fácil pensar que se vive sumergido en una cultura de la muerte, convertida cada vez más en un negocio rentable. El mercado ilegal de armas de fuego y la proliferación de las conductas antisociales parecen consolidar el tribalismo en la cotidianidad venezolana, destacando los mensajes subliminales emitidos por los medios de comunicación, el internet y las redes sociales con los discursos plenos de violencia que se propagan de manera instantánea. Gabaldón (1), en sus estudios criminológicos sobre el caso Venezuela, indica que:

*“Podemos entender por criminalidad el conjunto de ocurrencias delictivas registradas en una jurisdicción, en un momento determinado. Estas ocurrencias pueden determinarse mediante multiplicidad de registros cuantitativos, como estadísticas policiales, judiciales, penitenciarias, de salubridad pública, empresariales, de derechos humanos o encuestas de victimización o de autorevelación, así como inferirse de estudios de casos o de áreas geográficas determinadas”.*

En este orden de ideas y en virtud de la trascendencia social del tema en cuestión es obligatorio mencionar a Durkheim para quien la violencia es un fenómeno anormal que surge como efecto

directo de la ausencia de normas o la obviedad de las mismas, estimulado por una sociedad, generando la “anomia”. Por ello, lo único que debe entenderse es la incomprensibilidad, dicho en otras palabras, comprender lo incomprensible, aceptando a la humanidad desde la inhumanidad. Esa misma humanidad reflejada en las tribus urbanas dedicadas a cometer homicidios realizados desde la crueldad expresada grotescamente en los descuartizamientos, estrangulamientos, mutilaciones, calcinamiento y desmembramientos como parte de un espectáculo de sangre que remite obligatoriamente a un análisis de lo primitivo, al retorno de la tribu.

Por otra parte, según los diagnósticos de Foucault la violencia es un dispositivo cuya función principal es limitar el accionar de los sujetos y a su vez, determinarlos lo cual considera un recurso privilegiado para lograr profundizar las características más importantes de una sociedad en conjunto (2). Revisando otras teorías, se halla la de Merton quien propone resolver la anomia con la igualdad de oportunidades y el logro del éxito a través del mérito (3), sin embargo, ello causa que los individuos, se vean impulsados a utilizar mecanismos de acción divorciados de la legalidad y del control social a los fines de lograr sus propósitos. Se impone el “tener” y no el “ser”. Tener el respeto del grupo, de la tribu, del líder, del barrio, implica para estos grupos, la mayor cantidad de muertes posibles en sus particulares historias delictivas. Se impone lo sanguinario, lo dantesco, la teatralidad, a través de la muerte del otro, bajo circunstancias especiales que confieren al acto criminal un tinte religioso. La muerte es la solución a los conflictos que se presentan por la lucha del territorio, matar al “enemigo” es la vía de escape al problema. Matar es percibido como un acto “normal” dentro de su cotidianidad. Es una moda siniestra, pero moda al fin y al cabo cuyos seguidores son iniciados por los delinquentes de mayor experiencia y peligrosidad dentro de la banda.

En una entrevista realizada en el año 2009, al sociólogo francés Maffesoli (4) advierte que:

“Es verdad que, como categoría antropológica, la tribu siempre existió. Pero en la historia de la humanidad ha tenido mayor o menor importancia. Cuando yo acuñé el concepto de tribu, lo hice para señalar una gran diferencia con el siglo XIX, culminación del modernismo: ése fue, justamente, el momento de la superación de la tribu. En esa época se

crearon los conceptos de contrato social, de cuerpo social. La palabra misma, social, fue creada en el siglo XVIII. Lo social es algo profundamente racional. El contrato es el sùmmum de esa racionalidad. Durante toda esa época, lo que prevaleció fueron las instituciones sociales: la escuela, la familia. El objetivo de las instituciones era macroscópico, absolutamente racional, organizado. En esa época existían, naturalmente, las tribus. Pero eran muy marginales, como vestigios del pasado. Ahora asistimos a un retorno de esas tribus. Estamos frente a una organización de la sociedad en tribus. Lo que antes era marginal se ha vuelto central”.

En este contexto se hace obligatorio mencionar a Cohen cuando propone que la subcultura aparece cuando un grupo de personas con problemas de adaptación similares para quienes el Estado no ofrece respuestas, llegan a materializar un punto de encuentro, una subcultura nueva, donde sus limitaciones de aceptación social alcanzan su resolución (5). La propuesta de Cohen retrata el caso venezolano, al observar el crecimiento inusitado de las bandas delictivas que integran la cultura criminal en nuestro país. Moreno (6) en los informes realizados para el Centro de Investigaciones Populares, señala que la muerte de los demás es para ellos una hazaña de la que se glorían por el asesinato mismo. El énfasis lo ponen en la capacidad de asesinar y asesinar mucho. Cuanto más muertos tenga encima y más joven sea el sujeto más digno de admiración y más valioso es con lo que se equipara y aún puede superar a los más “cartelúos”. Para ellos, la muerte del otro es una decisión simple. Está más allá del odio y del amor. No necesita explicación, procesamiento ni racional ni afectivo, se ejecuta y ya está.

Convertido en objetos de culto para las bandas criminales de la sociedad venezolana, El Picure, El Conejo, Oriente, Yoifre, El Niño Guerrero, evidencian la consolidación de una tribu urbana conformada principalmente por mecanismos psicológicos de identificación en las que sus integrantes siguen las instrucciones y órdenes de un líder con historia de vida semejante a la de ellos. En las investigaciones sociológicas contemporáneas realizadas a nivel nacional, es indispensable rescatar la elaborada por Zubillaga cuando afirma que los jóvenes del barrio aprenden la importancia del valor del respeto por parte de hombres que influyen sus modos de conducta en un contexto lleno de iguales que los impulsan a demostrar públicamente su hombría, pues de ella depende la

aprobación externa del grupo (7), se construye así, una masculinidad cimentada en la violencia y el control.

Dentro de estas perspectivas la cultura del malandro venezolano posee una jerga, una vestimenta, un código de honor, una ética individual y grupal manifestada en los modos de relacionarse, lenguajes gestuales, palabras claves, conductas, música, prácticas deportivas, canciones e ídolos en común que los diferencian y fusionan en una minoría. Mención aparte merecen las armas de fuego utilizadas las cuales pueden ser imitaciones elaboradas artesanalmente con una réplica exacta construida a mano o una metralleta de alto impacto. Los tatuajes, la indumentaria, las fiestas y macabros asesinatos hablan de una comunidad organizada desde una búsqueda de afecto y notoriedad ante el otro. La relación de pareja también se encuentra influenciada por un patrón de conducta generalizado destacando la promiscuidad y el intercambio sexual además de la pornografía a solas o compartida con el resto. El sexo se experimenta de modo salvaje, desde lo ancestral con muy poca afectividad y es percibido como un estilo de dominación sobre la mujer. Hay ritmos musicales y peinados propios donde se enfatiza la pertenencia a una banda.

Igualmente, se evidencia que estos individuos provienen de núcleos familiares desintegrados con alto nivel de disfuncionalidad en los que la figura de la madre adquiere un papel preponderante por ser ella la encargada de la crianza de los hijos, con la ausencia del padre. Dicho en otras palabras, hay un resentimiento hacia todo lo que representa la figura de autoridad, el padre ausente marca psicológicamente a estas personas. En resumen, el delincuente es un niño herido, falto de cariño y atención. La atención negada en la niñez a causa de múltiples factores buscada en su edad adulta, a través de un comportamiento anómalo que no reconoce autoridad ni ley.

Por otra parte, dentro de estas agrupaciones el delincuente tiene una moda propia que ha hecho suya gracias a la opinión de la mayoría que le acompaña, donde sus gustos personales son permeados por el gusto de sus cómplices, quienes indican la marca de ropa, zapatos y accesorios a usar para lograr el reconocimiento de sus pares. Prevalece en su comunicación, el dominio de lo trivial, lo banal, transformado en un modo de vida adaptado al permanente consumo de objetos y cosas; las cuales pueden oscilar desde un vehículo hasta una moto, desde un perfume hasta un calzado en

los que reina la fuerza del deseo. Tener, demostrar que se tiene, ante sí mismo y los demás. El exceso es el norte, la búsqueda de un santo grial. Prevalece la empatía y el compañerismo. Se comentan las acciones realizadas con orgullo y sentimiento de prepotencia buscando la admiración inmediata de todos.

El notable aumento de asesinatos registrados en condiciones especiales tales como descuartizamientos, estrangulamientos, mutilaciones y homicidios múltiples cuyo propósito es mostrar la vulnerabilidad del cuerpo humano además del poder y el control ejercido sobre otro ser humano demuestra una vez más la inocultable relación de la violencia con el poder y la dominación, lo que trae a colación la teoría de violencia simbólica de Bordieu donde resaltan las construcciones subjetivas de los agentes del mundo social (8). Wolfgang y Ferracuti sostienen que las subculturas de la violencia se originan a partir de mecanismos identificatorios familiares, como por ejemplo los territorios o países en los que aparece de forma endémica la violencia. Ellos existen en relación con el mundo que habitan y con la posición que en ese mundo ocupan. Sus viscerales masacres difundidas en la red lo confirman (9).

Una solidaridad cómplice nace en cada miembro de la banda al sentirse parte de la tribu confirmada ya su aprobación y entrada al mundo delictivo gracias a la ejecución de diversos actos bizarros. La pertenencia, ya sugerida ampliamente por Maffesoli en sus indagaciones reviste en este caso una importancia suprema. Surge una admiración y una profundización de la identificación, variable ideal para la consolidación de un simbolismo, el cual demuestran públicamente en los videos realizados grabados desde los teléfonos celulares e instalados posteriormente en Facebook, Twitter y otras páginas web, en los que se observa crudamente el aniquilamiento de sus víctimas, comprobando las ideas planteadas por Sartori en su *Homo Videns*: el poder de la imagen. La sociedad teledirigida hipnotiza a sus espectadores con la transmisión de escenas sangrientas de crímenes ante los cuales abunda la más descarada impunidad, sin la debida búsqueda de responsables bajo el silencio colectivo cuyo morbo va in crescendo.

Por su parte, Maffesoli (4) expresa lo siguiente: Se trata de microgrupos emergiendo en todos los campos (sexuales, religiosos, deportivos, musicales, sectarios). Se regresa así a lo anterior

al llamado mito del progreso, a la gran estructuración societal constituida a partir del siglo XIX. Así, la imagen del tribalismo en su sentido estricto simboliza el reagrupamiento de los miembros de una comunidad específica con el fin de luchar contra la adversidad que los rodea. Haciendo referencia a la jungla de asfalto que está muy bien representada por las megalópolis contemporáneas latinoamericanas, verbigracia la Ciudad de México, San Paulo, Tijuana, Río de Janeiro, Caracas, Cartagena, Buenos Aires y otros, es evidente observar cómo se reestructuran esas pequeñas entidades grupales. Estas “selvas de piedra” no son más que uno de tantos ejemplos en donde se observa que la dinámica social se da más que nada en el interior de las mismas sociedades, dentro de las mismas megalópolis. Se hierven en ellas dinámicas tan importantes como lo es el “sentimiento de pertenencia”, es decir, un reconocimiento mutuo, es el hecho de ceñirse y codearse unos con otros, donde se favorece una forma de solidaridad. Esta idea del tribalismo continúa teniendo así, gran importancia y marcará sin duda la dinámica de las sociedades en los próximos decenios”.

## **EL DESCUARTIZAMIENTO, LA NUEVA MARCA DEL CRIMEN EN VENEZUELA**

Desde hace más de una década los organismos de seguridad declaran su impotencia ante la ola de criminalidad salvaje que ha crecido de forma vertiginosa en el país. Se observa la disminución de la posibilidad de identificación de la víctima, dada las características de las mismas por descuartizamiento, calcinamiento y desmembramiento, la fragmentación del cuerpo de la misma, una frecuencia tiempo-espacio y una ubicación geográfica de los cadáveres totalmente atípica. Torsos, manos, cabezas, troncos y piernas son hallados en diferentes sitios de las principales ciudades del país acaparando la atención de la opinión pública nacional e internacional dadas las características de estos cadáveres encontrados en condiciones especiales. La identificación de restos humanos conocidos es un proceso encaminado a obtener la identidad de las personas cuyas características distintivas se han desintegrado o su cuerpo se ha transformado totalmente, a través de la recolección y el agrupamiento de los caracteres propios de una persona. La identificación científica

de cadáveres involucra la utilización de todos los elementos que la ciencia médica y la odontología aportan al estudio de los cadáveres y los restos óseos. Cuando la ciencia médica permite identificar un cadáver, otorga elementos de gran relevancia y significación en la resolución de los casos judiciales.

En este orden de ideas, Antillano (10) en una entrevista realizada para la página web Contrapunto declaró que estos descuartizamientos son parte de una violencia instrumental: “Una violencia que, en sí misma, es una fuente de reconocimiento, de sentido, tanto para el que se ve afectado, como para el que la ejerce. Creo que esa violencia se está convirtiendo en una violencia de orden instrumental, es un medio para conseguir un fin: robar, secuestrar, cobrar un rescate, eliminar adversarios, controlar determinados territorios, extraer renta de esos territorios”.

Por consiguiente, esta violencia conlleva la identificación de cadáveres con el empleo de diversas técnicas o métodos técnicos. Todos son importantes, y aunque unos sean más efectivos que otros, al aportar datos más concluyentes, no debe despreciarse ninguno, pues a veces el resultado de una identificación plena puede depender de la utilización conjunta de varios de estos métodos. El mecanismo de la muerte, la etiología de la misma, el estado de conservación de un cadáver, y otras circunstancias, son factores que influyen en el orden de los pasos a seguir. Así, en casos de cadáveres recientes, lo habitual es emplear la dactiloscopia, que no sirve, sin embargo, en supuestos de encontrar los cadáveres calcinados.

Cabe destacar que a la Brigada contra Homicidios adscrita al Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas se le dificulta la identificación de cadáveres en condiciones especiales, por la ausencia de laboratorios de investigación dotados de equipos actualizados con la más alta tecnología, inexistencia de una base de datos, los retrasos en la necrodactilia, la escasez de personal en el área de antropología, dactiloscopia y odontología forense, entre otros elementos, generando una distorsión al proceso de resolución de identificación de cadáveres en condiciones especiales.

Ahora bien, es lógico suponer el deber del Estado en cuanto a la obligación de identificar el cadáver, o de confirmar su identidad por medios técnicos, aún cuando estuviera ya supuestamente identificado. Pero la tarea se dificulta cuando ese cuerpo aparece desintegrado

en partes, cuando el autor del crimen distribuye los miembros de un cuerpo en determinadas zonas geográficas, obstaculizando el esclarecimiento de la verdad y la sana administración de justicia. Los cadáveres descuartizados se encuentran tan desfigurados, por el propio mecanismo de la muerte o por fenómenos putrefactivos, que resulta imposible su reconocimiento.

Siguiendo con las ideas anteriormente plasmadas los criminólogos venezolanos indican que esta nueva modalidad criminal obedece a una conducta carcelaria que impone el descuartizamiento de un cuerpo acatando sumisamente las órdenes de los pranes mediante un comportamiento sádico y patológico, con un *modus operandi* instalado en las urbes modernas que deja su “marca” perversa. Otros sostienen que la intención de un descuartizamiento es hacer desaparecer el cadáver dificultando su identificación, ya que, el victimario pretende desaparecer el cuerpo de una forma rápida desmembrándolo mientras que algunos sostienen que estas muertes son el efecto de mentes psicópatas o esquizofrénicas, aunada al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

Finalmente, es necesario advertir el elemento de la reacción en cadena generada por el auge descarado de este fenómeno: atrás quedó el cuchillo y la navaja, hoy son comunes las hachas, las motosierras, los linchamientos colectivos y las amenazas a los cuerpos policiales registradas en videos posteriormente difundidos en la red que dejan ver la ausencia del miedo a los responsables del control social. Maffesoli tenía razón.

## CONCLUSIONES

Maffesoli estudia a la sociedad posmoderna planteándola como una práctica de resistencia al control social gracias a la potencialidad de la vida cotidiana como condición para el surgimiento de nuevas colectividades donde resalta el tribalismo y el hedonismo traducidas en acciones colectivas que permiten el escape de ese control, razón por la que se considera pertinente su vinculación con la conducta criminal en Venezuela, la cual posee una serie de aspectos de enorme relevancia social entre ellos la implantación de modos delictivos provenientes de otras culturas y países reproducidos por los medios de comunicación de masas, a través de una publicidad constante

que genera comportamientos atípicos. Son los grupos quienes dan sentido a sus acciones y justifican sus asesinatos cometidos en nombre de su reputación y de los diversos códigos morales internos manejados por estas bandas.

A su vez, la disfuncionalidad familiar, la incomunicación y la desintegración de los vínculos sociales favorece la propagación como una reacción en cadena de hechos violentos criminales donde cobra fuerza el protagonismo de las muertes violentas, la aparición de cadáveres en condiciones especiales tales como descuartizamiento, calcinamiento, desmembramiento y otros cuyas cifras oficiales y no oficiales van en aumento, por demás gigantesco, con alarmantes incrementos en sus proporciones, reflejando con ello la pérdida del respeto a la vida como derecho humano, además de la fragmentación de los valores los cuales han sido sustituidos por una cultura de consumismo, voraz y salvaje que amenaza con socavar la estabilidad de las instituciones las cuales ya no ejercen su legitimación. En resumen, el tiempo de las tribus llegó a Venezuela, sin duda alguna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gabaldón L. Criminalidad, reacción social y política criminal. Disponible en <https://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/rekrim15/art4.pdf>. 2006.
2. Foucault M. Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión. Siglo XXI. Buenos Aires. 1989.
3. Merton R. Teoría y estructuras sociales. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
4. Maffesoli M. El Tiempo de las tribus. Siglo 21 Editores. 1era Edición en español. Argentina. 2004.
5. Cohen A. Delinquent Boys: The cultura of the gang Nueva York, Free Press of Glencoe. 1955.
6. Moreno A. Investigando sobre violencia delincuencial en Venezuela. Centro de Investigaciones Populares. Caracas: Revista de Investigación en Psicología 2011; 14(2):97-117.
7. Zubillaga V. La carrera moral del hombre de respeto y armas. Historia de vida de jóvenes y violencia en Caracas. Caracas, Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria 2005;

- 5(1). Disponible en: <http://w2.ucab.edu.ve/revistavenezolana/depesicologiaclinica.html>
8. Bordieu P. La dominación masculina. 3era Edición. Anagrama. Barcelona. 2000.
9. Wolfgang M, Ferracuti F. La subcultura de la violencia. Fondo de Cultura Económica. México. 1971.
10. Antillano A. Entrevista realizada por Héctor Bujanda para Contrapunto.com 16 de agosto 2015. Disponible en: <http://contrapunto.com/noticia/andres-antillano-el-aumento-de-la-represion-es-una-chispa-eficaz-para-los-estallidos-sociales/>. 2015.

## EL TERRORISMO SUICIDA LA VIOLENCIA INSTITUCIONALIZADA DEL ISLAM POLÍTICO

Iptisam Salame

**RESUMEN:** Asir la filosofía para interpretar el fenómeno del suicidio durante la revolución suscitada en las naciones árabes y específicamente en Siria denominada primavera árabe, es idóneo en estos momentos, prosiguiendo una aspiración digna de cualquier intelectual o filósofo, que procura despedazar aquella coraza que envuelve el claustro filosófico y lo mantiene estático remotamente de una significativa vinculación con las enmiendas que ameritan los fenómenos sociales, embalados de conflictos, disputa y colisión entre los implicados activos y pasivos de la sociedad, tomando una posición meramente parcial, sin proyectar su reflexión, hacia una praxis contribuyente en la construcción de ética y moral de la sociedad pilares fundamentales para alcanzar la justicia y la paz como fines últimos, al fin y al cabo la presente interpretación reitera un esfuerzo filosófico objetivo y no simplemente un porfía política o discurso subjetivo frente a ese raudal holocausto que afronta la población siria y compromete la conciencia humana, indiscutiblemente es desalmado ver como las almas inocentes se abrazan en el danzar de la muerte, mientras Tánato e Ishtar disfrutaban la indolencia del mundo.

**Palabras Clave:** Primavera árabe, violencia, suicidio, religión, fundamentalismo, guerra.

### INTRODUCCIÓN

Los fenómenos actuales en la región del medio oriente árabe se vincula con una estructura histórica de carácter comprimido y crónico, que se interconectan con el poder de los regímenes políticos instaurado en la región después de la Primera Guerra Mundial, en que las potencias coloniales han tenido un papel relevante en su edificación y el establecimiento desde sus dispositivos fundamentales, aunado a los acontecimientos internos que han concebido el sistema opresivo mediante la toma del poder violentamente con el patrocinio de los golpes militare y la anulación y la privación de los derechos regionales y los componentes básicos dentro de los vértices políticos de dichas naciones, prácticas que han conllevado a afianzar la dependencia económica, el fracaso de los programas de desarrollo, el despilfarro de los recursos naturales y económicos sin menoscabar el desangre de las potencias y talentos humanos debido a las guerras internas y externas,

y la fuga masiva de ellos a otras fronteras del mundo para quedar atrapados en los campamentos de refugiados tal como en Jordania, Turquía, o pasar a ser mano de obra barata en los países europeos con población envejecida de forma crítica, por ejemplo, Alemania.

Luego de lo mencionado, surge otra problemática de gran dimensión, lo cual se exterioriza en la naturaleza de la estructura estatal dentro del patrimonio político cultural que consagra el dominio central del gobierno, quien rechaza terminantemente el derecho a la autodeterminación del pueblo e impugna cualquier modelo de distribución de competencia según establece el principio de la descentralización y sus amplios alcances. La correlación de todas estas polémicas y la complicación de hallar soluciones concretas basadas en la democracia, la convivencia, y la tolerancia, ha labrado un terreno fértil para la pérdida del valor de la ciudadanía, la falta de identidad nacional a favor de las afiliaciones y lealtades locales.

Coincide al mismo tiempo con la activación del Islam político, que ha contribuido en la propagación del terrorismo declarando la guerra santa el yihad en contra de los infieles del Islam, atrayendo a su vez las fuerzas de las sectas leales para contratarlas y ponerlas al servicio de sus contiendas políticas con el fin de absorber el poder y cautivar el monopolio del poderío de la nación. De lo anterior puede apreciarse cómo se gestó el suicidio, mecanismo fundamental del terrorismo del islam político como se aprecia claramente en las raíces del terrorismo y como señala wahabí Ahmad S Mansour, cuando expresa “compañeros monoteístas sepan que cuando levantamos la bandera de la yihad en esta tierra no será suficiente para que las fuerzas de los cruzados infieles malévolos de Irak, sino para esforzarnos por establecer el estado de un califato a lo largo de los países musulmanes y luego completar el curso de las conquistas islámicas bendecidas en respuesta a la llamada del Todopoderoso, aunque nos costara luchar en contra de todas las fuerzas de los infieles sean mayores o menores hasta que la persecución se desvanezca y la religión sea solamente de Alah” (1).

## LA RIQUEZA COMO DESGRACIA

Es necesario mencionar que las coyunturas actuales giran en un escenario geográfico y punto estratégico destacado desde momentos remotos del pasado precisamente en el centro de una civilización

semita de gran importancia en torno a las ciudades de Ebla y Ugarit y donde el bronce se conoció por primera vez en la historia, allí justamente donde la cultura sumeria se desarrolló y pinto un cuadro pintoresco con las pinceladas de otras civilizaciones a saber las egipcia, cananea, hitita, hebrea, asiríais, persas, griegas, selúcida, romano, árabe, mongol, otomán y francesa, hasta lograr la independencia a finales de la II guerra mundial. Se hace referencia a un legado cultural digno de admirar y que narrar sus detalles llevaría infinidad de páginas. Es imprescindible recordar la importancia de Siria desde los egipcios, puesto desde aquellos tiempos arcaicos ha sido codiciada y condicionada para fungir como un campo de batalla sangriento por las razones, desgraciadas, mencionadas anteriormente, en especial a la relevancia de su ubicación transcendental para ellos.

En cuanto a los persas su aprecio es muy significate porque desde su suelo se extendía el puente hacia su imperio universal que soñaban e incluso su Misia islámico nacerá, desde aquel entonces esa lid persistió en el tiempo como una perenne obra dramática, pero con diferentes actores, un escenario estampando con sangre como huellas imborrables de trifulcas que han cosechado incontables mártires, inocentes y criminales, que han expresado la crueldad humana en su máxima fealdad superando la imaginación humana, esto confirma de algún modo que las coyunturas actuales, pese a su denotación moderna, no son distintas simplemente se repiten el guion, actualizando los actores principal y los autores intelectuales y materiales.

Para pensar con serenidad el fenómeno y abordar los elementos principales y secundarios que conllevaron a su fermentación y desde luego a manifestarse como la revolución de la primavera, es imprescindible identificar el mismo y recordar que es un conflicto, que es una coyuntura que acoge la posibilidad de exteriorizar el horizonte cultural, histórico y social de una persona, grupo o toda una sociedad, afirmando lo que Antonini Fausto (2) , en su obra “instinto de agresión” en la vida del hombre, y las causas que empujarían al hombre a la destrucción de sí mismo y de los demás, pues la agresividad surge de la represión del instinto vital, y su forma más importante sería la derivada de la represión de los instintos psico-sexuales, que tendría su origen en formas culturales, normas sociales, ideologías, entre otras.

Más aun pone en evidencia hasta qué punto el sistema educativo fue productivo en la gestación de una juventud laureada diestra

para carear los circunstancias de pugna, dispuesta a remediar los enfrentamientos emergidos en un momento histórico decisivo, y que pueda conducir una nación a los laberintos fanáticos y fatalista. Sin embargo, para realizar lo predicho es irremplazable un epojé fenomenológico que cierra completamente entre paréntesis todos los bandos del conflicto, como la realidad que se quiere concientizar, y de ese modo poder afrontar la verdad de ese fenómeno.

Todo lo anterior se puso en manifiesto a lo largo de los casi cinco (5) años sangrientos de un conflicto bélico, que ha dejado como saldos negativos millones de muertos, entre víctimas civiles, y bajas militares, sin obviar millones de refugiados en condiciones mínima de dignidad humana, devastación de ciudades milenarias patrimonio de la humanidad como Aleppo, donde el lenguaje, el odio, la ira y la represión brutal ha tachado sus edificaciones con líneas explosivas dejando la memoria de grandes civilizaciones vueltas en llamas y ceniza, suprimiendo cualquier huella de aquella nación que convivía hace poco en plena armonía y considerada uno de los países más seguros del mundo en comparación con países del primer mundo.

Un gris escenario donde ambos bandos del conflicto se han afanado en trazar las líneas de muerte en cualquier espacio, indiferente quien podría yacer bajo esas líneas mortales, escenario trágico donde el bombardeo anónimo robaba vidas inocentes, y el alcance de los misiles se extendía en una circunferencia aniquiladora, que amontonaba los cuerpos sin vida en cementerios móviles, dando testimonio de la ferocidad de un fanático y la bestialidad que un régimen gubernamental pueda destinar para opacar cualquier intento de hurtarse el poder, especialmente frente a las posiciones pacíficas de la ciudadanía que ha silenciado su voz por más de 40 años robándole el sueño de ser libre y autosuficiente. En unos 185.000 kilómetro cuadrados, la justicia se fugó con la tolerancia y la paz, al percatarse que todos los males de la sociedad se han fusionado en una alianza nefasta que arrasaría la tolerancia y la convivencia a un travesía sin retorno, por los vientos que soplan y cargados de olores de pólvora y gases provenientes de armas químicas en las que ambos bandos esconden la mano para atribuirse su responsabilidad, más no en sacarle el lucro a una oportunidad luctuosa en las que miles de inofensivos pobladores han de reembolsar su vida por ella.

En este preciso escenario se ubican dos bandos, que más adelante

se irán definiendo cada una de sus características para ir armando el rompecabezas que ayude a comprender el porqué del llanto de la luna de aquel marzo del año 2011 en una Siria que aparentaba ser una república cosmopolita frente los ojos del mundo, pero ¿Qué hay detrás de esa nación pacífica que no demora en mostrar su faceta bestial? ¿Qué ponen en interrogantes las razones del sanguinario desenlace suscitado de la nación donde nació el primer abecedario del mundo?

El primer bando es el régimen militar con manos de hierro, de inquebrantables reglas, intolerante a la libertad de expresión, investido de una ideología política basada en una combinación de panarabismo y socialismo cuya denominación es socialista y en su fundamento es opositora a la monarquía, sin embargo, su presidente ha heredado la presidencia en circunstancias peculiares, recordando bien que su constitución establecía la edad mínima para ser apto a postularse a la presidencia es de 40 años, sin embargo lo predicho no fue impedimento para que la Asamblea Nacional enmendara dicho detalle en menos de media hora, para entonces perdurar en la presidencia heredada de su padre que llegó a la presidencia, a través de un golpe de estado y presidir el gobierno desde 1971 a 2000.

El segundo bando así llamados por los medios internacionales, surge luego que las protestas pacíficas se intensificaran en contra del presidente y el régimen que representa, y logran formar una guerrilla tenue en el norte de Siria, que pasa a conformarse y tener más poder a comienzo del 2012 y convertirse en el Ejército Libre de Siria, que participa en enfrentamientos aislados y en la guerra civil que se vive actualmente en Siria. En este proceso de epojé realmente el transcurso de los acontecimientos no es de vital importancia lo que sí es elemental es poner en paréntesis la amalgama epistemológica de los rebeldes, con la pretensión de aprehender la fuente que genera el caos, y la procedencia de los patrones violentos de los rebeldes y el motivo de su brutal acción, tomando en cuenta, que precisamente la revuelta brota, debido a la opresión del régimen y su intento brutal de callar las voces protestantes, es más ese epojé hace la interrogante de ¿Cómo un movimiento pacífico desemboca en un camino sangriento? ¿Por qué el oprimido se convierte en opresor? y la interrogante más inquietante de todas ¿Cómo y por qué los salafistas? Un marcado paréntesis para aprehender las razones por la cual una nación derroca un régimen opresor y posteriormente se adjudica a otro radical, fatalista y como

si fuera poco de una ley que remota a casi más de 1.400 años atrás, cuya enseñanzas es intolerante frente la libertad personal ,dar con objetividad sobre ese fenómeno un mero análisis mental, es ir más allá de la subjetividad con la misión de tantear el tuétano de un fenómeno social, que ha roto los pronósticos y los paradigmas que tratan o han tratado de interpretar el mismo.

## EL CURRÍCULO OCULTO

En la siguiente imagen se resaltan unos elementos fundamentales en el currículo educativo, donde la figura del docente se encarga de destrozarse la dignidad, la autoestima y la creatividad. Allí es prudente detenerse en el currículo oculto basado en la exclusión y el sectarismo, y la educación religiosa desde temprana edad, cuando cada grupo de estudiantes se dirige a su sección de educación religiosa, separándose de su grupo completo, desarrolla su actividad religiosa en un espacio hermético lejos de cualquier interacción con grupos pertenecientes a la otra religión, son muchas las interrogantes que se hacían los estudiantes, la primera ¿Por qué nos separan? ¿Por qué no puedo asistir con Miguel a su clase de religión católica? ¿Por qué Abdualaha no me ensaña a leer su libro sagrado el Corán?, Ése bullicio mental quizás es el primer eslabón de la cadena de esclavitud mental donde se va estableciendo el sectarismo, la subordinación en las espacios de aprendizajes escolares, todo lo detallado en los párrafos anteriores afirma lo que Torres(2) expresa: “La dominación de una clase sobre otra se produce de una manera más eficaz cuando se lleva a cabo, a través de un proceso de hegemonía ideológica, mediante la creación de esa conciencia y de un consentimiento espontáneo en los miembros de la clase social sometida, sirviéndose para ello del apoyo que le brinda su control del Estado. La misión de esta hegemonía es la de reproducir en el plano ideológico las condiciones para la dominación de clase y la perpetuación de las relaciones sociales de producción y distribución”.

Hace su entrada, también, la inculcación emocional, donde Dios resuelve todo, igualmente se siembra el miedo al castigo de Dios, a la tortura y a arder en el infierno como castigo por incumplir las enseñanzas, los rebeldes al tomar el control, también lo hacen del rol del opresor, más aun toman el rol de Dios, a tal punto de no saberse quién está en lo cierto ellos o aquellos, que Nietzsche hacía

referencia que han matado a Dios, aquel fue sutil comparado con aquellos, el tener el armamento, no deja duda que valga para culpar su crueldad, pues se tiene la certeza que está aplicando la justicia, no tienen mucho que pensar, ya que fueron 40 años de opresión por aquel infiel cuyo estatus religioso pertenece al staff de los pecadores que serán ejecutados por las manos de los fieles.

## LOS SALAFISTAS COMO ALTERNATIVA EN EL PODER

Ubicarse en la línea del tiempo y devolvernos cinco (5) años atrás facilita visualizar y comprender como era aquella nación Cosmopolita que iba al par con los avances tecnológicos y una vida llena de manifestaciones modernas, aparente libertad de acción y decisión ciudadana, amerita una profunda reflexión para comprender como emergen los Salafista como alternativa de gobierno a quienes acuden los rebeldes para valer sus derechos frente a una autoridad laica que ha implantado la modernización de todas las dimensiones vivenciales cotidianas y pareciendo a simple vista que lo ha logrado de modo satisfactorio pero los acontecimientos recientes refutan esa visión, cuando nos percatamos como Salafistas toman las riendas de la mano de los rebeldes voluntariamente y con su franca aprobación, para luego poner en marcha planes de ejecución y crueldad atroces, cometiendo violación de los derechos humanos e incurriendo en crímenes de guerra y lesa humanidad, superándose a la autoridad del régimen oficial en tortura y vandalismo.

Así mismo, aquella nación que fue educada con la mano de hierro gubernamental y le pregonaban que no entendía más lenguaje que el palo y golpearle la mejilla, retoma su rienda y coge con fuerza ese mismo palo con el que fue torturado, convoca su propia asamblea, proclama su propio jueces y en ellos encomiendo su confianza para que se haga justicia, a través de los tribunales populares que son dirigidos a complacencia, agotando cualquier método para acabar con el régimen y vengarse de quienes se vinculen con las fuerzas de seguridad nacional, shabijaa o mujabarat, los temidos colectivos armados afectos al gobierno cuyo miembros eran personas de constitución física gigantesca que sembraba el terror al presentarse en cualquier sitio (4).

Todo lo anterior acontece en plena frustración e impotencia popular, en el momento en que la población pierde confianza y

credibilidad en su sistema jurídico, en su asamblea nacional y en su propia constitución y retorna al pasado glorioso, al pasado, ya que, no pudo enfrentar los retos presentes con un contrincante poderoso y opresivo, en el pasado (en el salaf) tendrá el remedio de todo mal con ellos si podrá ser feliz ,ellos serán el árbitro justo, ellos son los herederos del trono del bien, junto con ellos hará llegar su voz, y en mano de ellos hará justicia, y solamente los Salafistas armados hasta los tuétanos podrán vencer la muerte y alcanzar el triunfo del bien que tanto anhelan, ya el pueblo está cansado de la justicia humana, solamente es convincente la justicia divina que únicamente los Salafistas sabrán aplicar.

No cabe duda que aferrarse al pasado y acobijarse en sus días gloriosos es una patología famosa en los casos de fracaso, puesto que el adolescente quien experimenta momentos dolorosos en su presente debido a los acontecimientos que han quebrantado su posición y autoestima, tomara de su pasado feliz un refugio que le provee la santificación que el necesita, tal como lo anuncia Mustafa Higazzi (1).

No es sorprendente que la fuerza de las armas y la pólvora, causa un cambio radical y estructural en las partes del conflicto, cualquier inclinación de la balanza cambia el rol dependiendo de a quién favorece, aquí el lenguaje armado adquiere su máxima dimensión incluso su utilidad para atrapar una significación poderosa mágica y de allí los rebeldes orgullosos de sus armas, exhibiéndola como un tesoro preciado, no simplemente por su valor económico, sino por lo significativo de llevar el poder, es su símbolo de existencia y resistencia, la violencia es la única vía para acabar con el complejo de inferioridad, de temor, de sumisión que han sembrado en él desde tempranos años de su vida en la escuela y en cada espacio de su Dasien, si no vences o serás vencido, y solamente con los Salafistas armados podrán invertir los miembros de una ecuación, donde el arma es la incógnita que una vez hallada, acaba con hegemonía del opresor, y allí es donde se precisa la acción violenta del hombre, la destrucción o la rebeldía, esa necesidad improrrogable para conquistar y seducir la muerte por medio de la violencia es la única elección de aquellos seres, sin elección.

Disfrutar la muerte, gozar de los suicidios y detonar un ser viviente con explosivos no son actos desquiciados de enfermos esquizofrénicos o son indicios de desequilibrios o trastornos mentales, el amor y el deseo de ser

sacrificado por el grupo detonándose dinamitas o cualquier explosivo, es la conquista del paraíso, lugar merecedor de aquellos oprimidos que dan derrochado su vida en defensa de los fieles en contra del régimen autoritarios, ateos, un régimen que no respeta la enseñanza de Alah, y de los ancestros (los Salafistas), cuya interpretación del Corán es la única constitución a que debe atenderse y seguir.

Emplear la violencia y la brutalidad de parte de los opresores luego de respirar los vientos de la primavera árabe, no implican que hay que ser violento, no implica ser fanático, ser violento se convierte en una buena disyuntiva para superar todas las inculcaciones emocionales negativas , todo aquel adoctrinamiento en contra el currículo educativo de los ancestros (El Salaf), es el triunfo a todas las preocupaciones del presente y el futuro, temores por los giros del destino que pueda confrontar con fracaso, la violencia acabara destruyendo los sentimientos de culpa arraigada en la psique del ser oprimido, la violencia bombardea el egoísmo, eleva el ser y se convierte en el total de los seres oprimidos, arrebatada la autodeterminación colectiva, resguarda su estructura básica, y sobre todo aviva la esperanza de la justicia y el deseo de invadir la supremacía de los valores humanos predilectos ,eso nos explica de grosso modo como se germino y broto la violencia como fenómeno en Siria ,luego de una ingrátida manifestación pacífica se desvirtúa para transformarse en una revolución sangrienta que tiñe los ríos Tigris y Éufrates de rojo.

## CONCLUSIÓN

La conciencia ha convocado a una congregación de filósofos del siglo XXI para un nuevo despabilamiento de la filosofía como ciencia y arte de la vida en pro de la paz luego de ese largo pernoctar, largo tiempo entre las costas de la indiferencia y residir en los lares de los claustros académicos, produciendo textos y ensayos colmados de frases pletóricas de cadentes de acción, simplemente de espectador en un rincón dónde su voluntad es bloquear, por no presentar una salida a la condición de conflicto que emerge del fenómeno presentado.

La sangre de millones de almas inocentes proclama que la comprensión y la aprehensión no se queden en mero actos filosóficos sin que su eco trascienda más allá de las fronteras del conflicto y toca

el fondo de una realidad social, en la que el auténtico filósofo es el legítimo científico que fomenta con su constructo a la sensibilización de las masas, a través del abordaje de la misma existencia humana en cada ser típico como estableció Hussler cuando enfatizaba sobre la experiencia o la conciencia de algo en especial que consideraba que la tarea del filósofo sea una responsabilidad social frente a los problemas del mundo (5).

Ha transcurrido largo tiempo en donde las redes sociales y medios de comunicaciones han hipnotizado la acción humana hacia una sola perspectiva cuyo nombre es la negligencia moral, que ha caracterizado esta era tecnológica que hace cómodo disfrutar las desdichas y fatalidad a lo largo del planeta, con un placer sarcástico, con la conciencia nublada, dopada de individualismo, para luego asesinar la justicia, el bien y la moral.

La justicia terrenal no se vincula con la justicia divina que hasta el momento no se ha inmutado frente a los acontecimientos aberrantes, implora a los nuevos filósofos salir de su morada intelectual, les exhorta a la resurrección del arte de pensar y al parto del aprendizaje significativo filosófico, reafirmando sus acciones para la solución de conflicto y supremacía de la paz, la justicia en el contexto geográfico presente actual de la humanidad, y suministrando su benévola sabiduría para evitar futuras desgracias que embadurna la historia política de bochornosa reputación y memoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salame I. [acrieg.org.ve/uploads/adjunto1.pptx](http://www.acrieg.org.ve/uploads/adjunto1.pptx). Disponible en: <http://www.acrieg.org.ve/uploads/adjunto1.pptx>. 2009.
2. Antonini F. *L'uomo furioso. Studio sull' aggressivita collettiva* Saggi Sansoni, Firenze. 1974.
3. Torres J. *El currículum oculto*. Morata. Madrid. 1996.
4. Salame I. Dualidad de los textos coránicos, significación e importe como artificio vigente en el terrorismo y el Yihad. Disponible en: [http://cepapenlinea.com.ve/doc\\_unesr/V\\_simposio\\_Internacional\\_Filosofia\\_Educacion.pdf](http://cepapenlinea.com.ve/doc_unesr/V_simposio_Internacional_Filosofia_Educacion.pdf). 2015
5. Husserl E. *Investigaciones lógicas*. Alianza. Madrid. 1985.

## VIOLENCIA DE GÉNERO UN VACÍO ESTADÍSTICO EN VENEZUELA

Anaid Marcano, Yrali Palacios

**RESUMEN:** El presente extenso constituye un análisis de la violencia de género y su vacío estadístico en Venezuela, fenómeno que surge como problema de salud pública en este y en muchos países del mundo. Evento que se ha mantenido en el tiempo generando secuelas nefastas para las instituciones sociales, ya que, las creencias culturales, las estructuras sociales y los practicismos religiosos conciben en su estructura las causas (intencionales o no) y circunstancias complejas y multifactoriales para la aparición de la violencia de género. Estos sucesos perturban a las familias, apuntalando en las personas conductas violentas que desencadenan en una sociedad con altos índices de hechos de este tipo llevando inevitablemente a la descomposición social. Para el abordaje de este estudio se recurrió a la investigación documental con enfoque multidisciplinario, pues incluyó teorías psicológicas, sociológicas, filosóficas y educativas. Con el fin de disertar sobre el impacto social de la violencia de género en Venezuela, con sus inconsistencias estadísticas y vacíos numéricos como herramienta necesaria para prevenir y controlar estos hechos.

**Palabras Clave:** Violencia de género, impacto social, estadísticas.

## INTRODUCCIÓN

Los derechos humanos de las mujeres en materia de violencia basada en género son afectados significativamente en un inicio por las concepciones jurídicas tradicionales con paradigmas positivistas y sexistas, pero es en el siglo XX donde se reconoce que sus causas obedecen a las características estructurales de la sociedad. Es entonces cuando el Estado como garante de los derechos humanos inicia el desarrollo de previsiones constitucionales para evitar que se mantenga y reproduzca el poder patriarcal sobre las mujeres, para impedir sean descalificadas, y se le niegue el goce, disfrute y el ejercicio de sus derechos. La violencia de género es una situación que se presenta a nivel mundial; adoptando formas diversas, incluidas la violencia en el hogar, actos lascivos, irrespeto al ser humano, trata de mujeres y niñas, prostitución forzada, asesinatos, violaciones sistemáticas, esclavitud sexual, embarazo forzado, mutilación de órganos genitales, sufrimiento, maltrato físico y psicológico, así como otras prácticas y

tradiciones perjudiciales en detrimento del género femenino (1).

La declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer en el año 1993, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2), muestra el reconocimiento y la comprensión internacional de que la violencia de género es una transgresión de los derechos humanos y una forma de discriminación contra la mujer, caracterizándola como toda violencia física, sexual y psicológica producida en el ámbito familiar y en la comunidad, que incluye malos tratos, abuso sexual a menores, violencia relacionada con el aspecto económico, violencia por parte del marido o del cónyuge, y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer; además en esta declaración se hace hincapié en que los Estados deben condenar la violencia contra la mujer independientemente de la costumbres, tradiciones o consideraciones religiosas y que estas no pueden ser invocadas para eludir responsabilidad en los hechos de violencia.

En la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing para el año 1995 (3), quedó claramente expresada que la violencia contra la mujer impide que se logren los objetivos de igualdad de desarrollo y paz, con lo cual se menoscaba el cumplimiento de los deberes y el disfrute de los derechos fundamentales de las personas, razón por la cual se instó a que los Estados adoptaran medidas que prevengan y eliminen esta forma de violencia. En esta conferencia se definió violencia como: “La intención de utilizar la fuerza física o verbal para alcanzar un objetivo durante un conflicto. La violencia en sí misma es una acción devastadora que puede manifestarse de forma psicológica, verbal, física o sexual”. Definición que sentó las bases para la tipificación del delito de violencia contra la mujer.

Posteriormente en Venezuela en el año 2000 se creó el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) promulgado en la Gaceta N°. 5398 de fecha 26-10-99, decreto 428, organismo que se dirige al logro pleno de la igualdad de derecho y de hecho entre venezolanas y venezolanos. Su misión es lograr que se tomen en cuenta y se llevan a cabo dentro del poder ejecutivo los lineamientos de las políticas públicas que, a favor de las mujeres se establezcan a nivel nacional. Acotó Ruiz 2000, que INAMUJER queda establecido como órgano permanente de definición, ejecución, dirección, coordinación, supervisión y evaluación de las políticas y asuntos relacionados con la condición y situación de la mujer (4).

Años más tarde en el 2007 en Venezuela entró en vigencia la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (5), constituyéndose como normativa legal que permite sancionar el delito de maltrato a la mujer, en concordancia con la constitución vigente, como respuesta a la sociedad para la búsqueda de la solución a la discriminación de género, donde el género femenino continua siendo objeto de abuso y víctima de violencia. Esta ley tiene como meta prevenir, controlar, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, así como asistir a las víctimas de los hechos de violencia previstos en la misma. La idea de promulgar esta ley fue mantener el respeto a la dignidad e integridad física, psicológica y sexual de la mujer, así como asegurar la igualdad de los derechos ante el hombre y proteger a la familia y cada uno de sus miembros.

Son muchos los esfuerzos que el Estado venezolano ha realizado para garantizar que la mujer goce de los mismos derechos que tienen los hombres sin sentir que su dignidad e integridad sean perjudicadas, y menos maltratadas por sus parejas, vulnerando así sus derechos y evadiendo las leyes que se han creado al respecto. Sin embargo, se puede apreciar que constantemente se presentan denuncias sobre violencia contra la mujer, siendo Venezuela uno de los países con alto índice de violencia contra la población femenina.

La violencia de género tiene un vacío estadístico en Venezuela, donde el Estado es el principal garante de los derechos fundamentales de la mujeres bajo el marco de la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, sin embargo, la ausencia de cifras oficiales sobre este fenómeno se agudiza en el año 2003, con la incorporación al estamento legal venezolano la violencia contra niños, niñas y adolescentes, esto origina que los datos se tornaran confidenciales, a tal punto de exclusivamente conocerse los reportados por las ONG y las mostradas a través de los medios de comunicación lo que evidencia la falta de compromiso gubernamental. En este escrito se muestra el incremento en la ocurrencia que han experimentado los hechos violentos para con el género femenino, obtenidos de información emanada de instituciones privadas, reportes de prensa y de algunas declaraciones oficiales como sustrato en la generación de acciones concretas en las políticas públicas para dar freno a estas situaciones

que día a día afectan a toda la población del territorio venezolano.

El estudio se realizó mediante una investigación documental con enfoque multidisciplinario, pues incluye teorías psicológicas, sociológicas, filosóficas, y educativas, en que se evidencia la violencia de género y la inexistencia de cifras oficiales que demuestren la realidad venezolana. La información generada por observatorios de derechos humanos y ONG de todo el país, permiten obtener cifras extraoficiales para evaluar la situación de hechos de Violencia contra la mujer, a la vez que ponen sobre el tapete la enorme dificultad para exponer los mismos a la luz pública.

## IMPACTO SOCIAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Es de vital importancia que para establecer soluciones al problema de la violencia de género, debe centrarse la atención en la formación de los niños, que son parte integral de la familia, ya que, es precisamente en la niñez que se adquieren los valores transmitidos por los padres, que servirán al individuo para adaptarse a la sociedad, dando esto como resultado personas capaces de respetar los derechos de cualquier ser humano y por ende los derechos de las personas que conforman su propia familia, porque se considera según la sociología que para evitar problemas como la delincuencia, drogadicción, prostitución, entre otros, es necesario atacar de raíz, es decir siendo la familia la célula principal de toda agrupación humana el atender de manera responsable su problemática se evitara el grave problema de la violencia familiar. Entre el impacto que recibe una sociedad donde sus habitantes o familias sufren de violencia, están los siguientes:

a) Costos agregados de atención de salud: Los costos a la sociedad de la violencia contra la mujer son extraordinarios, considerando solamente la atención de salud. Una proporción de estos costos son para tratar las lesiones físicas graves. Una cantidad sustancial también se gasta en problemas psicológicos como el manejo de las ansiedades y los síntomas que las mujeres más felices y más seguras pueden tolerar, pasar por alto o encogerse de hombros.

b) Efectos sobre la productividad y el empleo: Las mujeres que experimentan violencia pueden efectuar un menor aporte a la sociedad así como a la propia realización de su potencial. El impacto

económico del maltrato puede extenderse a pérdida del potencial de la mujer de percibir remuneración. Ello puede deberse a que las niñas víctimas de violencia tienen probabilidad de padecer de ansiedad o depresión y ser incapaces de desarrollar su capacidad plena en la escuela. Debido a su experiencia de no tener control de su propio cuerpo, el mundo puede convertirse en un lugar amenazante donde la mujer evita retos de cualquier tipo.

Adicionalmente, donde es frecuente el maltrato sexual de las estudiantes por parte de los profesores, estas pueden decidir no asistir a la escuela para escapar de la atención no deseada. Igualmente puede ocurrir que los padres teman que sus hijas sean agredidas sexualmente manteniéndolas en la casa hasta que se “casen y estén en un marco de seguridad”. En muchos países, niñas que quedan embarazadas son expulsadas de la escuela, independientemente de si el embarazo fue resultado de una violación. La consecuencia, en cada caso, es una educación disminuida, menor oportunidad de conseguir empleo lucrativo y aporte reducido a la calidad de vida.

Existen innumerables investigaciones que describen el drama de un embarazo adolescente, estudios que también señalan los sectores y características sociales en que se producen, en este sentido muestran que el mayor número de estos embarazos se generan en poblados rurales, zonas populares y pobre de las grandes ciudades, así como en jóvenes de bajo nivel de escolaridad, provienen de familias pobres y generalmente se trata de hijas de madres adolescentes. Lo antes descrito deja claro el grave problema social que se presenta en este grupo poblacional, porque afecta la vida particular de las y los adolescentes que ven postergados sus proyectos de vida, que se ven obligados y obligadas a afrontar una realidad para la cual no están preparados, como es la de ser padres, por supuesto con principal afectación de la mujer quien, la mayoría de los casos asume el rol de crianza del hijo (a) sola lo que afecta la prosecución educativa y con ello la posibilidad de tener una generación de relevo que este en capacidad de asumir los retos del desarrollo social y económico de las naciones, lo que marca las brechas de exclusión social, además de los múltiples hechos de vulnerabilidad y discriminación a las cuales pudiesen estar sometidos.

Este devenir socio-histórico y cultural donde la exclusión de la mujer y la minimización de su ser muchas veces por el sexo, devela

que en el ámbito de las relaciones sociales entre el hombre y la mujer exista de desigualdad y jerarquía.

## SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN VENEZUELA

A pesar de los grandes esfuerzos que ha hecho el estado venezolano por crear instituciones que legislen sobre la protección, integridad y dignidad humana de la mujer, para protegerlas contra la violencia de género, se mantienen altos índices de este flajelo en las féminas. La violencia de género contra la mujer es un problema de salud pública que se mantiene en el tiempo y genera secuelas nefastas para las instituciones sociales, particularmente porque las creencias culturales, las estructuras sociales y los practicismos religiosos conciben en su quehacer diario acciones donde se producen circunstancias complejas y multifactoriales para la aparición del mismo.

Los organismos receptores de ayuda a las mujeres víctimas de violencia con lineamientos claros sobre cifras reales podrían prevenir y controlar de forma eficaz estos hechos. Estos sucesos perturban a las familias y van desarrollando en las personas conductas violentas que desencadenan una sociedad con altos índices de hechos de este tipo y es así donde ocurre la descomposición social continua.

En el Centro de Estudios de la Mujer (CEM) se notificó en el primer trimestre del año 2003 que en Venezuela los números de casos de Violencia contra la mujer son difíciles de obtener. El total de casos considerados para el 2003 (enero-octubre) fue de 8.520 mujeres. Los casos que se reportaron como malos tratos se ubicaron en cuatro instituciones gubernamentales y 11 ONG de todo el país. Las instituciones gubernamentales fueron: Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer, 0-800-MUJERES, Casa de Abrigo e Instituto Regional de la Mujer del estado Vargas. Esta cifra engloba gran parte del territorio nacional (la Capital, Aragua, Sucre, Portuguesa, Lara, Bolívar, Falcón, Guárico y Anzoátegui) en el marco de la Segunda Reunión de Seguimiento a los Avances en la Lucha contra la Violencia Basada en Género (noviembre 2003, Unfpa-Fundamujer, Caracas). De nuevo, la obtención de datos sobre la Violencia contra las Mujeres en Venezuela continúa siendo una limitación grave para la comprensión del problema, para diseñar estrategias asertivas, para conocer su magnitud y alcance en la

calidad de vida de esa gran porción de la población sumida en el terror de la violencia doméstica (6).

Según Soto (1) en su investigación del Estado como garante de los derechos fundamentales de la mujeres en Venezuela bajo el marco de la nueva Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a un Vida libre de Violencia en Venezuela, de acuerdo con las cifras emanadas del Ministerio Público, la Fiscalía recibió 101.705 denuncias de violencia contra la mujer entre los años 2007 y 2008 (tabla 1), en seis regiones urbanas del país. Según cifras del Observatorio Venezolano de Violencia, en el 2009 fueron asesinadas por sus parejas o cónyuges 1.607.

La Fundación para la Prevención de la Violencia Doméstica contra la Mujer (FUNDAMUJER) manifiesta la imposibilidad de acceder a cifras de la División contra la violencia hacia la mujer y la familia del Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas CICPC, en especial desde diciembre de 2003, cuando se les agregó violencia contra niños, niñas y adolescentes. Esta limitación se encuentra también al consultar otras instancias gubernamentales como Fiscalía, Unidad de Atención a la Víctima, entre otras. Dificultades logísticas y económicas para incluir a otras regiones del país e instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales, razón por la cual no se tienen cifras más actualizadas (1). Así mismo el autor mencionado, muestra las denuncias nacionales del Ministerio Público Venezolano sobre violencia de género entre los años 2007-2008 últimas cifras oficiales obtenidas por este ente.

**Tabla 1.** Denuncias Nacionales del Ministerios Público sobre Violencia de Género. 2007-2008.

Estados	Denuncias	Porcentaje de amenazas	Porcentaje de actos violentos
Área Metropolitana de Caracas	33.719	13,8%	40,7%
Carabobo	11.367	25,5%	36,4%
Mérida	2.503	26,5%	46,9%
Portuguesa	2.030	45,9%	43,7%
Táchira	6.430	21,4%	34,3%
Zulia	11.275	36,3%	101,4%
<b>TOTAL</b>	<b>11.275</b>	<b>617,2%</b>	<b>1.066,7%</b>

Fuente: Soto (1).

Esta situación refleja la alarmante impunidad existente en los casos de violencia contra la mujer. En el Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre Democracia y Derechos Humanos en Venezuela, se señala que sólo un tercio de los casos tramitados judicialmente por violencia contra la mujer han tenido sentencia, es decir, que de las 66.000 denuncias recibidas por los Tribunales de Violencia contra la mujer, apenas 22.000 han sido sentenciados. Por otro lado, la información emanada del Ministerio Público de Venezuela indica que a las instancias fiscales han ingresado 58.421 causas vinculadas con violencia contra la mujer, de las cuales egresaron únicamente 2.165 causas. Esta información coincide con lo señalado por las organizaciones no gubernamentales adscritas al Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres, conforme a las cuales sólo un pequeño porcentaje de los casos denunciados en el Ministerio Público llega a los Tribunales y de ellos una minoría consigue sanción legal (1).

En este sentido, la Ministra Élide Aponte, Coordinadora de Estudios de Género del Instituto de Filosofía en Derecho de la Universidad del Zulia 1, informa que 51,3% de los hogares venezolanos sufre de violencia de género, considerando que uno de los elementos que incide directamente en esta situación es la impunidad y el silencio de las víctimas que se niegan a denunciar las conductas delictuales cometidas por parte de sus parejas. Señala, asimismo, que durante el año 2013 el Ministerio Público recibió 30.103 denuncias por parte de mujeres, de los cuales 10.352 fueron denuncias por violencia física, ya que, a pesar de la promulgación y ejecútese de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, es común observar este tipo de delitos conjuntamente con la violencia psicológica, sexual, acoso, hostigamiento, tráfico de mujeres, prostitución forzada, violencia laboral, obstétrica, patrimonial y económica (1).

En la presentación de estas cifras se infiere que a pesar de los avances legislativos en la producción de instrumentos jurídicos que velen por la defensa de la mujer, la sociedad venezolana se encuentra ante el gran reto de luchar por la adecuada implementación de estas leyes, mediante la creación de condiciones concretas para el ejercicio de los derechos, con respecto al acceso a la justicia de las mujeres y la sanción oportuna y adecuada de la violencia; todo esto como estrategia para disminuir y finalmente erradicar la impunidad

(1). Es importante entender que actualmente las mujeres manejan mayor información, recursos legales y toman conciencia de sus derechos, esto las impulsa a denunciar, si fuere el caso, su condición de víctimas. No obstante, la problemática se hace un tanto difícil de erradicar en niños y niñas que crecen en hogares en los que pueden observar o ser testigos de este de conductas agresivas.

De manera que, el principal camino para acabar con la violencia de género es la prevención. Esto incluye, por supuesto, un cambio global en la forma de ver las relaciones entre mujeres y hombres, un cuestionamiento de los roles sociales y estereotipos, del lenguaje, entre otros. Estos cambios deben partir de las personas adultas con el objetivo de que se transmitan eficazmente a niños y niñas.

Finalmente, a pesar de los avances legislativos con la creación de la Ley Orgánica del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el desafío se centra en su implementación y en la creación de condiciones concretas para el ejercicio de los derechos de las mujeres, específicamente el referido al acceso a la justicia y establecimiento de sanciones oportunas y adecuadas que limiten la violencia y en consecuencia, la impunidad, garantizando la aplicación de la justicia y protección de la mujer como ser indispensable para la sociedad. Son casi inexistentes las políticas públicas sobre violencia contra la mujer lo cual va de la mano con los planes de la nación, generalmente se reportan medidas y acciones individuales importantes pero que no reemplazan las políticas generadas desde el estado, obligatorias para todas las entidades públicas involucradas a la sociedad civil, entidades privadas y demás actores.

En este sentido, los planes y programas funcionan como herramientas políticas y sociales importantes no solo para revisar sus resultados y el impacto generado, estos también otorgan la posibilidad objetiva de identificar las fortalezas y posibles debilidades a ser corregidas. La preocupación e instalación de este tema en la agenda pública, ha sido continua, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, evidenciando la ineficacia de las soluciones al problema de la violencia contra la mujer considerando que los esfuerzos destinados a profundizar el desarrollo y los derechos humanos quedan inconclusos. Correspondería al Estado venezolano la evaluación y selección de alternativas de políticas, las cuales según la Organización Panamericana de la Salud implican transformar las

alternativas seleccionadas en estrategias y programas para evaluar su posible impacto, haciéndole seguimiento y evaluación a las políticas implementadas para lo cual se deben diseñar mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan evitar cambios no intencionales en la aplicación de la ley.

La solución a la violencia de género se basa en la reconstrucción del tejido social que actualmente alterado por los procesos acelerados, los cambios políticos, el alto índice de inflación y la falta de políticas públicas a los problemas de la nación. Son nuevas las políticas públicas incluyentes de la realidad actual las que permitirán disminuir los efectos de la desigualdad y exclusión para dar paso a la prevención y eliminación de este problema de los hogares venezolanos. Una forma de prevenirla, es alentando a toda la comunidad a respetarse y entender que todos los seres humanos son iguales a pesar de los problemas; la familia es única y en consecuencia, se debe proteger, razón por la cual la violencia debe ser desterrada del hogar para brindar al mismo estabilidad, amor y equilibrio.

En este orden de ideas, es ampliamente reconocido los esfuerzos realizados hasta ahora por el Estado Venezolano en proponer leyes que regulen y sancionen este hecho, pero deben estar acompañados de políticas públicas y acciones gubernamentales, regionales y locales puesto que la prevalencia de la violencia de género se mantiene latente en la sociedad venezolana, reducir las tasas de violencia contra la mujer implica la necesidad de definir estrategias de prevención que aborden los problemas sociales que inciden sobre el incremento de la violencia de género.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto G. El Estado como garante de los derechos fundamentales de las mujeres en Venezuela bajo el marco de la nueva Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Derecho, Departamento de Derecho Político. Madrid, España. 2013
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer. Washington DC. Disponible en [http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer\\_](http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_)

[violencia.htm](#). 1993.

3. Naciones Unidas. Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 04 a 15/09/1995. Disponible en: [www.un.org/womenwatch/.../beijing/.../Beijing%20full%20report%20S.p.1995](http://www.un.org/womenwatch/.../beijing/.../Beijing%20full%20report%20S.p.1995).
4. Ruiz M. Plan nacional de acción contra la violencia hacia la mujer y la familia 2000-2005. Trabajo Especial de Grado en Gerencia de Programas Sociales, Universidad Católica Andrés Bello Caracas, Venezuela. 2000
5. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial Extraordinaria Nro. 38.647 del 19 de Marzo de 2007. Caracas, Venezuela.
6. Centro de estudios de la mujer (CEM). Universidad Central de Venezuela. Boletín en cifras: Violencia contra la mujer. Venezuela 2003-2004.

## ADICCIÓN A LA NICOTINA Y ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE CARRERAS TÉCNICAS EN CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE CARABOBO

**Avitmar Rodríguez, Magaly Ortunio, Kesia Ramos, Sonia Pérez, Diana Wharwood**

**RESUMEN:** Al ingresar a la universidad el estudiante está expuesto a una diversidad de situaciones que favorecen el consumo de drogas lícitas e ilícitas debido a la necesidad de socialización con los compañeros, las relaciones con el sexo opuesto entre otros. **Objetivo General:** Determinar las características socioeconómicas y de adicción a la nicotina y el alcohol de los estudiantes de nuevo ingreso de la carrera Técnica de Terapia Psicosocial. **Sujetos y Métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, con un diseño no experimental y transversal. La población está constituida por los estudiantes de las carreras técnicas de la Escuela de Salud pública y Desarrollo Social. La muestra fueron los estudiantes de nuevo ingreso; la técnica para la recolección de la información fue la encuesta y los instrumentos tres cuestionarios autoadministrados: Test de Fargestrom, dependencia alcohólica (Test de Audit) y el Graffar de Méndez Castellano. **Resultados:** La mediana de la edad fue 20 años. Hubo predominio femenino estadísticamente significativo, la mayor proporción de los estudiantes pertenecía al estrato social III, casi dos tercios ingresaron a Terapia Psicosocial, 51,9% de los estudiantes no consumía alcohol; la proporción de estudiantes que refirió no fumar fue significativamente mayor (92,5%) que aquellos que presentaron dependencia baja a la nicotina. **Conclusiones:** No se encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar la dependencia al alcohol con el género, carrera y estrato social de los estudiantes. Al asociar la dependencia a la nicotina con las mismas variables y el riesgo de dependencia al alcohol con el nivel de dependencia a la nicotina.

**Palabras Clave:** Alcohol, nicotina, adicción, estudiantes.

### INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol se define como la ingesta de cualquier tipo de bebida que contenga alcohol en un momento determinado. Sin embargo, para comprender la implicación del uso de alcohol se debe entender esta conducta como un continuo que va desde la persona abstemia, que no consume ningún tipo de alcohol, los consumidores experimentales, que han consumido en forma esporádica u ocasional hasta los consumidores habituales, que

consumen continuamente (1). El alcohol es la droga más usada en el mundo. La morbilidad atribuida al consumo de alcohol es considerable y en varios países los problemas de salud pública, provocados por el uso perjudicial del alcohol, representan una significativa carga sanitaria, social y económica (2).

La OMS afirma que el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo en países en desarrollo y el tercero en países desarrollados. El consumo de bebidas alcohólicas causa 3,3 millones de muertes cada año y provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, y es responsable del 25% de las defunciones en el grupo de edad de 20-39 años (3). En todo el mundo, el alcohol es el quinto factor de muerte prematura y de discapacidad provocando 4,4% de la carga mundial total de morbilidad (4). En este sentido, se ha encontrado que el consumo de alcohol es muy alto entre los jóvenes estadounidenses y europeo, y cerca de 80% de los estudiantes universitarios en Estados Unidos consume alcohol ocasionalmente (2).

En México, de acuerdo a las estadísticas de la Secretaría de Salud, existen alrededor de 32 millones de consumidores de alcohol, de los cuales 59,3% son hombres; siendo lo más grave que 30% de esos bebedores son jóvenes y 11% de las defunciones en varones de 15 a 29 años en ese país se encuentran asociadas al consumo de alcohol (4). Mientras en Colombia, se reporta la existencia de altos índices de consumo de alcohol, en promedio 85% de los jóvenes han consumido alcohol alguna vez en su vida y una proporción similar 80,4% lo han hecho en el último año; esta proporción es mayor en los estudiantes universitarios, donde, 94,6% de ellos probó alcohol alguna vez en su vida y 89,7% eran consumidores en el momento del estudio (5).

A nivel nacional, un estudio realizado en la Universidad del Zulia, evidenció una prevalencia de 55% de consumidores de alcohol (6). En la Universidad de Los Andes, en su sede de Mérida, se realizó una investigación para determinar la prevalencia del uso patológico de sustancias psicoactivas y su relación con variables socio demográficas y epidemiológicas en estudiantes de género femenino de nuevo ingreso cursantes de diversas carreras, cuyos resultados arrojaron que el abuso de alcohol se presentaba en 17,6% de las estudiantes encuestadas. Las carreras en las que se encontró mayor abuso del alcohol fueron nutrición, medicina, bioanálisis, enfermería

y odontología (7). Dentro de los problemas sociales relacionados con el consumo de alcohol se resalta el aumento en niveles de suicidios y homicidios, abuso sexual, accidentes de tránsito, y la relación profunda entre alcohol y ansiedad (8).

Por otra parte el hábito de fumar se ha incrementado notablemente en los últimos años, y al igual que el alcoholismo es considerado un problema de salud pública que se inicia durante la adolescencia y antes de la mayoría de edad. En este sentido, el consumo de tabaco es la principal causa de muertes evitables y de discapacidad a nivel mundial, y es reconocido como un factor de riesgo de más de 25 enfermedades; siendo el responsable de 70% de los cánceres de pulmón y otros órganos, 61% de la cardiopatía isquémica y 29% de diversas afecciones respiratorias (9, 10).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 1.300 millones de personas consume tabaco, de ellos casi 1.000 millones son hombres y 250 millones son mujeres, representando la segunda causa principal de muerte en el mundo, esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Según las proyecciones actuales el número de fumadores aumentará a 1.600 millones en todo el mundo en los próximos 25 años. Se calcula que cada día empiezan a fumar entre 82.000 y 99.000 jóvenes; muchos de ellos son niños de menos de 10 años y la mayoría vive en países de ingresos bajos y medios (11). En Europa, treinta de cada 100 adultos fuman cigarrillos a diario. En los países de la Unión Europea se estima que 1 de cada 10 adultos fumadores morirá a causa de los efectos del tabaco, razón que se eleva a 1 de cada 5 en los países del este de ese continente; además, la mitad de todos los fumadores crónicos perderán la vida por causa del tabaco (9, 10).

En América Latina y el Caribe la prevalencia de fumadores es de alrededor de 40% de los varones y 20% de las mujeres. En estos países entre 17% y 27% de los jóvenes de 13 a 15 años son fumadores habituales, y si a esta población se le suman los jóvenes que no fuman, pero que han indicado que desean empezar a fumar, estas cifras se elevarían de 30% a 50% (9). Para el 2008, en México, la Encuesta Nacional de Adicciones reportó que 35,6% de las personas entre 12 y 65 años de edad, había probado alguna vez en su vida el cigarrillo, 48,8% de los hombres y 23,4% de las mujeres. Por grupo de edad, 14,9% de los adolescentes entre 12 y 17 años y

40,2% de los adultos de 18 a 65 años han fumado tabaco alguna vez en su vida. La media de edad del inicio en el consumo de tabaco bajó de 20,6 años a 16,6 años en cinco décadas y para el año 2008 la media de edad de inicio para adolescentes entre 12 y 17 años fue 13,7 años, y 17,4 años en adultos entre 18 y 65 años (12).

En Guatemala mueren aproximadamente unas 10 mil personas al año por causas relacionadas con el tabaco, lo que representa 14% del total de defunciones. En el país 88% de los adultos refiere haber iniciado a fumar antes de los 18 años y uno de cada cuatro lo hizo antes de los 10 años de edad (9). A nivel Nacional, las estadísticas de la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) reportan que de los 6.604 pacientes que asisten a los centros de tratamiento y rehabilitación en materia de drogas, las tres principales drogas de inicio son: Alcohol (45,9%), cigarrillo (23,5%) y la Marihuana (21,1%). Asimismo señala que, en 90,1% de la población estudiada la etapa de inicio de consumo es la adolescencia; 2,5% entre 8 y 14 años, 19,5%, 15 a 19 años y 22,6% entre 20 y 24 años de edad (13). A nivel regional un estudio llevado a cabo en los estudiantes universitarios de nuevo ingreso a las escuelas de ciencias de la salud demostró que 27,4% de los estudiantes había consumido tabaco alguna vez en su vida, la edad promedio de inicio fue 14,9 años. En relación al tipo de tabaco consumido se encontró que 24,1% del total consumía cigarrillos, 3,9%, tabaco, y 3,6% pipa (14). La experimentación y el inicio de consumo de tabaco y alcohol se produce típicamente en los primeros años de la adolescencia.

Diferentes encuestas realizadas en España reflejan que el tabaco sigue siendo la primera sustancia de experimentación en los adolescentes. Simultáneamente, el inicio al consumo de alcohol se produce en edades muy tempranas, en la mayoría precedido del consumo experimental de tabaco. Se ha observado en los últimos años un cambio en el patrón de consumo de alcohol de los jóvenes, en el que a pesar de disminuir el consumo a diario, aparecen más intenso durante el fin de semana y asociado con el consumo de otras sustancias adictivas. Pasando a ser el consumo de alcohol, un componente esencial del tiempo de ocio de los jóvenes (15).

Además, al ingresar a la universidad el adolescente y adulto joven, está expuesto a gran diversidad de situaciones, con lo que el ingreso y la permanencia se convierte en una etapa de búsqueda intelectual

y crecimiento personal, que le ofrece la posibilidad de moldear su identidad personal; así aunque los docentes e instituciones fomenten el desarrollo saludable, los estudiantes universitarios pueden presentar crisis de identidad que origina serios problemas, tales como desórdenes del comportamiento, rebeldía, lucha intergeneracional y consumo y abuso de alcohol y cigarrillo (5).

Así, existen razones ó situaciones que favorecen el consumo de drogas lícitas, y estas son la necesidad de socialización con los compañeros, la relaciones con el sexo opuesto, expectativas positivas hacia el consumo y la gran cantidad de expendios de alcohol cercanos a las universidades que aumentan la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas (5).

La población que está iniciando los estudios universitarios se considera vulnerable esto, debido al proceso de adaptación personal, social y los cambios conductuales y afectivos que implica el inicio de la etapa universitaria, generando potencialmente estrés psicosocial, el que sumado a la búsqueda de identidad personal y la consolidación de relaciones interpersonales conlleva al individuo al consumo de alcohol y nicotina, ya que, través del consumo de estos percibe mayor seguridad, confianza y facilidad para relacionarse. El consumo de drogas lícitas en jóvenes y adolescentes debe considerarse un problema de salud pública, puesto que el incremento de la frecuencia e intensidad, además de la edad de inicio cada vez menor, conlleva a consecuencias inmediatas tanto en la persona consumidora como en su entorno, produciendo incremento de las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares y respiratorias, los accidentes de tránsito, muertes violentas y el contagio de enfermedades de transmisión sexual por el abuso y la violencia sexual vinculados al uso excesivo de estas sustancias. A lo anterior se suman las dificultades académicas, familiares y sociales, falta de compromiso en las labores y conducta antisocial.

Un estudio realizado por López, Villar y Da Silva en una Universidad Colombiana, acerca del consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería concluyó que el consumo de tabaco fue 24% y el de alcohol 82%, además refieren que 50% de los estudiantes que fumaban y 40% de los que ingerían alcohol se encontraban en el intervalo entre 16 y 20 años de edad, 71,2% presentó dependencia media al tabaco y 88,0% de los estudiantes presentó bajo consumo de alcohol. Asimismo 98%

de los estudiantes que fumaban consumían alcohol (16).

Otro estudio realizado en Colombia por Gutiérrez (17) acerca del consumo de tabaco en estudiantes de una universidad pública encontró que según los resultados arrojados por el test de Fargestrom, 90% del grupo objeto de estudio, presentó bajo nivel de dependencia a la nicotina y 10% presentó nivel alto de dependencia a la nicotina. Puig (18) realizó un estudio con la finalidad de determinar el patrón de consumo de alcohol en estudiantes mexicanos de medicina mediante el test de AUDIT, concluyendo que la edad de inicio del consumo de alcohol entre los estudiantes tuvo un promedio de 12,5 años, la prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes fue 71,9% y de estos 54% presentaron bajo riesgo de dependencia al alcohol y 23,6% presentó riesgo probable de dependencia al alcohol.

El alcoholismo fue reconocido como enfermedad por la OMS en 1948 y definido como un desorden del comportamiento que se manifiesta por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud mental, física, social y/o familiar del bebedor. En 1981 la OMS define el concepto de consumo peligroso de alcohol como aquel que confiere al individuo el riesgo de sufrir en un futuro daños físicos y psíquicos. Así mismo en 1992 define el uso dañino o nocivo de alcohol como aquel en el que el riesgo anterior, es substituido por la existencia ya de daños reales (19).

La dependencia del alcohol aparece asociada a consumos altos y prolongados de bebidas alcohólicas y, a su vez, obliga a que dichos consumos continúen. Aunque no todos los bebedores excesivos desarrollan este temido cuadro, todos los que lo desarrollan han tenido consumos elevados durante cierto tiempo (20). Para muchos jóvenes estudiantes, el ambiente universitario no es tan sencillo, el ingreso y permanencia en la universidad se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal que ofrece la posibilidad de moldear la identidad personal, y aunque la universidad fomente un desarrollo saludable con valores, actitudes y conocimientos favorables para el educando, los universitarios pueden tener dificultades para tomar decisiones, ocasionando serios problemas en ellos, como el consumo de bebidas alcohólicas (21).

También incide sobre el alcoholismo como factor asociado el contexto urbano, o lugar donde se permite y se tiene acceso al consumo de alcohol, tales como bares, discotecas, a los cuales los

jóvenes se dirigen con el fin de socializar con otros y celebrar, en estos sitios se facilita el consumo de alcohol, de cigarrillo y otras sustancias, en encuentros sociales que los acercan a situaciones que pueden ser riesgosas para su integridad física y mental (22). El factor social es predominante en el consumo de alcohol; los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias. Se ha encontrado que también influye la relación con los padres, en especial aquellas en las cuales el joven tiene una relación conflictiva con estos, y cuando sus comportamientos están ligados al consumo de sustancias. A partir de la relación con los padres y con los pares, adquieren gran importancia los sentimientos y las emociones de los jóvenes, resultado de esas interacciones, En consecuencia, los sentimientos y las emociones se pueden considerar como un factor más de asociación al consumo de alcohol (21).

Sobre la base de lo antes expuesto y dada la alta vulnerabilidad que presenta la población universitaria para el consumo de alcohol y cigarrillo, aunado a las posibilidades de acceso y disponibilidad de situaciones que favorecen el consumo de dichas sustancias, una vez que los jóvenes ingresan al ambiente universitario; se plantea realizar la presente investigación con la finalidad de determinar las características socioeconómicas y de adicción a la nicotina y el alcohol de los estudiantes de nuevo ingreso de la carrera Técnica en Terapia Psicosocial de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Universidad de Carabobo sede Carabobo; siendo los objetivos específicos: distribuir a los estudiantes según edad, sexo, carrera que cursa y estrato socioeconómico; determinar el nivel de dependencia al alcohol y nicotina de los estudiantes; comparar el nivel de dependencia al alcohol según sexo, edad, carrera que cursa y nivel socioeconómico; y comparar el nivel de dependencia a la nicotina según sexo, edad, carrera que cursa y nivel socioeconómico.

La presente investigación pretende aportar información acerca del nivel de dependencia al alcohol y nicotina en los estudiantes de nuevo ingreso de las carreras técnicas de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, como información que pudiera emplearse en el diseño de estrategias de prevención que permitan intervenciones efectivas en la disminución del consumo de alcohol y nicotina y por ende de la morbimortalidad y los problemas asociados por estas causas.

## METODOLOGÍA

La presente investigación fue de tipo cuantitativo y de nivel descriptivo, con un diseño no experimental y transversal. La población estuvo constituida por los estudiantes de la carrera técnicas Terapia Psicosocial de la Escuela de Salud pública y Desarrollo Social. La muestra estuvo conformada por los estudiantes de nuevo ingreso de la mencionada carrera técnica (23). La técnica para la recolección de la información fue la encuesta y el instrumento un cuestionario autoadministrado el cual constó de dos partes. La primera parte contuvo los datos del encuestado (sexo, edad y carrera que cursa). Una segunda parte constituida por instrumentos validados para determinar dependencia nicotínica (Test de Fargestrom), dependencia alcohólica (Test de Audit) y el Graffar de Méndez Castellano con el que se determinó el estrato social(24-26). Los datos fueron recolectados una vez obtenido el consentimiento informado de aquellos estudiantes que aceptaron participar en el estudio.

Una vez obtenidos los datos fueron tabulados y ordenados de acuerdo a las variables a estudiar y analizados con el paquete estadístico PAST 3.07 y 3.11, realizándose el análisis descriptivo de las variables a través de frecuencias absolutas y relativas, así como medidas tendencia central en las variables que lo requirieron. Posteriormente se realizó la comparación de proporciones con la prueba z, asumiendo un nivel de significancia menor al 5% ( $P < 0.05$ ).

## RESULTADOS

En cuanto a la edad, la mediana fue de 20 años y el intervalo intercuartil 35, con un valor mínimo de 17 años y máximo 52 años, más de 75% de la muestra tenía edad mayor a 20 años y 75,9% de los estudiantes eran del género femenino y 24,1% del masculino, siendo el predominio femenino estadísticamente significativo ( $Z=5,20$ ;  $p < 0,001$ ).

Los resultados para los estratos sociales fueron los siguientes: la mayor proporción de los estudiantes pertenecía al estrato social III (43,6%), seguido de los estratos II y IV, 24,1% cada uno. Más de 60% de los estudiantes ingresaron a la carrera de Terapia Psicosocial (tabla 1). Se encontró que 51,9% de los estudiantes no consumía

alcohol, 42,6% presentó bajo riesgo de dependencia y el restante 5,6% demostró dependencia moderada al alcohol. La mayor proporción de los estudiantes ingería bebidas alcohólicas menos de una vez por mes (65,3%) mientras que el restante 34,7% lo realizaba 2-4 veces al mes. En relación a la cantidad de bebidas, 57,7% de los estudiantes ingería entre 1 ó 2 bebidas, seguidos de aquellos que tomaban 3 o 4 bebidas (23,1%) y 7 ó 9 bebidas (7,7%).

La proporción de estudiantes que refirió no fumar fue significativamente mayor (92,5%) que aquellos que presentaron dependencia baja a la nicotina (5,6%), con  $Z=8,66$  y  $p < 0,001$ .

Se evidenció que las mujeres que consumían alcohol presentaron bajo riesgo de dependencia al mismo, mientras que 66,7% de los hombres presentaron bajo riesgo de dependencia y el restante 33,3% presentó riesgo moderado. Sin embargo, no se encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar la dependencia al alcohol con el género, carrera y estrato social de los estudiantes. Al asociar la dependencia a la nicotina con el género, carrera y estrato social no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Al comparar el riesgo de dependencia al alcohol con el nivel de dependencia a la nicotina, no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio la población femenina predominó francamente sobre la masculino y la mediana de la edad de los estudiantes fue 20 años similar a lo encontrado por Fernández (27). En relación al consumo de alcohol se obtuvo que más del 50% no consumía alcohol y alrededor de 40% presentó bajo riesgo de dependencia, estos resultados superan de manera positiva los que se señalan a continuación: Espig (1) quien, en su estudio realizado en esta misma casa de estudios, facultad y en estudiantes de nuevo ingreso, encontró que 80,8% de los estudiantes había consumido alcohol en algún momento de su vida. Por su parte, Fabelo (29) en su estudio halló que 89% de los estudiantes tenía bajo riesgo de dependencia al alcohol y que 70,4% de los estudiantes presentaron bajo riesgo de dependencia. Vale la pena destacar que en el presente estudio no se encontraron estudiantes con riesgo alto de

dependencia al alcohol.

En relación con la frecuencia con la que los estudiantes consumen bebidas alcohólicas se encontró que 65,3% lo realizaba menos de una vez por mes, mientras que el restante 34,7% lo realizaba entre 2 y 4 veces al mes, similar a lo encontrado por Fabelo (28) quien reportó que 66,7% de la población estudiantil ingería bebidas alcohólicas menos de una vez por mes y 24,4% lo hacía 2 o 4 veces al mes. Por el contrario Fernández (27) describió que la mayor proporción de los estudiantes ingería bebidas alcohólicas entre 2 y 4 veces por mes (44,9%), seguidos de aquellos que lo hacían menos de una vez al mes (21,7%)(29). La mayor proporción de los estudiantes (57,7%) ingería entre 1 ó 2 bebidas alcohólicas en un día de consumo, seguidos de aquellos que tomaban 3 o 4 bebidas (23,1%).

En el presente estudio se evidenció que todas las mujeres que consumían alcohol presentaron bajo riesgo de dependencia al alcohol, mientras que 33% de los hombres presentaron riesgo moderado de dependencia, similar a lo encontrado por Fabelo (29). en su estudio en el que describió que ninguna mujer presentó riesgo moderado de dependencia al alcohol. En cuanto al consumo de nicotina se encontró que la mayor proporción de estudiantes refirió no fumar (92,5%), 5,6% presentó dependencia baja a la nicotina y 1,8% dependencia moderada, lo que coincide parcialmente con lo encontrado por Chirinos (30), quien describió que 93,6% de los estudiantes estudiados presentaron bajo riesgo de adicción y 5,4% dependencia media, destacando que en dicho estudio se incluyen en esta categoría tanto fumadores como no fumadores, por lo que es de esperar que en esta categoría se incluya a aquellos individuos de la muestra no fumadores. Asimismo Fabelo (28) encontró que 87,9% de los estudiantes presentó dependencia baja a la nicotina y 7,6% presentó dependencia moderada.

## CONCLUSIONES

Sobre la base de los hallazgos la presente investigación concluye que más de las tres cuartas partes de la muestra de estudiantes era mayor a 20 años y de género femenino, casi la mitad perteneció al estrato social III; del total de los estudiados cerca de la mitad no consumía alcohol y de aquellos que lo consumían, poco más de dos

tercios ingería bebidas alcohólicas menos de una vez por mes. En relación a la cantidad de bebidas, poco más de la mitad ingería entre 1 ó 2 bebidas. La proporción de estudiantes que refirió no fumar fue significativamente mayor, las mujeres que consumían alcohol presentaron bajo riesgo de dependencia al alcohol, mientras que dos tercios de los hombres presentaron bajo riesgo de dependencia al mismo. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la dependencia al alcohol con el género, carrera y estrato social así como al asociar la dependencia a la nicotina con las mismas variables. Comparando el riesgo de dependencia al alcohol con el nivel de dependencia a la nicotina, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espig H, Navarro M, Romaguera F, Cerró E. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso a escuelas de Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo (Sede Carabobo). *Salus* 2009; 13(1). Disponible en: [http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/consumo\\_alcohol\\_est\\_uc.pdf](http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/consumo_alcohol_est_uc.pdf).
2. Molina C, Serna C, Betancur D, Jaramillo R. Nivel, consumo y grado de dependencia del alcohol entre estudiantes de la Institución Universitaria Tecnológico de Antioquia. *Revista de la facultad de ciencias forenses y de la salud* 2011; 19(17). Disponible en: [ebcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G\\_HJh66QLioJ:ojis.tdea.edu.co/index.php/forenses/article/download/83/80+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ve](http://ebcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G_HJh66QLioJ:ojis.tdea.edu.co/index.php/forenses/article/download/83/80+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ve)
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>. 2014.
4. Díaz A, Luna Y, Méndez M, Muñoz T, Nava A, Adan M, et al. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil. *Psicología y Salud* 2011; 21(2):261-271.
5. Arrieta K. Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena. *Rev Salud Publica* 2009; 11(6). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a04.pdf>
6. González O. Factores de riesgo en el consumo de drogas en los

- estudiantes de la escuela de Arquitectura. Universidad del Zulia. Maracaibo. Multiciencias. 2005; 5(1):51-61.
7. Ángeles F, Hernández R, Baptista T. Uso patológico de sustancias psicotrópicas en estudiantes mujeres de la Universidad de los Andes. Conciencia Ante las drogas. Revista de la Fundación José Félix Ribas 2002. 3(5):95-107.
  8. Betancur C, Agreda J, Betancourt A, Bertieri H, Chaves Y, Morales C, et al. Dependencia al alcohol en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira. Rev Med Risaralda 2011 17(1). Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/1591>
  9. Orozco L, Granados M, Rodríguez J. Caracterización del fumador y determinación del nivel de dependencia a la nicotina en estudiantes universitarios. [Tesis de grado en internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8494.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8494.pdf). 2008.
  10. Rosales A. Consumo de tabaco en estudiantes de una secundaria publica Coatzacoalcos, Veracruz. [Tesis de grado en internet]. México: Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31648/1/rosalespuchetaaaron.pdf>. 2010.
  11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Boletín de la Organización mundial de la salud 2010. El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/09-069583/es/>. 2010.
  12. López M. Prevalencia de tabaquismo y síntomas reforzadores asociados en los estudiantes de la facultad de odontología de la UNAM. [Tesis de grado en internet]. México: Universidad Nacional autónoma de México. Facultad de Odontología. Disponible en: [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis\\_lopez.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_lopez.pdf). 2010.
  13. Oficina Nacional Antidrogas. Estadísticas de consumo de drogas en pacientes que asisten a centro de tratamientos y rehabilitación. Disponible en: [http://www.ona.gob.ve/Pdf/Estadisticas\\_Demanda/ESTADISTICAS\\_CONSUMO\\_2007.pdf](http://www.ona.gob.ve/Pdf/Estadisticas_Demanda/ESTADISTICAS_CONSUMO_2007.pdf). 2007.
  14. Sáez M, Espig H, Medina V. Consumo de tabaco en estudiantes universitarios de nuevo ingreso a escuelas de ciencias de la salud. Rev Salud Pública 2010; 14(1):56-61.
  15. Jiménez A, Beamonte A, Marqueta A, Gargallo P, Nerin I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. Adicciones 2009; 21(1):21-28. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/21-28%20jimenez-muro.pdf>. 2009.
  16. López M, Villar M, Da Silva E. Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. Rev Latinoam Enfermagen 2011; 19(13):707-
  17. Gutiérrez G, Londoño E, Calderón L, Devia L, González J. Consumo de tabaco en estudiantes de una universidad pública del Quindío. Psicogente 2012; 15(28):360-370.
  18. Puig A, Cortaza A, Pillon S. Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. Rev Latinoam Enfermagen 2011; 19(13):714-721. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700008&script=sci_arttext)
  19. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos. Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol, Segundo Informe. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol\\_trs944\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_spanish.pdf). 2006.
  20. Franco M, Giner J. Síndrome de dependencia del alcohol. Sevilla-España: Departamento de psiquiatría. Disponible en: [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/73/00730076\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/73/00730076_LR.pdf). 2008.
  21. Maya G. Características sociodemográficas de estudiantes de enfermería de una institución del suroccidente colombiano que consumen alcohol. Revista Unimar 2013; 61:117-132.
  22. Ordoñez M, Ortega L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. LIBERABIT 2008; 61:49-61. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272008000100007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100007). 2008.
  23. Canales F, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. (16° reimpresión). Editorial LIMUSA. México. 2000.

24. Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerstrom K. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*. Disponible en: [http://ww2.heartandstroke.ca/DownloadDocs/PDF/Fagerstrom\\_Test.pdf](http://ww2.heartandstroke.ca/DownloadDocs/PDF/Fagerstrom_Test.pdf). 1991.
25. Babor, T, Higgins J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Organización mundial de la salud: Departamento de Salud mental y dependencia de sustancias Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf). 2015.
26. Méndez H, de Méndez M. *Sociedad y Estratificación. Método Graffar- Méndez Castellano*. Caracas, Venezuela. 1994.
27. Fernández N. Estudio del patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes de Nutrición y Medicina a través del AUDIT. España: Universidad de Valladolid; Junio 2016. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14244/1/TFG-M-N372.pdf> 2016.
28. Fabelo J, Iglesias S, Cabrera R, Maldonado M. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de ciencias de la salud en Cuba y México. *MEDICC Review 2013*. Disponible en: [www.medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=es&id=325](http://www.medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=es&id=325)
29. Fabelo M, Mayo J, Fabelo J, Iglesias S. Factores de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Medicina. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana* 2014; 11(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev%20nro1-2014/hph%20orig4.html>
30. Chirinos E, Rodríguez K, Ordaz G, Roa E. Riesgo de adicción a la nicotina y alcohol en estudiantes de recién ingreso en la escuela de medicina UNERG. *Médico de Familia* 2014; 22(2). Disponible en: <http://medicodefamilia.com.ve/wp-content/uploads/2015/04/00-9-RIESGO-DE-ADICCION-EN-ESTUDIANTES-DE-MEDICINA1.pdf>

## DINÁMICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA. BREVE RESEÑA

**Gilberto Bastidas, Daniel Bastidas, Elena Díaz, Yeni Arciniegas, Rosleidy Arismendi, María Laura Antoima**

**RESUMEN:** Los resultados obtenidos con la investigación en salud pública constituyen el insumo básico en la toma de decisiones para la resolución de los problemas que atentan contra la salud poblacional, de allí la necesidad de indagar sobre el proceso de investigación en esta disciplina. El objeto del presente informe es el análisis de la dinámica investigativa en salud pública en América Latina. Con base en la revisión bibliográfica en formato digital o impreso sobre la materia a la cual se tiene acceso. Resalta el hallazgo que son dos las dimensiones fundamentales investigadas, el conocimiento y el ámbito de acción, en salud pública, que puede recurrirse a la cienciometría para obtener información sobre la dinámica de la investigación, que la premisa social apunta hacia el entendimiento funcional del empirismo, del continuo cambio del proceso salud-enfermedad y de la definición de la salud pública y por último, que debe medirse verdaderamente la pertinencia, calidad e impacto del conocimiento en el campo de la salud colectiva.

**Palabras Clave:** Investigación, salud pública, salud-enfermedad, dinámica.

### INTRODUCCIÓN

Los resultados obtenidos con la investigación en salud pública, entendida esta como el estudio de las condiciones y respuestas en el colectivo respecto a su salud, constituye el insumo básico en la toma de decisiones, y ¿Por qué no? en la transformación de realidades para la resolución de los problemas que atentan contra la salud poblacional, toda vez que el accionar científico general, y en particular en la salud pública, constituyen la piedra angular para el diseño o rediseño de estrategias en respuesta a las exigencias sociales en el ámbito de la salud, a tal punto que la Organización Mundial de la Salud estima que es la vía para salvar la vida a millones de personas (1-3).

La necesidad de indagar sobre la dinámica de la investigación en salud pública, y de hacer visible los conocimientos que de ella se derivan, se ve fortalecida, al menos en los países en vías de desarrollo, entre ellos Venezuela, por los escasos recursos financieros, y recortes

que sufre el presupuesto destinado a satisfacer las demandas del sector salud, pese a los esfuerzos que realizan los gobiernos para sostener en funcionamiento sus sistemas sanitarios; y por la transición epidemiológica que las caracteriza, como patrón de salud y enfermedad susceptible de tipificación, toda vez que se constituye en un complejo sistema en estrecha interacción con determinantes demográficos, económicos y sociológicos, que para muchos de los países latinoamericanos fluctúa entre la llamadas etapas “de pestilencia y hambrunas” y de las “enfermedades degenerativas y producidas por el hombre” (4, 5).

Asimismo, los cambios sociales y políticos que acompañan a la globalización, a la economía de mercados, al desarrollo tecnológico vertiginoso y a la crisis ético-moral que se evidencia en los servicios de atención en salud, enriquecen la necesidad de explorar la dinámica de la investigación en salud pública, en contextos donde los investigadores deben, además, fortalecer su capacidad de gestión de proyectos, debido a lo rudimentario del contexto, pues en muchos casos no se dispone de información fehaciente sobre las líneas de investigación, específicamente sobre su desarrollo, en este sentido, no se conoce el alcance o la visibilidad de las líneas, y menos aun el impacto que la información obtenida puede producir en los diferentes programas de la salud pública, entonces, el objeto del presente informe no es otro que mostrar un análisis de la dinámica investigativa en salud pública (6-8).

En algunos países de América Latina, entre ellos Venezuela, no está del todo claro, o peor aún se desconoce la dinámica en la que está envuelta la actividad investigativa en salud pública, por tanto, la toma de decisiones y acciones en materia de salud colectiva, en los procesos de cambio y mejora social, se encuentra limitada e incluso destinada al fracaso, puede entonces, como punto de partida sugerirse la búsqueda de información en fuentes regionales, nacionales y mundiales, de carácter físico o digital, en materia de resultados en investigación en salud pública, con base en el análisis de los valores absolutos o de la categorización de los determinantes sociales expuestos en la publicaciones convencionales y no convencionales (9).

Esto a la luz de que, los análisis métricos, por ejemplo, se constituyen, en opinión de otros autores y de quienes escriben este

documento, en recursos importantes para la toma de decisiones en materia de salud pública, porque de los mismos se devela que en Latinoamérica, por un lado, los estudios se han centrado en países específicos, en sistemas de salud, políticas sanitarias y promoción de la investigación; y por otro que predomina en los estudios, el análisis individual sobre el colectivo o poblacional, que son débiles los sistemas de información, y deficientes los datos epidemiológicos e indicadores de salud (9-14).

Queda claro que en la dinámica investigativa en salud pública en América Latina, existe preponderancia en áreas temáticas específicas, en este sentido centran sus estudios sobre los seres humanos en general, los factores de riesgo, variables socioeconómicas, políticas de salud, atención primaria en salud, participación comunitaria, estado nutricional y dieta, morbilidad y mortalidad infantil, enfermería y política social, características epidemiológicas de enfermedades, derechos humanos, salud ambiental y laboral; todo ello al pensarse que son dos las dimensiones fundamentales en que debe entenderse la salud pública, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción, como afirmara Frenk en 1988 (15) en su magistral ensayo “La salud pública: Campo del conocimiento y ámbito para la acción”.

Muestran las fuentes bibliográficas, además, que se desconoce la pertinencia, calidad e impacto de la producción intelectual, con miras a resolver las exigencias sociales en salud poblacional, de esto se desprende el reclamo, justo por cierto, que la población hace, sobre la generación de conocimiento dentro del contexto social, en este sentido, se recomienda pasar del simple intento de buscar la verdad, hacia el entendimiento funcional del mundo empírico (16, 17), en pleno acuerdo con lo señalado por Macias-Chapula (9) al afirmar que: “...conocimiento con fuerza social es el producto de una interacción intensa y continua entre la información y otros resultados, entre la sociedad y su ambiente, entre las aplicaciones y las implicaciones de sus resultados. Se requiere entonces repensar la ciencia, para buscar un nuevo contrato social de esta con la sociedad”.

Perfectamente vigente esta idea, la de repensar la investigación en salud pública, debido a los constantes cambios que experimenta, por un lado, el continuo salud-enfermedad (sus patrones o

transiciones) y por otro, la definición misma de la salud pública (con varias connotaciones: la salud en el sector público, la que está bajo la tutela gubernamental; la salud del colectivo; la salud colectiva asociada a servicios preventivos de salud personal de grupos vulnerables; la relacionada con patología de alta frecuencia o peligrosidad; la entendida como un nivel específico de análisis, es decir, el de la salud poblacional; y por último la multidisciplinaria). Parece necesario si se asume que, la salud pública es una disciplina que aplica las ciencias biológicas, sociales y administrativas al estudio de los fenómenos que definen la salud en las poblaciones, la continua indagación sobre la dinámica de la investigación (9).

En razón del anterior señalamiento la recomendación de varios autores insinúan hacia la investigación epidemiológica de las condiciones de salud de las poblaciones y de la respuesta social al respecto, claro está en el contexto del sistema de atención en salud particular de cada Estado, en tanto que, la definición integral para las dos dimensiones de la salud pública es el producto de la evolución histórica, larga por cierto, en la que se conformaron, y se cree firmemente lo seguirá haciendo, las bases teóricas conceptuales sobre el conocimiento y campo de acción de la salud pública como ciencia al servicio del colectivo (1, 15, 18).

En este sentido, son dos los objetos de la salud pública, en su dinámica investigativa, que han definido su modelo teórico, la salud-enfermedad como el objeto hacia el que se dirigen los esfuerzos de conocimiento, y el individuo/medio ambiente (subdividido en componentes biológicos y físicos por un lado, y sociales por otro) como el objeto a transformar, es decir, hacia quien se dirige la acción, con base en las principales tendencias históricas en el pensamiento de la salud (higienista/preventivo, sanitarista, ecologista y socio-médico) que muestra la riqueza intelectual de la salud pública, en ambas vertientes, conocimiento y acción (15).

Por último puede señalarse, que también se investiga en salud pública para aportar conocimiento, para la enseñanza, es decir, para la reproducción del conocimiento, y por supuesto para la práctica, último aspecto en situación de desventaja en Latinoamérica, porque no se lleva lo que Viniegra llama "investigación vinculante", la generada del análisis de la información producida por la práctica misma (19).

## CONCLUSIONES

Finalmente se concluye que con este escrito no se pretende desenmarañar por completo lo complejo de la dinámica de la investigación en salud pública, se quiere mostrar una breve pero sustancial reseña sobre el fenómeno, en aras de incentivar mayores y más profundos estudios al respecto, con el fin último de enriquecer la salud pública como disciplina y ciencia, en vista de que en países de América Latina, entre los que destaca Venezuela se conoce poco o desconoce la dinámica de la investigación en materia de salud colectiva, pero puede recurrirse a análisis métricos (cienciometría) en la búsqueda de información para la toma de decisiones en cuestiones que afecten la salud poblacional y para describir el fenómeno investigativo.

Resulta igualmente relevante resaltar que el campo de conocimiento y el ámbito de acción son las dos dimensiones fundamentales a contemplar en las investigaciones en salud pública, que se desconoce la pertinencia, calidad e impacto de la investigación en este ámbito, que la premisa social es hacia el entendimiento funcional del empirismo, que debe repensarse la investigación en salud pública en función de los cambios que constantemente experimenta el fenómeno salud-enfermedad y la misma definición de la salud pública, por tanto, es valedera la investigación epidemiológica de las condiciones de salud y de la respuesta social que concibe como objetos de la salud pública con el fin último de aportar conocimiento per se, para la enseñanza y para la práctica, que sin duda se traducirán en la resolución de los problemas socio-sanitarios que afrontan las comunidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J, Babadilla J, Sepúlveda J, Rosenthal J, Ruelas E. Un modelo conceptual para la investigación en salud pública. *Bol Of Sanit Panam* 1986; 101:477-492.
2. Horton R. The health (and wealth) of nations. *Lancet* 2002; 359(9311):993-994.
3. White F. Capacity-building for health research in developing countries: a manager's approach. *Rev Panam Salud Publica*

- 2002; 12(3):165-171.
4. Omran A. The epidemiology transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971; 49(4):509-538.
  5. Adler N, Glymour M, Fielding J. Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities. *JAMA* 2016; 316(16):1641-1642.
  6. Londono J, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41(1):1-36.
  7. Lancet Editorial. Global health needs a new research agenda. *The Lancet*. 2004; 364(9445):1555-1556.
  8. Broughton E, Marquez L. Why economic analysis of health system improvement interventions matters. *Front Public Health* 2016; 4:218. eCollection 2016.
  9. Macías-Chapula C. Hacia un modelo de comunicación en salud pública en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2005; 18(6):427-438.
  10. Garfield E. Quantitative analysis of the scientific literature and its implications for science policy making in Latin America and the Caribbean. *Bol Of Sanit Panam* 1995; 29(1):87-95.
  11. Allende J. Latin American science from the clinical perspective. *Microbiologia*. 1997; 13(2):127-130.
  12. Coimbra C Jr. Scientific production in public health and the international bibliographic databases. *Cad Saude Publica* 1999; 15(4):883-888.
  13. Macías-Chapula C. Bibliometric and webometric analysis of health system reforms in Latin America and the Caribbean. *Scientometrics* 2002; 53(3):407-427.
  14. Macías-Chapula C.A. Primary health care in México: a non-ISI bibliometric analysis. *Scientometrics* 1995; 34(1):63-71.
  15. Frenk J. La salud pública: Campo del conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Pública Mex* 1988; 30:246-254.
  16. Pellegrini Filho A. Estado de avance del proyecto regional. En: Lezana MA, Faba G. *La Producción Científica en Salud en México*. México: Secretaría de Salud; 1992; 115-151.
  17. Gibbons M. Science's new social contract with society. *Nature* 1999; 402(Suppl):c82-c84.
  18. Editorial. The distinction between public health and community/ social/preventive medicine. *J Public Health Policy* 1985; 6:435-439.
  19. Viniegra L. Análisis y perspectivas de la formación de investigadores en el área de la salud. *Ciencia* 1985; 36: 231-246.



## Capítulo V

# Nutrición, Tecnología y Salud

Diana regresa de la caza (1615)  
Pedro Pablo Rubens.  
Óleo sobre lienzo. 136 x 184 cm.

## CAMBIOS EN EL PERFIL GLICÉMICO, MORBILIDADES Y COMPLICACIONES EN EL INDIVIDUO OBESO SOMETIDO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Giselmar Soto, Ismael Ruiz, Rosa Silva

**RESUMEN:** La obesidad representa un problema de salud pública de connotación mundial, alcanzando proporciones epidémicas. Para hacerle frente se han descrito diversas medidas terapéuticas, dentro de estas la cirugía bariátrica representa una opción prometedora para las personas que no logran perder peso con medidas tradicionales. El presente trabajo tiene como Objetivo: Determinar los cambios del perfil glicémico, morbilidades y complicaciones del individuo obeso sometido a cirugía bariátrica por bypass ó manga gástrica en la ciudad de Valencia estado Carabobo, en el periodo entre enero de 2013 y enero 2016. Materiales y Métodos: la investigación fue de tipo descriptiva, no experimental, de corte longitudinal y retrospectiva, y la muestra fue intencional conformada por 40 pacientes sometidos a cirugía bariátrica tipo bypass o manga gástrica. La recolección de los datos se hizo mediante la revisión de historias clínicas, representándose los resultados en frecuencia absoluta y relativa. Resultados: La glicemia postprandial promedio en sujetos con bypass gástrico disminuyó 37,8% mientras que la glicemia postprandial promedio en sujetos con manga gástrica disminuyó 40,1%. La mejoría en las comorbilidades fue de 15% en los pacientes intervenidos con manga gástrica y de 25% en bypass gástrico. La cirugía que reporto mayor cantidad de complicaciones fue la manga gástrica. Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con obesidad mórbida padecen patologías de riesgo y la cirugía tipo bypass gástrico es la más efectiva para la reducción de morbilidades asociadas a la obesidad y con menos complicaciones intra y post operatorias.

**Palabras Clave:** Obesidad, cirugía bariátrica, glicemia, complicaciones.

### INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades caracterizadas por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo de los individuos resultando perjudicial para la salud de los mismos. Actualmente el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que las deficiencias ponderales. Considerando aquellos pacientes donde los cambios en el estilo de vida por sí solos no son suficientes para luchar contra la obesidad y sus complicaciones surge la cirugía bariátrica. Ésta tiene

dos objetivos fundamentales: Reducir la ingesta (mediante técnicas restrictivas) o reducir la capacidad de absorción (mediante técnicas malabsortivas). El bypass gástrico en Y de Roux es un procedimiento que implica tomar una pequeña porción del estómago para convertirlo en una bolsa estomacal y conectarlo al intestino delgado, eludiendo así parte del estómago y del duodeno. En tanto que la manga gástrica o gastrectomía vertical se basa en extirpar gran parte del estómago. Sin embargo, es importante recalcar que la cirugía bariátrica no es un procedimiento estético y tampoco está exenta de riesgos, pues puede presentar complicaciones a corto y a mediano plazo (1).

Si bien existen precedentes importantes de investigaciones similares alrededor del mundo, no es así en Venezuela, donde la cirugía bariátrica no se encuentra muy desarrollada, y más concretamente en el estado Carabobo, donde estuvo confinada a los centros de salud privados hasta hace muy poco. Con base a lo expuesto anteriormente cabe la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los niveles de glicemia, comorbilidades y complicaciones de los pacientes obesos sometidos a bypass gástrico y manga gástrica en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) y el Instituto Docente de Urología (IDU) en Valencia, estado Carabobo?

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo y de diseño no experimental cuya información fue extraída de las historias clínicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica tipo bypass o manga gástrica en la CHET y el IDU en Valencia, estado Carabobo, durante el periodo enero 2013 y enero 2016.

La población estuvo compuesta por 40 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, en la conformación de la muestra se tomó la totalidad de la población, 20 pacientes sometidos a manga gástrica y 20 con bypass. La selección de la muestra fue no probabilístico, cuyo criterio de inclusión consideró fundamentalmente el tipo de cirugía bariátrica. Además los incluidos en el estudio tenían las siguientes características: edad comprendida entre 20 y 60 años, índice de masa corporal  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ , comorbilidades mayores asociadas

(obesidad mórbida de más de 5 años de evolución y fracaso en tratamientos convencionales anteriores debidamente supervisados. Se respetaron los criterios bioéticos para la investigación en ciencias de la salud, según las normas de investigación en seres humanos publicadas por FONACIT en el 2010 (2). De igual modo el proyecto de investigación fue sometido a la evaluación y aprobado por los comité de Ética e Investigación de la CHET y la Dirección Médica del IDU.

La técnica de investigación utilizada fue la revisión de historias clínicas con la elaboración de una ficha de recolección de información basada en los objetivos de la investigación. Para el análisis estadístico se determinó la frecuencia estadística, para ellos los datos fueron registrados en una hoja de cálculo de Excel 2016 para Windows 10® y el análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 10 para Windows®. La información se presenta en distribuciones de frecuencia (absolutas y porcentajes).

## RESULTADOS

La tabla 1 expone la frecuencia de Obesidad mórbida que fue de 55% para la muestra estudiada. Las mujeres en la muestra representaron 62,5% (25 pacientes) y los hombres 37,5% (15 pacientes).

**Tabla 1.** Distribución por edad, sexo y tipo de Obesidad de los pacientes.

Edad	Número de pacientes		Obesidad*		Obesidad grave**		Obesidad mórbida***							
	f	%	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres						
	f	%	f	%	f	%	f	%						
20-30 años	7	17,5	0	0	2	5	0	0	2	5	2	5	1	2,5
30-40 años	13	32,5	0	0	2	5	0	0	2	5	2	5	3	7,5
40-50 años	9	22,5	0	0	1	2,5	1	2,5	4	10	5	12,5	2	5
50-60 años	11	27,5	0	0	1	2,5	0	0	3	7,5	5	12,5	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>2,5</b>	<b>11</b>	<b>27,5</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

Fuente: Base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica de la CHET y del Instituto Docente de Urología. Valencia-Período 2013-2016.

\*IMC=30-34,9 \*\*IMC=35-39,9 \*\*\*IMC>40

**Tabla 2.** Disminución de peso, presión arterial y colesterol total en el paciente sometido a bypass gástrico y a manga gástrica al mes de la cirugía.

Prequirúrgico	Bypass gástrico					Manga gástrica				
	Pro	mín	máx	Med	DS	Pro	mín	Máx	Med	DS
Niveles de Glucosa en ayuno	117,26	110	140	115,6	7,64	117,23	109	128	116,6	5,50
Niveles de Glucosa postprandial	215,01	202,4	248	212,5	10,52	214,26	195,4	235	215,55	10,03
Postquirúrgico	Bypass gástrico					Manga gástrica				
	Pro	mín	máx	Med	DS	Pro	mín	Máx	Med	DS

Fuente: Base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica de la CHET y del Instituto Docente de Urología. Valencia-Período 2013-2016.

Pro= Promedio Min=mínimo Max=máximo Med=Mediana DS=desviación estándar

**Tabla 3.** Niveles de glucosa en ayunas y postprandiales, previos y posterior a la cirugía tipo bypass gástrico y a manga gástrica.

Prequirúrgico	Bypass gástrico					Manga gástrica				
	Pro	mín	máx	Med	DS	Pro	mín	Máx	Med	DS
Niveles de Glucosa en ayuno	117,26	110	140	115,6	7,64	117,23	109	128	116,6	5,50
Niveles de Glucosa postprandial	215,01	202,4	248	212,5	10,52	214,26	195,4	235	215,55	10,03
Postquirúrgico	Bypass gástrico					Manga gástrica				
	Pro	mín	máx	Med	DS	Pro	mín	Máx	Med	DS
Niveles de Glucosa en ayuno	96,61	90	110	95,6	5,95	95,79	90	105	95,7	4,35
Niveles de Glucosa postprandial	133,76	122,4	153	132,05	7,56	128,31	114,4	147	131,05	9,45

Fuente: Base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica de la CHET y del Instituto Docente de Urología. Valencia-Período 2013-2016.

Pro= Promedio Min=mínimo Max=máximo Med=Mediana DS=desviación estándar

En la tabla 2 se evidencia que en los pacientes sometidos a bypass gástrico hubo mayor promedio de reducción de peso de 14,7 kg. Igualmente la disminución las cifras de presión arterial fue de igual manera significativa para los pacientes sometidos a bypass; de 10mmHg en promedio para la presión sistólica y de 9,25 mmHg en promedio para la presión diastólica.

La tabla 3 refleja los cambios posteriores a la cirugía tipo bypass

**Tabla 4.** Presencia de patologías previas a la cirugía en los pacientes obesos sometidos a manga y bypass gástrico.

Patologías presentes en los pacientes	Manga gástrica		ByPass	
	f	%	f	%
HTA	5	25	4	20
HTA + DM	1	5	1	5
HTA + Dislipidemia	1	5	3	15
HTA + Dislipidemia + Resistencia a la insulina	1	5	0	0
HTA + DM + Resistencia a la insulina	3	15	2	10
HTA + DM + Resistencia a la insulina + Dislipidemia	0	0	2	10
HTA + DM + Dislipidemia	0	0	1	5
DM + Resistencia a la insulina	1	5	1	5
DM	4	20	5	25
Dislipidemia + Resistencia a la insulina	2	10	1	5
Resistencia a la insulina	2	10	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica de la CHET y del Instituto Docente de Urología. Valencia-Período 2013-2016.

HTA= Hipertensión arterial DM= Diabetes Mellitus

gástrico de glucosa en ayuno con un promedio de 96,6 gr/dL y postprandial promedio de 133,8 gr/dL, siendo posterior a la cirugía tipo manga gástrica el promedio de glucosa en ayuno y postprandial fue de 95,8 gr/dL y 128,3 gr/dL respectivamente.

La tabla 4 describe que de los pacientes sometidos a manga gástrica los que presentaron únicamente HTA fueron 25%, 20% tenían solamente DM y 10% resistencia a la insulina. Mientras que, en los pacientes sometidos a bypass gástrico los que presentaron exclusivamente HTA fueron 20% y 25% DM, y ninguno mostró resistencia a la insulina.

En la ventana temporal que abarcó el estudio se pudo observar que del total de pacientes sometidos a bypass gástrico 25% (5 pacientes) tuvieron mejoría en sus patologías, siendo esta cifra mayor que la de manga gástrica (tabla 5).

En cirugía por manga gástrica las complicaciones médicas más observadas se produjeron durante el postoperatorio tardío en 15% (3 pacientes) especialmente diarreas (tabla 6).

**Tabla 5.** Presencia de patologías posteriores a la cirugía en los pacientes obesos sometidos a manga y bypass gástrico.

Patologías presentes en los pacientes	Manga gástrica				ByPass			
	Preoperatorio		Mejoría al mes		Preoperatorio		Mejoría al mes	
	f	%	f	%	f	%	f	%
HTA	5	25	1	5	4	20	1	5
HTA + DM	1	5	0	0	1	5	1	5
HTA + Dislipidemia	1	5	0	0	3	15	2	10
HTA + Dislipidemia + Resistencia a la insulina	1	5	1	5	0	0	0	0
HTA + DM + Resistencia a la insulina	3	15	0	0	2	10	0	0
HTA + DM + Resistencia a la insulina + Dislipidemia	0	0	0	0	2	10	0	0
HTA + DM + Dislipidemia	0	0	0	0	1	5	1	5
DM + Resistencia a la insulina	1	5	0	0	1	5	0	0
DM	4	20	0	0	5	25	0	0
Dislipidemia + Resistencia a la insulina	2	10	1	5	1	5	0	0
Resistencia a la insulina	2	10	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>25</b>

Fuente: Base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica de la CHET y del Instituto Docente de Urología. Valencia-Período 2013-2016.  
HTA= Hipertensión arterial DM= Diabetes Mellitus

**Tabla 6.** Incidencia de complicaciones médicas y quirúrgicas en el postoperatorio inmediato, mediato y tardío de la manga gástrica.

Complicaciones	PO Inm		PO Med		PO Tar	
	f	%	f	%	f	%
<b>Médicas</b>						
Diarrea	0	0	0	0	3	15
Vómitos	2	10	0	0	0	0
Alteraciones electrolíticas	0	0	1	5	0	0
Anemia	0	0	0	0	0	0
Sin complicaciones	18	90	19	95	17	85
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Complicaciones	PO Inm		PO Med		PO Tar	
	f	%	f	%	f	%
<b>Quirúrgicas</b>						
Estenosis	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	0	0	0	0	0	0
Fugas	1	5	0	0	0	0
Perforación	1	5	0	0	0	0
Sin complicaciones	19	95	20	100	20	100
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica de la CHET y del Instituto Docente de Urología. Valencia-Período 2013-2016.  
PO Inm= Postoperatorio inmediato PO Med= Postoperatorio mediato PO Tar=Postoperatorio tardío

**Tabla 7.** Incidencia de complicaciones médicas y quirúrgicas en el postoperatorio inmediato, mediato y tardío del Bypass gástrico.

Complicaciones	PO Inm		PO Med		PO Tar	
	f	%	f	%	f	%
<b>Médicas</b>						
Diarrea	0	0	1	5	0	0
Vómitos	1	5	0	0	0	0
Alteraciones electrolíticas	0	0	0	0	0	0
Anemia	0	0	0	0	1	5
Sin complicaciones	19	95	19	95	19	95
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Complicaciones	PO Inm		PO Med		PO Tar	
	f	%	f	%	f	%
<b>Quirúrgicas</b>						
Estenosis	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	0	0	0	0	0	0
Fugas	0	0	0	0	0	0
Perforación	0	0	0	0	0	0
Sin complicaciones	20	100	20	100	20	100
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de la Unidad de Cirugía Bariátrica de la CHET y del Instituto Docente de Urología. Valencia-Período 2013-2016.  
PO Inm= Postoperatorio inmediato PO Med= Postoperatorio mediato PO Tar=Postoperatorio tardío

En cirugía por Bypass gástrica las complicaciones médicas relevantes observadas durante el post operatorio inmediato fue el vómito en 5% (1 paciente). En los pacientes sometidos a bypass gástrico no observamos complicaciones quirúrgicas en ninguno de los tiempos del postoperatorio (tabla 7).

## DISCUSIÓN

Más de la mitad de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tenían obesidad mórbida (IMC >40 Kg/m<sup>2</sup>) y pérdida de peso luego de la cirugía, esto en acuerdo con los hallazgos hechos por Serrot (3) en pacientes con un IMC <35 kg/m<sup>2</sup> y diabetes tipo 2, pues reporta pérdida de peso y control de la glucemia.

En la relación de la disminución del peso y las comorbilidades en el paciente sometido a bypass gástrico y a manga gástrica, el promedio de pérdida de peso fue mayor con el bypass gástrico que con la manga gástrica, la disminución tanto de la presión arterial sistólica como diastólica fue mayor con la manga gástrica y no se evidenciaron marcadas diferencias en los promedios de colesterol

en ambas cirugías, al mes de realizada la evaluación. En Colombia Baptiste (4) reseñan la efectividad en el control de la presión arterial, a través de la cirugía bariátrica, la presión arterial diastólica logró controlarse antes que la sistólica y al sexto mes se lograron reducir en 8 mmHg y 10 mmHg, respectivamente, contrastando con los datos obtenidos en esta investigación, presentando mayor disminución de cifras tensionales con la manga gástrica.

Profundizando en el estudio, hubo disminución porcentual en los niveles de glucosa siendo tres veces mayor la disminución en la glicemia postprandial que en ayuno en ambos tipos de cirugía bariátrica. Lanzarini (5) documentó en 2012 disminución del colesterol total para el primer mes de 10mg/dL en promedio con respecto al valor inicial, contrastando con el presente estudio en el que la disminución en promedio fue de 5,7 mg/dL para el bypass. Mientras que la glicemia en ayuno disminuyó a 97mg/dL, resultando muy similar al del presente estudio, donde la glicemia se ubicó en 96,61mg/dL (5).

Evalando las complicaciones postoperatorias, se evidenciaron vómitos, alteraciones hidroelectrolíticas y diarreas, mientras que la complicación quirúrgica fue una fuga. En contraste la cirugía por bypass gástrico sólo reporta complicaciones médicas, que fueron vomito y diarrea. Una reciente investigación de Che (6) muestra disminución de las complicaciones posteriores al alta luego de la cirugía bariátrica, pero dentro de los 30 días del postoperatorio, similar a lo reportado en esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez A. ¿Qué es la cirugía bariátrica?. Seco.org. Disponible en: <http://www.seco.org/index.php/informacion-pacientes/ique-es-la-cirugia-bariatrica>. 2016.
2. Amario L. Ministerio del poder popular para la Ciencia y Tecnología, Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación Logros oportunidades y Retos. 2014. Disponible en: [http://www.locti.co.ve/inicio/repositorio/doc\\_download/4-reforma-de-la-ley-organica-de-ciencia-tecnologia-e-innovacion-locti.html](http://www.locti.co.ve/inicio/repositorio/doc_download/4-reforma-de-la-ley-organica-de-ciencia-tecnologia-e-innovacion-locti.html). 2014.
3. Serrot F, Dorman R, Miller C, Slusarek B, Sampson B, Sick B, et al. Comparative effectiveness of bariatric surgery and nonsurgical

therapy in adults with type 2 diabetes mellitus and body mass index <35 kg/m<sup>2</sup>. *Surgery* 2011; 150(4):684-691.

4. Baptiste H, Rodríguez M, Parra R, Niño F, Méndez F. Seguridad y efectividad en el control del peso, la presión arterial y la filtración glomerular de dos procedimientos bariátricos en una clínica de la ciudad de Cali. *Rev Colomb Cir* 2013; 28: 127-135.
5. Lanzarini E, Molina J, Lara I, Csendes A. Resultados del bypass gástrico en diabéticos tipo 2 con índice de masa corporal menor a 35 Kg/m<sup>2</sup>. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2012; 23:251-256.
6. Chen S, Tallo M, Schweitzer M, Magnuson T, Lidor A. Evaluación de las complicaciones posteriores al alta después de la cirugía bariátrica: Un análisis del Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica. *Surgery* 2015; 158(3) 777-786.

## DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL LABORATORIO CLÍNICO EN EL ESTADO CARABOBO

Alba Herrera, Dora González, Heidi Roballo

**RESUMEN:** La enfermedad celíaca (EC) es el resultado de la interacción entre el gluten y factores inmunológicos, genéticos y ambientales (1,2). Esta enfermedad se desarrolla en personas que son genéticamente susceptibles a los haplotipos HLA DQ-2 y/o DQ-8 y mediante la creación de anticuerpos específicos; proveniente de la región HLA codificada en el cromosoma 6. Desde el punto de vista epidemiológico; la EC estaba considerada como una enfermedad poco frecuente, pero actualmente muestra una distribución mundial homogénea, presentando una prevalencia del 2% en la población general (7). En Venezuela, no se dispone de estudios poblacionales que determinen la prevalencia de esta enfermedad en cada región del país. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de EC por medio del diagnóstico serológico en una población del estado Carabobo. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal en individuos provenientes de la ciudad de Valencia estado Carabobo entre septiembre 2014-2016; a los cuales se les realizaron los marcadores serológicos de EC por método de Western blot. **Resultados:** Se evaluaron 115 individuos provenientes del estado Carabobo, de los cuales 41,7% correspondieron al género femenino y 58,3% al masculino. Al determinar los marcadores serológicos se obtuvo 43% de individuos no celíacos, 37% de individuos celíacos y 20% de casos indeterminados que deben ser controlados en el tiempo. Por otra parte, se observó mayor prevalencia de celíacos en dos de los grupos etarios estudiados: 44,5% de celíacos con edades comprendidas entre 31-40 años y 38,2% entre 1-17 años. **Conclusión:** Los hallazgos presentados en esta investigación contribuyen con el diagnóstico de EC en el estado Carabobo, sin embargo, es necesario ampliarlos y acompañado del estudio de biopsia intestinal.

**Palabras Clave:** Enfermedad celíaca, gluten, marcadores serológicos.

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es el resultado de la interacción entre el gluten y factores inmunológicos, genéticos y ambientales. El gluten es un conjunto de proteínas que poseen algunos cereales como el trigo, la cebada y el centeno, destacando las denominadas prolaminas, que poseen alto contenido del aminoácido prolina. En el trigo la prolamina es la gliadina, en la cebada es la hordeína y

en el centeno la secalina. La avena es genéticamente distante a los granos mencionados y contiene una proteína llamada avenina, que raramente desencadena EC (1,2). Por lo general, esta enfermedad se desarrolla en personas que son genéticamente susceptibles con haplotipos HLA DQ-2 y/o DQ-8 y mediante la creación de unos anticuerpos específicos; esta susceptibilidad genética de la EC proviene de la región HLA codificada en el cromosoma 6, que codifica los antígenos leucocitarios tipo HLA de clase II y cuyos marcadores más habituales son el HLA-DQ2 (90%) y con menor frecuencia el HLA-DQ8 (5-10%) (3).

La gliadina del gluten representa el sustrato para la enzima transglutaminasa tisular (tTG) que actúa mediante desaminación de la glutamina de la gliadina transformándola en ácido glutámico, que posee la carga negativa necesaria para su unión a la molécula HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8, por tanto, la exposición de los péptidos para el reconocimiento antigénico por parte de las células T es un paso esencial en la patogénesis de esta enfermedad. Posterior al procesamiento y presentación antigénica a las células T, se desarrolla una respuesta inmune celular con secreción de citoquinas, lo que origina una alteración de la estructura epitelial de la mucosa intestinal con la consiguiente atrofia vellosa e hiperplasia de las criptas; y una respuesta humoral con activación de los linfocitos B, lo que se traduce en la generación de anticuerpos dirigidos frente a tTG y a los complejos péptido- tTG (4,5).

Por ello, la importancia del diagnóstico de esta enfermedad para evitar las complicaciones que se desencadena con el tiempo al no tratarse de manera inmediata y adecuada. Diversos estudios han planteado el uso de marcadores séricos como instrumento para el diagnóstico de EC, entre ellos la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) en el año 2012, que estableció como herramienta fundamental para el diagnóstico de EC la determinación de los anticuerpos anti-gliadina IgG e IgA, anti-transglutaminasa IgG e IgA, anti-endomisiales (EMA) y los recientemente descritos anti-péptidos deaminados de la gliadina IgG e IgA (4,6). Otra forma de enfocar el problema y determinarlo a tiempo, sería realizar el cribado sólo en aquellos individuos portadores de marcadores genéticos compatibles con EC (HLA de clase II, DQ8 o DQ2- DQA1\*0501, DQB1\*0201),

pero representaría un alto costo económico y adicionalmente es un método que no está disponible de forma generalizada (6). Además, estos marcadores genéticos constituyen una condición necesaria, pero no suficiente, ya que, una pequeña proporción de pacientes (5-10%) son negativos para el DQ2 y DQ8 y ello implica que existen otros marcadores genéticos poco conocidos, que probablemente corresponden a otros subtipos localizados en el sistema HLA de clase I, incluyendo el MIC-A, el MIC-B y otros (3).

A su vez, es importante destacar que los marcadores séricos son de gran utilidad como indicadores de EC, si bien la biopsia intestinal sigue siendo el patrón oro para establecer el diagnóstico. Dichos marcadores séricos, ayudan a seleccionar a los individuos con mayor probabilidad de presentar EC, siendo particularmente útiles en aquellos pacientes sin síntomas gastrointestinales, con enfermedades asociadas a la EC y para el despistaje de familiares de primer grado de enfermos diagnosticados. No obstante, debe considerarse que la negatividad de estos marcadores no excluye definitivamente el diagnóstico, siendo necesario en ocasiones recurrir a pruebas más avanzadas (estudio genético) cuando la sospecha diagnóstica es elevada (7).

Desde el punto de vista epidemiológico; la EC estaba considerada como una enfermedad poco frecuente, pero actualmente su distribución mundial es bastante homogénea, ya que, se encuentra en todos los países del mundo, afectando a todo tipo de razas y se reconoce como uno de los trastornos congénitos más frecuentes, presentando una prevalencia media del orden del 2% en la población general (8), que afecta tanto a niños como a adultos y que puede manifestarse con formas clínicas atípicas o silentes (4). Por su parte, Parra (9) señala que la EC afecta del 0,6 al 1,0% de la población mundial, tiene una relación de 2,8:1 entre hombres y mujeres, adicionalmente manifiestan que la edad de aparición es a los 9 años y en la cuarta década de la vida, siendo más frecuente en países con ascendencia caucásica, principalmente localizadas en Europa y en América del Norte (9). En Venezuela, no se dispone de estudios poblacionales amplios que determinen la prevalencia de esta enfermedad en cada región del país. Sin embargo, Fabiano (4) realizó un estudio de prevalencia de EC en nuestro país, reportando una prevalencia de 3,2% de la enfermedad, con 1,3% de casos indeterminados que deberían ser seguidos en el tiempo, ya que, podría tratarse de pacientes intolerantes al gluten

no celíacos o de pacientes que en un futuro no muy lejano, puedan sufrir de EC (4). Siendo este estudio la única referencia encontrada hasta la fecha, por lo que se hace necesario nuevas investigaciones que permitan conocer desde el punto de vista epidemiológico la prevalencia de esta enfermedad en el país. Es por esta razón, que se presenta la siguiente investigación con el propósito de determinar la prevalencia de EC por diagnóstico serológico en una población del estado Carabobo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

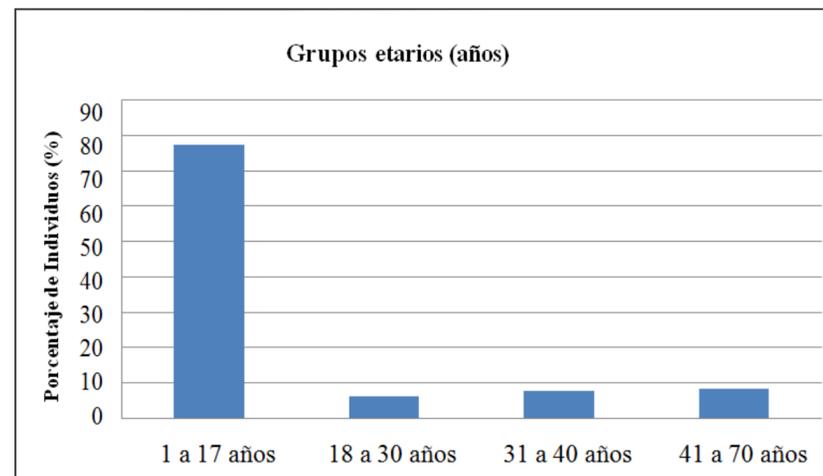
Se realizó un estudio transversal en 115 individuos provenientes de la ciudad de Valencia estado Carabobo, que asistieron al Laboratorio Clínico Julio C. González para la realización del perfil celíaco en el periodo comprendido entre septiembre 2014-2016. Luego de explicados los objetivos de la investigación se obtuvo el consentimiento informado de cada adulto, así como también del padre o representante legal de los menores de edad que participaron en el estudio.

Posteriormente, se les extrajo 5 mL de sangre por punción venosa, se centrifugó 3.500 rpm para obtener el suero, y poder determinar los marcadores serológicos para el diagnóstico de EC: Anticuerpos Antigliadina G (AAG IgG), Anticuerpo anti-transglutaminasa tisular (AAT IgG), Factor intrínseco (FI), Células parietales (PCA) y anticuerpos anti- *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA). Esta determinación se realizó por método de Western Blot a través del kit comercial Orgentec. Igualmente, la categorización de no celíacos y celíacos, se realizó tomando en cuenta los marcadores serológicos propuestos por la ESPGHAN en el año 2012, se consideró como positivos aquellos pacientes que presentaron AAG IgG y AAT IgG, negativos aquellos que no presentaron dichos marcadores e indeterminados aquellos que presentaron positividad para FI, PCA y ASCA.

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17®. Las variables fueron evaluadas por medio del test de Kolmogorov-Smirnov y la prueba t-Student (variables con distribución normal). Los resultados fueron expresados en términos de porcentajes y nivel de significancia estadística (valores de  $p < 0.05$ ).

## RESULTADOS

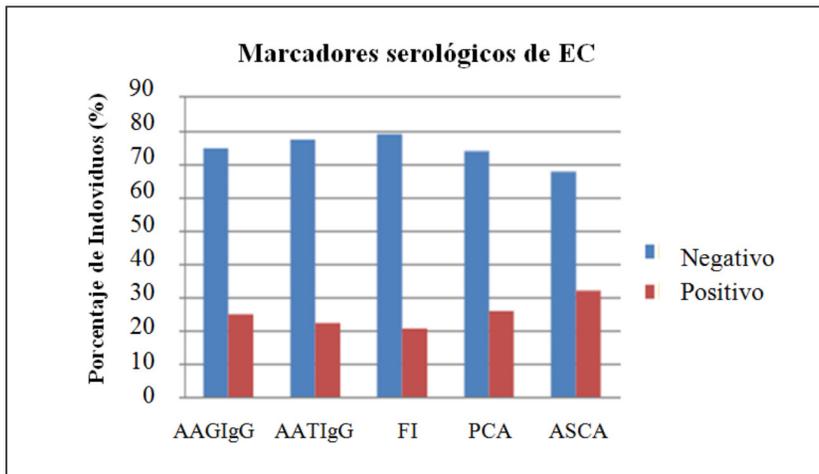
Se evaluaron 115 individuos provenientes en su mayoría del estado Carabobo, de los cuales 41,7% correspondieron al género femenino y 58,3% al masculino. En la muestra estudiada se pudo observar que 77,4% tenía entre 1 y 17 años, 6,2% entre 18 y 30 años, 7,8% entre 31 y 40 años y 8,6% eran individuos en edades comprendidas entre 41 y 70 años (gráfico 1).



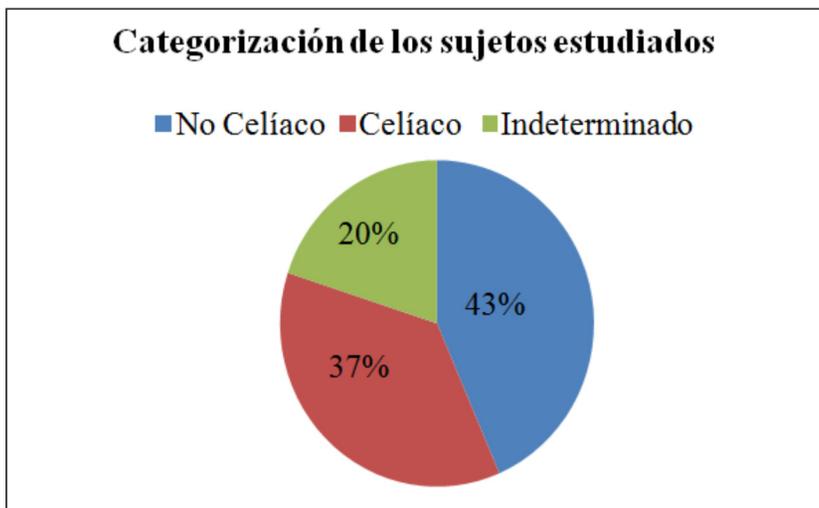
**Gráfico 1.** Distribución y frecuencia de la población en estudio de acuerdo a los grupos de edad.

Al realizar el análisis estadístico correspondiente, se pudo observar que hubo diferencia significativa entre los grupos edad estudiados ( $p < 0.05$ ). En relación a la distribución y frecuencia de los marcadores serológicos estudiados para la determinación de EC; se obtuvo para AAG IgG 74,8% negativos y 25,2% positivos, igualmente para AAT IgG 77,4% negativos y 22,6% positivos, FI 79,1% negativos y 20,9% positivos, PCA 73,9% negativos y 26,1% positivos; y para ASCA 67,8% negativos y 32,2% positivos (gráfico 2), por lo cual se pudo observar diferencias significativas para esta distribución ( $p < 0.05$ ).

Al analizar la positividad o negatividad de los marcadores serológicos estudiados, se pudo clasificar a los sujetos como no celíacos y celíacos, siempre y cuando cumplieran con los criterios establecidos por la ESPGHAN, obteniendo 43% de individuos no celíacos y 37% de individuos celíacos (gráfica 3).



**Gráfico 2.** Distribución y frecuencia de la población en estudio de acuerdo a los marcadores serológicos para EC.



**Gráfico 3.** Distribución de los individuos estudiados de acuerdo a la categorización de EC.

Al realizar el análisis estadístico se pudo observar que los resultados obtenidos fueron homogéneos para esta categorización ( $p > 0.05$ ). Del mismo modo, se realizó la distribución de EC de acuerdo a los grupos de edad estudiados, obteniendo diferencias significativas entre dichos grupos según su categorización ( $p < 0,05$ ) (tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de EC según los grupos de edad estudiados ( $p < 0.05$ ).

Categorización	0 a 17 años (n=89)	18 a 30 años (n=7)	31 a 40 años (n=9)	41 a 70 años (n=10)
No celíaco	46,1%	57,1%	22,2%	30%
Celíaco	38,2%	28,6%	44,5%	20%
Indeterminado	15,7%	14,3%	33,3%	50%

Fuente: Datos propios de la investigación.

## DISCUSIÓN

Las características epidemiológicas de la EC ha sido objeto de grandes variaciones en los últimos años, porque fue considerada como una enfermedad poco frecuente en los pasados 15 años y actualmente es una patología común y de distribución mundial (4), con una prevalencia de 1,7% en población sintomática y entre 0,75-1,2% en población asintomática. Se presenta tanto en niños como en adultos y en estos últimos su prevalencia llega a 0,5% (11), y asciende hasta 4,5% en población de alto riesgo (en familiares de primer grado de pacientes con EC) (10).

Diversos estudios han sugerido que en los países nórdicos, la enfermedad afecta a 2,4% de los mayores de 60 años en Finlandia y a 3% de los niños menores de 12 años en Suecia (12). En Italia, la prevalencia real de la enfermedad ha sido de 0,25-1% (13). En España, se han publicado estudios epidemiológicos poblacionales, que han demostrado una prevalencia de la enfermedad de 1:220 niños de 10 a 12 años de edad, y específicamente en Madrid 1:389 personas de la población general, en Asturias 1:118 niños de 3 años (14). En Latinoamérica, Argentina ha reportado una prevalencia de 1:167 (15), Brasil de 1:151 (16); y en Chile la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 describe una prevalencia de anticuerpos anti-transglutaminasa  $> 20$  UI/ml de 0,8% (17).

En Venezuela no se dispone de estudios poblacionales que incluyan todas las comunidades, donde se estudien los diferentes marcadores serológicos; cuya frecuencia y distribución podría mostrar una aproximación de la prevalencia actual de esta enfermedad. Sin embargo, en la presente investigación se obtuvo una prevalencia de EC de 37% en la población estudiada y 20% de casos indeterminados

que deben ser controlados en el tiempo, ya que, los pacientes incluidos en esta categoría presentaron anticuerpos contra ASCA, FI y PCA; que aunque no forma parte del esquema de ESPGHAN para diagnóstico de EC ameritan vigilancia, ya que, estos marcadores están involucrados en otras patologías que se desencadena como consecuencia de EC no diagnosticada a tiempo.

Por otra parte, se observó mayor prevalencia de celíacos en dos de los grupos de edad estudiados, obteniendo 44,5% de celíacos el grupo con edades comprendidas entre 31 a 40 años, seguido de 38,2% de celíacos entre aquellos ubicados entre 1 y 17 años; mientras que los grupos con edades comprendidas entre 18 a 30 años y de 41 a 70 años, presentaron una prevalencia de 28,6% y 20% respectivamente. Esto se relaciona con lo descrito por diversos autores que han reportado dos grupos de edad donde es mayor el número de casos diagnosticados, entre 1 y 3 años en niños y 30-50 años en adultos (4). Tal como lo señala Fabiano (4), quienes obtuvieron casos positivos en el rango entre 34 y 48 años. Igualmente, Riestra (18) indican que la edad media del diagnóstico en niños es a los 42 meses y en 67% de los casos el diagnóstico se produce antes de los 36 meses de edad; mientras que, en adultos la edad media de diagnóstico es a los 41 años y en 8% de los casos el diagnóstico se realiza en mayores de 60 años.

## CONCLUSIÓN

Se puede concluir que los hallazgos de esta investigación contribuyen de manera importante en el estudio de la EC en Venezuela, ya que, se presenta información sobre la prevalencia de EC en una población del estado Carabobo, y debido al escaso número de trabajos reportados sobre esta patología en el país se sugiere realizarlos con la inclusión de diversos métodos de laboratorio y análisis clínicos para determinar la prevalencia real de esta patología en Venezuela. Igualmente deben iniciarse estudios de correlación entre los diferentes métodos diagnósticos con el fin de afinar la sensibilidad y especificidad diagnóstica, con el firme propósito de que se logre el diagnóstico certero para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kagnoff M. Overview and Pathogenesis of Celiac Disease. *Gastroenterology* 2005; 128:s10-s8.
2. Kilmartin C, Lynch S, Abuzakouk M, Wieser H, Feighery C. Avenin fails to induce a Th1 response in coeliac tissue following in vitro culture. *Gut* 2003; 52:47-52.
3. López A, Rodrigo L, Fuentes D, Riestra S, Bousoño C, García-Fernández S, et al. MHC class I chain related gene A (MICA) modulates the development of celiac disease in patients with the high risk heterodimer DQA1\*0501/DQB1\*0201. *Gut* 2002; 50:336-340.
4. Fabiano F, Lista D, Torres J, Urquiola A. Primer estudio de prevalencia de la condición celíaca en Venezuela. *Revista Gen* 2013; 67(4):203-207.
- 5.- Martínez J, García R, Ros I, López M, Ubalde E. Enfermedad celíaca: ¿Qué características tienen nuestros pacientes en el momento del diagnóstico? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016; 18:141-149.
6. Donat E, Polo M, Ribes K. Marcadores serológicos de enfermedad celiaca. *Acta Pediatr Esp* 2003; 61:24-32.
7. Polanco I. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Sociedad Española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid. 2008.
8. Rodríguez L. Enfermedad celiaca. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. Madrid. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2010; 34:49-59.
9. Parra R. Prevalencia de enfermedad celiaca en Latinoamérica: Revisión sistemática de la literatura y meta-análisis. Centro de estudio de enfermedades autoinmunes (CREA): Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá. 2014.
10. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, Not T, Colletti R, Drago S, et al. Prevalence of celiac disease in At-Risk and Not- At-Risk Groups in the United States. *Arch Intern Med*. 2003; 163:286-292.
11. Horwitz A, Skaaby T, Karhus L, Schwarz P, Jorgensen T, Rumessen J, et al. Screening for celiac disease in Danish adults. *Scand J Gastroenterol*. 2015, en prensa.
12. Makki M, Mustalahti K, Kokkonen J, Kulmala P, Haapalahti M,

## USO DE LAS TIC EN EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIANTES DE POSTGRADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Marymili Segura

**RESUMEN:** El presente trabajo tiene como intención analizar el uso de las TIC en el desarrollo de proyectos de investigación de estudiantes de postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Esta investigación fue abordada bajo un diseño de tipo no experimental, transversal con un nivel descriptivo. La técnica de recolección de datos es la encuesta, cuyo instrumento fue un cuestionario compuesto por 32 preguntas dicotómicas, el cual fue aplicado a los estudiantes de la asignatura seminario de investigación I de los postgrados clínicos de la mencionada facultad. La validación del instrumento se hizo a través de juicio de expertos y su confiabilidad se calculó a partir del coeficiente Kuder-Richardson. Entre los resultados resalta que 100% de los encuestados indicó que está desarrollando o piensa desarrollar un proyecto de investigación, sin embargo, solo 31% ha publicado algún trabajo o proyecto de investigación en revistas o publicaciones biomédicas; con respecto al uso de TIC, 77% usan teléfono celular inteligente, 96% usa computadoras para el desarrollo de actividades laborales y 92% que se conecta a internet más de dos veces por semana. En las reflexiones finales resalta que en la actualidad los profesionales de la salud que realizan estudios de postgrado e investigaciones en el área, en su mayoría, tienen los conocimientos necesarios y la disponibilidad de recursos tecnológicos, no solo para la búsqueda de información sino también para interactuar en actividades virtuales lo que se traduce en mayor comunicación con sus asesores y/o tutores.

**Palabras Clave:** TIC e investigación, investigación en salud, TIC proyectos en salud.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) se han convertido en un apoyo indiscutible en los diversos espacios de la vida, entre los que se encuentra el campo de la Salud, donde éstas tecnologías han provisto recursos y soluciones prácticamente en todas sus áreas, manteniéndose en continuo desarrollo. Así mismo en el ámbito universitario la presencia de las TIC es cada vez mayor, pues las universidades no solo producen conocimiento e innovación para el perfeccionamiento tecnológico

- Karttunen T, et al. Prevalence of celiac disease among children in Finland. *N Engl J Med* 2003; 348:2517-2524.
13. Catassi C, Fabiani E, Ratsch IM, Coppa G, Giorfi P, Pierdomenico R, et al. The coeliac iceberg in Italy. A multicentre antigliadin antibodies screening for coeliac disease in school-age subjects. *Acta Paediatr* 1996; 89:29-35.
  14. Polanco I. Enfermedad celíaca presente y futuro. Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. 2013.
  15. Chirido F, Anon M, Fossati C. Optimization of a competitive ELISA for quantification of prolamins in food. *Food Agric Immunol* 1995; 7(4):333-343.
  16. Kotze L. Gynecologic and obstetric findings related to nutritional status and adherence to a gluten-free diet in Brazilian patients with celiac disease. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38(7):567-574.
  17. Moscoso F, Quera R. Enfermedad celíaca. Revisión. *Rev Med Chile* 2016; 144: 211-221.
  18. Riestra S, Fernández E, Rodrigo L, García S, Ocio G. Prevalence of coeliac disease in the general population of Northern Spain. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35:398-402.

sino también deben proveer herramientas de vanguardia a sus estudiantes que faciliten el acceso a los procesos de enseñanza y aprendizaje y que concuerden con la dinámica social actual.

Por otra parte, a nivel universitario, uno de los aspectos que demarca la culminación de la mayoría de los programas de pre y post grado es el trabajo especial de grado, que viene a ser la evidencia de la actividad investigativa del estudiante, quien profundizando en una temática relacionada con su área de estudio, logra un producto final enmarcado en una metodología científica que concuerda con la naturaleza del problema objeto de la investigación.

De hecho la producción de conocimiento es factor fundamental en toda institución universitaria, al respecto la UNESCO en la Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico señala que:

“La enseñanza científica, en sentido amplio, sin discriminación y que abarque todos los niveles y modalidades, es un requisito previo fundamental de la democracia y el desarrollo sostenible. (...) Habida cuenta de los progresos científicos, es especialmente importante la función de las universidades en la promoción y la modernización de la enseñanza de la ciencia y su coordinación en todos los niveles del ciclo educativo. En todos los países, especialmente en los países en desarrollo, es preciso reforzar la investigación científica en los programas de enseñanza superior y de estudios de posgrado tomando en cuenta las prioridades nacionales” (1).

En este sentido de las áreas caracterizadas por su producción intelectual e investigativa resaltan las ciencias de la salud, pues sus hallazgos son indispensables para el crecimiento de pueblos y naciones, ya que, la producción de nuevo conocimiento sobre determinantes sociales, políticos, económicos y ambientales de salud ayudan a solucionar problemas contemporáneos en esta área. Así mismo es necesaria dado que a través de la investigación en salud se desarrollan herramientas que no solo pueden erradicar enfermedades y disminuir muertes, sino que se puede mejorar la salud y el desarrollo social y económico de forma igualitaria (2).

Por otra parte la investigación en salud se caracteriza por ser muy compleja, no solo por la amplia gama de líneas de investigación que de ella se desprende, sino por los diferentes enfoques en los que se puede desarrollar una misma temática. Se puede desplegar entonces investigaciones en salud desde las ciencias biomédicas, las ciencias

de la población, las ciencias de políticas de salud; pero también desde otros campos que puedan repercutir significativamente en la salud de las personas, como por ejemplo las ciencias agropecuarias o medioambientales (2).

Sin embargo es importante tomar en cuenta el contexto en el que se encuentra la investigación científica en la actualidad, porque no basta con la intencionalidad de los investigadores o unidades de investigación, sino que su avance depende en gran medida de la inversión que en ésta se haga, la cual puede provenir de entes gubernamentales, de la empresa privada o de instituciones de educación universitaria; siendo de relevancia para el presente trabajo lo concerniente a éstas últimas, puesto que, en el caso de Venezuela, la mayoría de las investigaciones realizadas como requisito para optar a título de postgrado son financiadas por el mismo graduando. En el caso de las ciencias de la salud muchos de estos trabajos, además del uso de reactivos o de equipo especializados cuyo costo es significativo, ameritan amplias y profundas búsquedas bibliográficas.

Todo esto conllevan a pensar sobre alternativas que apoyen y fortalezcan la investigación y desarrollo científico en el país, facilitando recursos a investigadores y accesibilidad a las fuentes de información, logrando así promover la producción científica de calidad; y en el caso de las instituciones de educación universitaria tratar de involucrar en el proceso a un mayor número de profesores y a la vez a aquellos estudiantes que deben realizar su trabajo especial de grado, ya que, para muchos estudiantes el trabajo especial de grado puede llegar a ser una experiencia muy importante, actualizadora, motivadora, satisfactoria, significativa, gratificante y enriquecedora, que comunica el rol investigador especialista que culmina un proyecto y aporta un producto social. Asimismo, una puerta de entrada al mundo real de la investigación, que depende esencialmente del conocimiento y prácticas académicas y personales previas y una actuación categóricamente propositiva por parte del estudiante, donde juega un papel facilitador y motivador el profesor (3).

Si se toma en cuenta este planteamiento los estudiantes de los últimos años de los diferentes programas de pre y post grado son un potencial, porque se constituyen en talento humano al que se le puede sacar provecho en el proceso de producción científica de las universidades para beneficio no solo de estas instituciones sino del país.

En el caso de los estudiantes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud UC, debido a sus compromisos profesionales y también relacionados con otras asignaturas que cursan, su horario es bastante complejo por lo que muchas veces se hace complicado recibir apoyo y asesoría metodológica para sus proyectos de investigación. Tomando en cuenta esto, se evidencia la necesidad de diseñar estrategias que reduzcan costos y dinamicen el quehacer científico e investigativo de estos estudiantes. Para lo cual el uso de las TIC viene a ser una muy interesante alternativa, pues las mismas no solo pueden facilitar el procesamiento de la información, sino que a través de las diferentes herramientas TIC existentes, se puede lograr un efectivo complemento a las tan importantes tutorías; y por otra parte acortar distancias y facilitar la comunicación entre los involucrados.

Estas tecnologías brindarían la posibilidad al estudiante investigador de interactuar con expertos e iguales y por otra parte, el acceso a una variedad de recursos que lo inducirían a ser protagonista de su aprendizaje y a la vez a generar ideas y ayudar a otros. Por todo lo anterior surge el interés de analizar el uso de las TIC en el desarrollo de proyectos de investigación de estudiantes de postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El seguimiento de una metodología es imperante en toda investigación, ya que, a través de ella se lleva un control minucioso de todas las actividades involucradas para la realización de cualquier proyecto, pues su propósito es cubrir las diferentes etapas por las que pasará la investigación, por lo cual esta investigación fue abordada bajo un diseño de tipo no experimental y transversal con nivel descriptivo.

### *Técnicas de recolección y Análisis de datos*

La técnica de recolección de datos fue la encuesta escrita. Cuyo instrumento fue un cuestionario conformado por 32 preguntas dicotómicas. Para la determinación de la validez se recurrió al juicio de expertos. La confiabilidad del instrumento se estableció, a través del coeficiente Kuder-Richardson. Se calcularon estadísticos

descriptivos. Para el análisis estadístico se emplearon tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. El paquete estadístico utilizado fue IBM SPSS Statistic versión 20.

## RESULTADOS

La población estuvo conformada por treinta tres (33) estudiantes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, inscritos en la Asignatura Seminario de Investigación I en el periodo académico 2015-1. En vista de que la población era finita y manejable, no se establecieron criterios muestrales sino que se trabajó con el total de estudiantes inscritos. En lo referente al desarrollo de proyectos, se observa que 100% de los encuestados está desarrollando o piensa desarrollar un proyecto de investigación, así mismo 96% ha diseñado anteriormente un proyecto de investigación, sin embargo, resalta que 92% de los encuestados manifiesta dudas sobre como iniciar un proyecto de investigación, así como 81% resalta que no domina todos los diseños y métodos de investigación del área de ciencias de la salud y 69% del grupo indica que no conoce las líneas de investigación de la facultad de ciencias de la salud.

Al preguntar a los encuestados si han participado en publicaciones científica se observa que solo 31% de los encuestados ha publicado algún trabajo o proyecto de investigación en revistas o publicaciones biomédicas, sin embargo, 96% manifiesta que le gustaría publicar en revistas biomédicas y que están interesado en saber cómo preparar sus trabajos o proyectos de investigación para participar con ellos en congresos. Al indagar sobre los niveles de participación tanto en grupos de investigación como el alguna organización social, resalta que a pesar de que 81% de los encuestados indica utilizar internet para intercambio social o esparcimiento, solo 27% pertenece a una sociedad o grupo de investigación y únicamente 19% actualmente pertenece a alguna comunidad o grupo social en la web.

Con respecto al Uso de TIC, específicamente de dispositivos móviles, la tendencia observada es que mientras 77% de los encuestados usan teléfono celular inteligente, solo 19% de éstos usa tableta, lo que evidencia que a pesar de no inclinarse por el uso de herramientas tecnológicas de punta, los encuestados entienden

la importancia de las TIC y las usan, a través de sus teléfonos inteligentes. Así mismo al preguntar sobre el uso de Computadora 96% de los encuestados encuestados indican que las utilizan para el desarrollo de sus actividades laborales. En relación con el tiempo de permanencia o conexión 73% indica que se conecta a internet diariamente; a su vez 92% que se conecta a internet más de dos veces por semana, asimismo 100% de los estudiantes expresaron que utilizan internet para sus investigaciones; por otra parte, 69% manifestó que busca información en bases de datos especializadas y también busca información en bibliotecas virtuales.

## DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en la presente investigación evidencian alto nivel en el conocimiento y uso de las TIC por parte de los estudiantes de los postgrados clínicos de la FCS-UC lo que corrobora que las TIC están cambiando el sistema educativo, como se trabaja, como se relacionan unos con otros, como se pasa el tiempo libre y, en suma, los modos de percibir y relacionarnos la realidad y a sí mismos (4). Por otra parte el significativo interés por el desarrollo de investigaciones y publicación de las mismas, manifestado por los encuestados coincide con los hallazgos de Ramírez (5) en donde una comunidad académica está trabajando en generar conocimiento científico en dos líneas de investigación: impacto de la tecnología en los procesos educativos y el impacto social de la tecnología educativa.

Los procesos de formación de investigadores se han dado, a través de redes que trabajan en forma virtual cuestiones como: asesorías de tesis, investigadores que trabajan con proyectos afines e interrelación con otras redes académicas. Se observa coincidencia con esta investigación en su finalidad, porque ambos se enfocan en el aprovechamiento de las TIC para trascender limitaciones de tiempo y distancia y lograr proveer el soporte académico a los investigadores en los diferentes momentos del desarrollo de sus investigaciones desde la perspectiva del trabajo colaborativo y de la sociedad del conocimiento. Igualmente Moreno (6) coincide ampliamente con el presente trabajo, ya que, ambos circundan en el apoyo a los investigadores noveles, en el disipar dudas para el desarrollo de sus proyectos, a través del uso de las TIC, fortaleciendo la comunicación entre personas con los mismos intereses.

## REFLEXIONES FINALES

Las TIC proveen un inmenso abanico de herramientas para apoyar el proceso de enseñanza y aprendizaje, pues suministra alternativa versátiles como apoyo andragógico, específicamente en el caso de los seminarios de investigación de los programas de postgrado, ya que, a través de éstas surge la posibilidad de crear espacios de convergencia e intercambio de opiniones y conocimientos sin las limitaciones que pueden significar la ubicación física o la disponibilidad de tiempo.

En la actualidad los profesionales de la salud que realizan estudios de postgrado e investigaciones en el área, en su mayoría, tienen los conocimientos necesarios y la disponibilidad de recursos tecnológicos; aunque su tiempo está bastante limitado por las actividades inherentes a los postgrados que desarrollan; tienen la posibilidad de conectarse a internet no solo para la búsqueda de información, sino también para interactuar en actividades virtuales lo que se traduce en mayor comunicación con sus asesores y/o tutores.

Así mismo, a través del uso de las herramientas tecnológicas se amplían las posibilidades de intercambio de conocimientos para un mayor desarrollo de la investigación científica, lo que contribuye a la producción de nuevos descubrimientos y soluciones para problemas en el área de la salud. De esta manera se logra la conjunción de las TIC y las ciencias de la salud en pro no solo de perfeccionar los medios y herramientas educativas en los programas de estudios de postgrado en ciencias de la salud, sino también hacia el desarrollo intelectual y la investigación en salud de la región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNESCO. Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico. Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI: Un nuevo compromiso. Disponible en: [http://www.unesco.org/science/wcs/esp/declaracion\\_s.htm](http://www.unesco.org/science/wcs/esp/declaracion_s.htm). 1999.
2. Fathalla M, Fathalla M. Guía práctica de investigación en salud. Organización Panamericana de la Salud: Publicación científica y técnica Disponible en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/>

pdf/investiga/Guia\_practica\_investigadores.pdf. 2008.

3. Díaz L. Visión del trabajo de grado: una aproximación desde las vivencias personales y académicas de los estudiantes de la maestría en Investigación Educativa. [Trabajo de Grado]. Valencia: Facultad de Ciencias de la Educación; Universidad de Carabobo. 2008.
4. Adell J. Tendencias en educación en la sociedad de la información. Revista Electrónica de Tecnología Educativa 1997; 7. Disponible en: [http://nti.uji.es/docs/nti/Jordi\\_Adell\\_EDUTEC.html](http://nti.uji.es/docs/nti/Jordi_Adell_EDUTEC.html).
5. Ramírez M. Formación de investigadores educativos a través de redes virtuales: El caso de la Cátedra de Investigación de Innovación en Tecnología y Educación del Tecnológico de Monterrey. Ponencia presentada en el XI encuentro internacional Virtual Educación. Disponible en: [http://repositorial.cuaed.unam.mx:8080/jspui/handle/12345\\_6789/1083](http://repositorial.cuaed.unam.mx:8080/jspui/handle/12345_6789/1083). 2010.
6. Moreno J, Salinas J. Resultados del proceso de diseño, desarrollo e implementación de un prototipo de entorno virtual para una comunidad de investigadores en formación. Artículo presentado en el Congreso Internacional EDUTEC 2011: Formación docente en entornos virtuales, para la transformación del aprendizaje. Disponible en: <http://gte2.uib.es/edutec/sites/default/files/congresos/edutec11/Ponencias/Mesa%204/comunidadinvestigadoresenformacion.pdf>. 2011.



La Bacanal de de los andrios (1526)  
Tiziano. Óleo sobre lienzo. 175 cm × 193cm.

## Capítulo VI

# Salud Sexual y Reproductiva

## EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADO HUMANO PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

**Dilma Chacón, Fanny Domínguez, Beatriz Herrera, María Rodríguez**

**RESUMEN:** La mortalidad materna es considerada un problema de salud pública, representa riesgo de muerte para la mujer cada vez que presente un embarazo y determina indirectamente la calidad de vida; en este sentido emerge el papel protagónico de enfermería; en tal sentido se realiza la presente investigación con el propósito de interpretar las experiencias del profesional de enfermería sobre el cuidado humano para la prevención de la mortalidad materna, mediante el método hermenéutico, siendo el escenario el estado Carabobo. Los informantes fueron 03 profesionales de enfermería que se desempeñan en diferentes centros de salud en el Estado, a quienes se les adjudicaron los seudónimos de Diamante Preventor, Diamante Centinela y Diamante Materno. En la recolección de la información se utilizó la guía de observación y la entrevista. En el análisis se utilizó la categorización, triangulación, contrastación y teorización. En las conclusiones se destaca al interpretar las experiencias del profesional de enfermería sobre cuidado humano para la prevención de la mortalidad materna, se evidencia que en el ejercicio de la profesión de enfermería se realizan acciones para promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Esto se encuentra fundamentado en conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Pero igualmente existen, otros miembros del equipo de salud, que deben empoderarse, humanizar el cuidado, y realizar las acciones en el medio privado y público, es decir con el mismo amor, devoción; porque es diferente el parlamento de decirle a la gestante o al familiar “no hay, váyase a otra parte” a decir “no hay, pero yo estoy aquí para ayudarle”; sumar esfuerzos en la lucha contra la mortalidad materna.

**Palabras Clave:** Enfermería, cuidado humano, mortalidad materna.

### INTRODUCCIÓN

El embarazo representa para la humanidad la perpetuidad de la especie humana. Desde el momento que este se inicia, para la mujer comienza una dulce espera donde va tejiendo lentamente la esperanza de vida y amor, al lado de la pareja y de la familia quienes comparten ansiosos de ver la llegada del nuevo miembro. La madre, imagina

constantemente lo hermoso de concluir el embarazo, imagina con felicidad y alegría lo maravilloso que será ver por primera vez a su futuro hijo y algunas veces le asalta la duda referente al aspecto físico y se pregunta ¿cómo será?. Así mismo comienza la búsqueda del nombre, pudiera ser el del padre, los abuelos, e inclusive manejan combinaciones, con el nombre materno y el paterno. En este marco, el embarazo es un proceso normal, mediante el cual la unión entre la mujer y el hombre da vida a un nuevo ser, en donde se conjugan los caracteres de cada uno de los progenitores.

Pudiera entonces asociarse el embarazo sólo con vida, con alegría, risas y finales maravillosos, donde un recién nacido es entregado en los brazos maternos envuelto en la más bella ropa que ella compró en esa dulce espera; sin embargo, no todas las madres egresan de los centros asistenciales con una sonrisa en los labios, y un recién nacido en los brazos. No todas las madres regresan saludables a sus hogares donde una familia entusiasmada y llena de alegría las espera, sino que recibe un cuerpo inerte.

En este sentido, surge la importancia del papel del profesional de la enfermería, como dice Potter (1), el rol del profesional de la enfermería está relacionado con el paciente y sus familias en los momentos más íntimos y vulnerables de la vida, y en esta labor siempre tienen la capacidad de afectar a esta relación para bien o para mal. Así la peculiaridad de este papel obliga a las enfermeras (os) a ser cuidador, maestro defensor de cambio entre otros, por tanto, la importancia de la intervención de las enfermeras (os), en el control prenatal queda reflejada al exponer que existen condiciones del parto, o complicaciones asociadas a cualquiera de los trimestres del embarazo, que pueden incidir en la pérdida física de la mujer embarazada.

Es de hacer notar en el proceso salud-enfermedad que la muerte es la experiencia más dolorosa por la que puede pasar el ser humano; sin embargo, cuando esta sucede en una mujer embarazada que solo es vista con esperanza de vida, pudiera parecer más incongruente y desoladora; especialmente para los familiares, padres, hijos, esposos o parejas, quienes jamás asociarían la espera con la muerte del ser amado; no obstante, debido a diferentes aspectos o causas este momento maravilloso del egreso materno en conjunto con el recién nacido, no se da. Existen diversidad de

patologías o factores que pudieran incidir en este sentido, por lo cual se produce la pérdida física de la mujer y en algunos casos la del recién nacido también. Esto es conocido como mortalidad materna, uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia y de interés prioritario para el país, en este sentido se reseña que para el año 2012 el nivel de mortalidad materna tuvo un tasa de 63,77 muertes por 100.000 nacidos vivos entre 2005 y 2010, y en 2012 de 63,57 (dato preliminar) (2).

De igual forma, a nivel del estado Carabobo, se produce mortalidad materna, es doloroso pensar que en la actualidad existen hogares carabobeños que se quedaron esperando la llegada de la mujer embarazada que salió a parir, quedaron esposos o parejas en una espera indefinida, peor aún quedaron los hijos de algunas de estas mujeres, esperando ver llegar a su madre en compañía de un hermano que ya le habían enseñado a querer, quedaron sueños inconclusos, fueron mujeres que dejaron de producir, de trabajar, de participar en actividades sociales y de trabajar por un hogar y por un país, que las necesitaba. Luce inconcebible que muera una mujer embarazada, esto llama a la reflexión, específicamente a cada uno de las enfermeras (os) por su posición preponderante en el equipo de salud, es aquí donde surge su papel protagónico, ya que, son los responsables del cuidado de la salud de la mujer embarazada, quien se encuentra en un periodo de la vida totalmente normal y cuyo final debe ser igual.

Entre las investigaciones sobre mortalidad materna se señalan la realizada por Sáez (3), con el título "Prevención de la morbi mortalidad materna desde la percepción del cuidado compartido del gerente en enfermería". Tuvo como propósito interpretar la prevención de la morbi mortalidad materna desde la percepción del cuidado compartido del gerente en enfermería, a través del paradigma cualitativo, mediante el método fenomenológico, siendo el escenario la comunidad San Esteban ubicada en la parroquia Yagua municipio Guácaro, del estado Carabobo. Los informantes fueron 03 gestantes de la comunidad a quienes se les adjudicaron los seudónimos de Clavel, Rosa y Jazmín, e igualmente se consideraron 03 gerentes de enfermería, cuyos seudónimos fueron Diamante, Ágata y Rubí.

En las reflexiones destaca la autora que el personal de enfermería se muestra preocupado por las gestantes, realizan acciones de

promoción de la salud, incluso en algunas oportunidades ejecutan la visita domiciliaria como parte del cuidado a este grupo de personas; dan muestra de empatías, y mantienen actualizada información tanto de trípticos como de carteleras, sobre la importancia del control prenatal. Por otra parte, al precisar la importancia que otorga la gestante al cuidado del embarazo, a través del control prenatal se evidencia que los informantes gestantes de la comunidad, han asumido el empoderamiento de la Salud, denotándose esto en las acciones que ejecutan en cuanto al autocuidado, asistiendo al ambulatorio y en caso de presentar dudas, las manifiestan ante el equipo de salud, poseen la experiencia de la pérdida del hijo; sin embargo esto las ha llevado a comprender la importancia del cuidado compartido, por lo cual cada quien debe asumir la propia salud.

En este marco de ideas, Yupangui (4), realizó una investigación con el título de “Riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el Cantón Saquisilí 2004-2008”. Tesis presentada como requisito para optar por el grado de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva en la Universidad de Guayaquil. Fue un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal, realizado sobre el riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el período, enero 2004 a diciembre 2008, en el Centro Materno Infantil Saquisilí. Se tomó como muestra 150 casos, a través de variables maternas, con el objetivo de caracterizar y analizar las principales causas de riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Este estudio abarcó a todas las madres que ingresaron a esta casa de salud, cuyos datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas y registros médicos de defunción.

En las reflexiones manifiestan que las complicaciones durante el embarazo y post parto ocupan un lugar importante como causa de muerte materna; el Ecuador al igual que el resto de los países latinoamericanos con algunas excepciones tienen baja cobertura en la atención del post parto durante el evento obstétrico. Muchas de las complicaciones producidas en los partos domiciliarios llegan tarde o no llegan a los centros de atención, haciendo que esta causa de muerte esté directamente ligada a la deficiente calidad de atención en el embarazo parto y post parto, inmediato en las instituciones de salud.

Igualmente llama la atención el estudio realizado por Merchán (5) titulado “Modelo gerencial participativo en la conformación de

la casa comunitaria en Tacarigua I para la disminución de la morbi mortalidad materna”, el objetivo fue proponer un modelo gerencial participativo en la conformación de la casa comunitaria en Tacarigua I para la disminución de la morbi mortalidad materna, fue un estudio cuantitativo enmarcado en los estudios de campo como un proyecto factible y con diseño no experimental. En las conclusiones se destaca que al identificar las acciones del equipo de salud para la conformación de la casa comunitaria en la prevención de la morbi mortalidad materna-infantil, se obtuvo una media en sí de 61% y en no de 39%, es decir, que una parte importante del equipo de salud realizan talleres, mesas de trabajo, visitas comunitarias y sesiones educativas sobre la importancia de la casa comunitaria en la disminución de la morbi mortalidad materno infantil. Así mismo este grupo expone la importancia de la participación comunitaria.

Estos resultados tienen un gran valor e importancia en este estudio, ya que, aportan conocimientos y dan una visión que permite identificar los aspectos positivos, negativos y las falencias que están ocurriendo en el quehacer diario de la profesión en cuanto al cuidado de la mujer embarazada, desde el control prenatal, hasta el momento del egreso oportuno del centro de salud donde pare, y más aún, hasta el nivel comunitario, en el hogar, en el puerperio tardío.

Es de hacer notar, que la muerte materna es considerada como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención. En este orden de ideas, el cuidado de enfermería materno es concebido como la interacción que ejerce la enfermera con la madre, padre y la familia compartiendo informaciones, experiencias, habilidades, percepciones acerca del cuidado y con generación de compromisos para mantener la salud. De allí la necesidad de mantener una transacción de cuidado con la gestante que permita avanzar hacia los aspectos culturales del cuidado, porque el cuidado es un fenómeno humano universal con dimensiones biofísicas culturales y sociales, psicológicas y ambientales.

Por otra parte, el embarazo es una etapa en la vida de la mujer, donde debe existir alegría, emoción, pero igualmente debe hallarse preocupación por evaluar el estado, tanto de la mujer, como del feto. Por ello es imprescindible el control prenatal. La participación en la

promoción del mismo por parte del gerente de salud en enfermería es fundamental. En este sentido, se considera de importancia este estudio en primer lugar para la mujer embarazada, quien amerita del cuidado que le garantice calidad de vida no solo a ella sino también al hijo que espera. Así mismo se considera que beneficiará a los miembros del equipo familiar, quienes se ven envueltos en el proceso del duelo por muerte debido a la pérdida física de la mujer embarazada cuando esto sucede. Así también, se beneficiará al Estado y por consiguiente al País, el cual en la actualidad ocupa el quinto lugar en muertes maternas. Ante lo descrito anteriormente surgen la siguiente interrogante ¿Cómo son las experiencias del profesional de enfermería sobre cuidado humano para la prevención de la mortalidad materna?

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se enfoca dentro de la investigación cualitativa (6). De acuerdo al propósito planteado, se considera que este estudio se realizó a través del método Hermenéutico (7). El escenario, quedó constituido por el estado Carabobo, estado que se mantiene entre el tercero y el quinto lugar en mortalidad materna dentro de Venezuela. Asimismo, para la realización del presente estudio se escogieron tres informantes, siendo los criterios común de los mismos que fueran profesionales de la enfermería, con más de cinco años en el ejercicio de la profesión, la motivación a participar en el estudio, el deseo de cooperación en la prevención de la mortalidad materna y que laboraran en centros de salud públicos (8). A cada informante como resguardo de la información y cumpliendo con la ética de investigación se le atribuyó un pseudónimo (Diamante Preventor, Diamante Centinela y Diamante Materno).

En esta investigación se empleó la entrevista en profundidad (6) en donde se buscó todos aquellos hallazgos que pudieran sustentar la información recibida por los informantes (8), y en esta investigación se realizó la observación de las experiencias del profesional de enfermería en el cuidado humano para prevenir la mortalidad materna. Es decir, la promoción del control prenatal, así mismo como ofrece información y la disposición que demuestra de ayudar a esta embarazada. Para la presentación de los resultados se utilizó

la codificación y la categorización, para lograr exponer el significado de las entrevistas realizadas tal y como ha sido expuesta (7). Una vez realizada la categorización de la información se procedió a realizar las estructuras particulares y posteriormente la estructura general. Finalizando se presentaron las Reflexiones Finales.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se destaca, emergieron 05 categorías: Rol de enfermera comunitaria, Enseñanza, Cuidado de enfermería, Control prenatal y Problema de Salud Pública. Es de hacer notar que la primera categoría que se vislumbra en esta investigación es Rol de enfermera comunitaria, esto basado en lo expuesto por el informante Diamante Preventor, quien dice que este rol va más allá de un centro de salud, por su parte Diamante Centinela manifiesta que en el desarrollo de este rol es necesario la empatía, Diamante Materno indica que es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal. Indudablemente que el rol de la enfermera comunitaria puede contribuir a la disminución de la mortalidad materna, así como lo expresa Potter (1) la enfermería comunitaria sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública y los aplica como alternativa de trabajo en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación comunitaria, mediante cuidados directos, semi directos e indirectos a la persona y familia, otros grupos y a la propia comunidad.

Otra de las categorías fue Enseñanza, esto queda claro en lo que afirma Diamante Preventor, la cual gira su opinión en realizar enseñanza sobre la importancia de control prenatal y el autocuidado, por su parte Diamante Centinela, igualmente considera necesario la enseñanza sobre la importancia del control prenatal, y Diamante Materno, considera que esta enseñanza debe ser a la comunidad y a estas jóvenes que se embarazan. Sobre la relevancia de este aspecto, se indica que "La enseñanza es el privilegio del ser humano que le permite obtener y ofrecer conocimientos sobre los temas que considere relevante en la educación y en la salud" (9).

Asimismo, se evidencio la categoría Cuidado de enfermería, indica sobre este tema Diamante Centinela que el cuidado de

enfermería se encuentra en los centros de salud 24 horas continuas, y Diamante Materno, manifiesta que es la forma humanizada, pensando en el otro. Entendiéndose la importancia del cuidado en la siguiente afirmación “Cuidar es un acto de vida” (10). En este sentido, el cuidado de enfermería, implica todos aquellos cuidados que un enfermero o enfermera, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo si se encuentra ingresado en un centro de salud.

Secuencialmente, se presenta la categoría Control prenatal, en este sentido Diamante Preventor explica que es necesario en el mismo ofrecer docencia a la familia, a la pareja, y al equipo de salud, Diamante Centinela por su parte considera que es necesario no regañar a las pacientes cuando acuden al control prenatal y Diamante Materno menciona es imprescindible que exista el recurso humano y material para llevar a cabo el control prenatal. Sobre la base de la importancia de este tema en la disminución de la mortalidad materna el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2) establece que el control prenatal es primordial para preservar la salud de la madre y del hijo durante el embarazo. Abarca no sólo los análisis de laboratorio tales como pruebas de hemograma, glicemia, tipificación, VIH y VDRL, sino también inspecciones físicas periódicas a cargo de profesionales de la salud, de manera de garantizar un embarazo feliz y con el nacimiento de una criatura sana.

Finalmente se vislumbra la categoría Problema de salud pública, es así como Diamante Preventor considera que la mortalidad materna es un problema de salud pública y puede ser por causas directas o indirectas, sobre este tema Diamante Centinela se inclinó en señalar que lamentablemente la mortalidad materna sigue ocurriendo, y Diamante Materno, expuso que esto se refiere a la cantidad de muertes de mujeres embarazadas. En lo que se refiere a la definición de problema de salud pública se hace referencia a las siguientes características cuando constituye una causa común de morbilidad o mortalidad, cuando existen métodos eficaces de prevención y de control (3) y cuando dichos métodos no están siendo utilizados de un modo adecuado por la comunidad (11).

Es así como, la mortalidad materna es considerada como un problema de salud pública; pero actualmente existen políticas públicas

que pueden conducir a reducir estos índices, a lograr el sueño de estar en un Estado donde el embarazo se vea como algo normal y cuyo desenlace es solo el nacimiento de un nuevo ser, el sueño de vivir un embarazo lleno de alegrías, escogiendo el nombre del nuevo hijo, apoyándose en la familia que se encuentra en la dulce espera también, pero sobre todo apoyado en un sistema de salud que permitirá caminar a paso firme durante tres trimestres de espera.

## CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Al interpretar las experiencias del profesional de enfermería sobre cuidado humano para la prevención de la mortalidad materna se evidencia que en el ejercicio de la profesión de enfermería se realizan acciones para promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Esto se encuentra fundamentado en conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Pero igualmente existen otros miembros del equipo de salud que deben empoderarse, humanizar el cuidado y realizar las acciones del medio privado, al medio público, es decir con el mismo amor, devoción; porque es diferente el parlamento de decirle a la gestante o al familiar “no hay, váyase a otra parte” a decir “no hay, ¿Usted lo puede comprar? Y yo estoy aquí para indicárselo”; sumar esfuerzos en la lucha contra la mortalidad materna.

Es de hacer notar que la investigación realizada ha permitido obtener las experiencias del profesional de enfermería, logrando de esta forma un conocimiento personal y diferente, ya que, todas las percepciones son verdaderas, aunque unas mejores que otra. Ha sido un estudio subjetivo, en donde cobra importancia lo que interesa a las investigadoras, lo que perciben y como interpreta la realidad sobre la mortalidad materna. Aunque esta investigación no permite generalizar los resultados, ofreció la oportunidad de construir una exploración basada en el dialogo y la comunicación con las informantes.

Una de las primeras reflexiones que emerge es que el ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover

la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno, ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

Se resalta pues, que el cuidado es la esencia de enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Sin embargo, las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado.

Por otra parte, la mortalidad materna es un problema de todos, por lo cual debe asignársele el valor que en realidad posee, es necesario que toda mujer que resulte embarazada lo haga con la seguridad de que está viviendo un momento de la vida diferente, pero totalmente normal, por lo cual su vida y la del hijo que espera ansiosamente esta fuera de peligro. Es necesario, abordar las comunidades, que se conformen mesas de trabajo en los diferentes sectores y que a nivel de los mismos se exponga la importancia de la disminución de la mortalidad materna a nivel no solo de la mujer embarazada, sino también de la pareja y familiares.

Finalmente, consideran las autoras que la mortalidad materna pareciera oscurecer el mundo de alegría y esperanza en el cual se encuentra inmersa la gestante, haciéndose necesario de esta forma que se integren esfuerzos y voluntades de todo el equipo de salud, médicos, bioanalistas, trabajadores social e incluso la comunidad, de tal forma que se establezcan correctivos donde se tracen metas a corto, mediano y largo plazo, evidenciándose en todo momento, que la educación de las embarazadas es fundamental.

## RECOMENDACIONES

Las investigadoras las siguientes recomendaciones: Integrar esfuerzos y voluntades de todo el equipo de salud, médicos, bioanalistas, trabajadores social, e incluso la comunidad, de tal forma que se realice un trabajo de equipo; realizar correctivos, donde tengan que hacerse, sancionar si es necesario; sensibilizar al equipo de salud, con campañas periódicas y favorecer las capacitaciones continuas del equipo de salud y personal de mantenimiento; y conservar los centros de salud equipados con material médico quirúrgico y personal capacitado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Editorial Harcourt Brace. Tercera edición- España. 2006.
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Norma oficial para la atención integral de la Salud sexual y reproductiva. Caracas-Venezuela. 2013.
3. Sáez M. Prevención de la morbi mortalidad materna desde la percepción del cuidado compartido del gerente en enfermería. Trabajo presentado como requisito para optar al Grado de Magíster en Gerencia de Salud Pública. 2016.
4. Yupangui, E. Riesgo de Mortalidad Materna en embarazadas en el Cantón Saquisilí 2004-2008. Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. 2012.
5. Merchán H. Modelo gerencial participativo para la conformación de la casa comunitaria para la disminución de la morbi mortalidad materna Tacarigua I. Trabajo presentado como requisito para optar al Grado de Magíster en Gerencia de Salud Pública. 2011.
6. Pérez G. Investigación cualitativa Retos e interrogantes. Editorial Muralla S.A. 2002.
7. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Editorial Trillas. México. 2006.
8. Hurtado J, Toro I. Paradigmas y Métodos de Investigación en

Tiempos de Cambio. Editorial Episteme. Valencia-Venezuela. 2010.

9. Achaerandio L. Iniciación a la Práctica de la Investigación. Guatemala Publicaciones. 2008.
10. Collière M. Promover la vida. Primera reimpresión. Editorial MacGraw-Hill. España. 1997.
11. Baéz D. Problema de Salud Pública. Documento en línea disponible en <http://es.slideshare.net/DiBaezA/unidad-2-problemas-de-salud-publica>. 2012.

## INTERLEUCINA (IL-6) Y PERFIL LIPÍDICO EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN EN ADOLESCENTES

**Ana Hernández, Mariangel Vázquez, Carlena Navas, Dora González, Villamizar Merlin**

**RESUMEN:** El embarazo es una situación en la vida de la mujer que condiciona cambios en su fisiología para el desarrollo de un nuevo ser. Los lípidos en sangre son por sí solos desencadenantes de procesos inflamatorios y por tanto pueden elevar la producción de citoquinas pro- inflamatorias. El presente estudio tuvo como objetivo relacionar niveles de Interleucina (IL-6) y perfil lipídico en el segundo y tercer trimestre de gestación de adolescentes que acudieron al Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas, junio 2013- mayo 2014. El mismo se trató de un estudio no experimental, longitudinal, descriptivo y correccional. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal y la muestra por 27 de ellas. Las determinaciones se realizaron por la técnica de ELISA y por técnica colorimétrica-enzimática. Se obtuvo valores superiores de IL-6 en el segundo trimestre no significativa, en el lipídico hubo un aumento significativo de TG y VLDL-c en ambos trimestres, mientras que, los niveles de HDL-c fueron significativamente inferiores en el tercer trimestre de gestación comparado con el segundo, los valores de CT y LDL-c fueron superiores en el tercer trimestre de gestación pero no hubo diferencia significativa entre dichas variables. El índice Colesterol/HD L-c se mantuvo dentro de los valores de referencia; sin embargo, presentaron aumento significativo durante el tercer trimestre. Se concluyó que entre la IL- 6 y el perfil lipídico en esta población no hay correlación durante los periodos de gestación estudiados.

**Palabras Clave:** Adolescentes, interleucinas, embarazo, lípidos.

### INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo ocurren procesos complejos que demandan la adaptación fisiológica de todos los sistemas maternos, es un proceso importante que involucra a las citocinas que confieren protección, favoreciendo la implantación del embrión y permitiendo su desarrollo durante toda la gestación (1).

La principal explicación para el aborto de embriones genéticamente normales es el daño vascular producido por algunas citoquinas. Se ha hecho crucial identificar el rol de cada una en la vascularización

endometrial y placentaria. Entre las citoquinas estudiadas, la interleuquina-6 ha sido recientemente considerada un factor capaz de resolver el final de un proceso inflamatorio a favor de la síntesis de citoquinas antiinflamatorias (2, 3). Algunos autores consideran que el efecto de IL-6 podría depender, no solo de su concentración, sino de la etapa de la gestación en que fuera estudiado (4), como señal de estar próximo o frente a diversas patologías.

En la mujer embarazada ocurre una adaptación en el metabolismo lipídico para suplir los requerimientos del feto en desarrollo. Entre los diversos cambios asociados a la gestación se encuentra el aumento de los lípidos circulantes principalmente debido a variaciones hormonales; que favorecen tanto al mantenimiento metabólico de la madre como el desarrollo del feto (5, 6). Los lípidos en sangre son por sí solos desencadenantes de procesos inflamatorios y por tanto, puede elevar la producción de citoquinas pro-inflamatorias. La concentración plasmática de IL-6 es proporcional a la masa grasa de una persona, siendo este tejido el precursor principal de esta interleucina. Se ha calculado que la tercera parte de la concentración circulante de IL-6 es producida por el tejido adiposo (7).

Los niveles de triglicéridos (TG) de la madre aumentan de dos a tres veces en la medida que el embarazo progresa hacia el tercer trimestre. Las concentraciones de los demás lípidos séricos (colesterol, TG y ácidos grasos) también incrementan durante el embarazo, pero el cambio neto es menos marcado que el caso de los TG. Se conoce que durante el embarazo las concentraciones de colesterol total (CT) se elevan como resultado del aumento de la demanda de precursores para el desarrollo de los procesos anabólicos propios de esta etapa y sufren una rápida caída después del nacimiento (8).

En este sentido se puede establecer que durante la gestación el aumento de interleucina como respuesta inmunológica, también podría estar relacionado con los niveles de lípidos séricos circulantes. Hacia el final del embarazo, los niveles de expresión de IL-6 son cuatro veces mayores que en el primer trimestre, posiblemente porque está involucrada en el proceso pro-inflamatorio del trabajo pre-parto (9, 10). Sin embargo, poco se sabe hasta ahora de los posibles mecanismos implicados en el éxito gestacional. El objetivo del presente estudio fue Relacionar niveles de interleucina (IL-6) y perfil

lipídico en el segundo y tercer trimestre de gestación en adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Esta investigación fue de tipo descriptiva y correlacionar. Para llevar a cabo el estudio se consideraron pacientes embarazadas aparentemente sanas, durante el segundo y tercer trimestre de gestación, que asistieron a la consulta de control prenatal del Hospital Materno Infantil Doctor “José María Vargas” durante los meses de junio 2013 a mayo 2014, de las cuales se seleccionaron veintisiete (27) adolescentes, que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado. La selección de las pacientes se realizó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión considerados fueron: Edad comprendida entre 13 y 20 años y en el caso de las menores de 18 años las autorizadas por su representante; y adolescentes embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación, no consumidoras de drogas, no fumadoras y no alcohólicas sin tratamiento ni patología crónica conocida. Los criterios de exclusión hicieron referencia a: Hipertensas, diabéticas y aquellas adolescentes con procesos infecciosos al momento de la toma de muestra.

Se obtuvieron los datos de la paciente, antecedentes personales, familiares, obstétricos, estudio antropométrico (peso y talla) y las determinaciones en sangre de perfil lipídico e IL-6. Para estos últimos se realizaron dos tomas de muestra, la primera toma fue hecha durante el segundo trimestre de gestación (semanas 24-28), y se concedió a la paciente una cita para la segunda toma de muestra la cual correspondió con el tercer trimestre de gestación (semanas 34-38). Seguidamente se procedió a la determinación de interleucina 6 por el método ELISA y perfil lipídico por técnica Colorimétrica-enzimática Wiener Lab que comprende las siguientes pruebas: Colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos. Para el cálculo de Índice aterogénico se empleo la relación Colesterol Total/ HDL- colesterol.

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS, versión 17.0. La distribución estadística se ajustó a una distribución no

normal de acuerdo a la prueba de normalidad realizada utilizando Shapiro Wilk. También se emplearon los estadísticos descriptivos mediana y rango, mientras que para el análisis no paramétrico se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para establecer la relación entre las variables. El nivel de significancia estadística para todas las pruebas fue  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

En la IL-6 se obtuvo valores superiores en el segundo trimestre, sin embargo, al comparar las medianas del segundo (17,7pg.uL-1) y tercer (8,4 pg.uL-1) trimestre estas no mostraron diferencias estadísticamente significativas según el trimestre de gestación evaluado (tabla 1).

En relación a los niveles de perfil lipídico, hubo un aumento significativo ( $p < 0.05$ ) de TG y VLDL-c en ambos trimestres, con respecto al valor de referencia establecido, mientras que, los niveles de HDL-c fueron significativamente inferiores en el tercer trimestre de gestación ( $p < 0.05$ ) comparado con el segundo. Por su parte, aunque se observaron niveles séricos de CT y LDL-c superiores en el tercer trimestre de gestación, no hubo diferencia significativa entre dichas variables según el periodo de gestación. Al calcular el índice Colesterol/HDL-c este se mantuvo dentro de los valores de referencia; sin embargo, presentaron un aumento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) durante el tercer trimestre (tabla 2).

Con respecto a la posible relación existente entre las concentraciones de IL-6 y niveles séricos de perfil lipídico, no se observó correlación entre estas variables en los periodos de gestación evaluados en las pacientes embarazadas (tabla 3).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las concentraciones séricas de IL6 según trimestre de gestación en adolescentes.

Variable	Trimestres		p
	Segundo n=27	Tercero n=27	
IL-6 (pg.uL <sup>-1</sup> )	17,7 (479,0)	8,4 (505,2)	0,186

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de las concentraciones séricas de Perfil lipídico según el trimestre de gestación en adolescentes.

Variable	Trimestres		p
	Segundo n=27	Tercero n=27	
CT (mgdL <sup>-1</sup> )	209,0 (174,0)	210,0 (176,0)	0,630
TG (mgdL <sup>-1</sup> )	141,0 (183,0)	202,0 (367,0)	0,000*
HDL-c (mgdL <sup>-1</sup> )	53,0 (45,0)	50,0 (38,0)	0.002*
LDL-c(mgdL <sup>-1</sup> )	119,0 (155,0)	130,0 (162,0)	0,849
VLDL (mgdL <sup>-1</sup> )	27,0 (27,0)	36,0 (53,0)	0,000*
I/R	3,8 (3,3)	4,3 (4,9)	0,011*

Fuente: Datos propios de la investigación.

**Tabla 3.** Correlaciones de las concentraciones séricas de la IL-6 con el perfil lipídico en el segundo y tercer trimestre de gestación en adolescentes.

Variable	Interleucina 6 Trimestres			
	Segundo		Tercero	
	n=27	p	n=27	p
CT (mgdL <sup>-1</sup> )	0,283	0,153	0,144	0,473
TG (mgdL <sup>-1</sup> )	0,199	0,319	0,053	0,791
HDL -c (mgdL <sup>-1</sup> )	0,072	0,723	0,216	0,278
LDL -c(mgdL <sup>-1</sup> )	0,260	0,190	0,063	0,755
VLDL (mgdL <sup>-1</sup> )	0,34	0,076	0,038	0,850

Fuente: Datos propios de la investigación.

## DISCUSIÓN

En esta investigación, los niveles de interleucina 6 variaron de un trimestre a otro encontrándose en concentraciones más altas en el segundo trimestre con relación al tercero; sin embargo, esta diferencia estadísticamente no fue significativa. En esta muestra estudiada de adolescentes embarazadas se evidenció niveles mayores en el segundo trimestre de IL-6 y más bajas en el tercer

trimestre, este fenómeno puede ser explicado por resultados obtenidos por Jauniaux (11) cuyos datos obtenidos indicaron que la IL-6 se encuentra en niveles más altos en los primeros trimestres en comparación con el tercero, porque las concentraciones de IL-6 durante el embarazo resultan principalmente de la acumulación de derivados trofoblásticos presentes en las etapas tempranas del mismo.

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan un aumento de los niveles de TG, LDL-c, VLDL-c y CT, en el segundo y tercer trimestre de gestación con respecto al valor de referencia, sin embargo solo fue significativo el aumento de TG y VLDL-c al comparar ambos trimestres, mientras que en los niveles de HDL-c se evidenció un descenso en el tercer trimestre estadísticamente significativo en relación al segundo trimestre. En cuanto a los niveles séricos de CT y LDL-c, no hubo diferencia significativa entre dichas variables según el periodo de gestación. El índice Colesterol/HDL-c presentó un aumento estadísticamente significativo durante el tercer trimestre. Todo esto concuerda con la investigación realizada por Festus (2012), quien en su estudio describió variaciones del perfil lipídico en mujeres embarazadas en los diferentes trimestres, evidenciándose un aumento en el CT, TG y HDL-c y LDL-c al compararse con pacientes control. Así mismo el descenso de HDL-c fue descrito en un estudio realizado por Ywaskewycz (13) de perfil lipídico por trimestre de gestación en una población de mujeres adultas, la posible explicación fisiológica reside en que son eliminadas con mayor facilidad por la lipasa hepática, lo que reduce sus concentraciones plasmáticas; este hallazgo coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Estos parámetros en adolescentes embarazadas no ha sido frecuentemente estudiados, según los resultados observados el nivel de IL-6 no es dependiente de los niveles del perfil lipídico para esta población, coincidiendo con otras investigaciones (11-13).

## CONCLUSIÓN

Se observaron variaciones en los resultados del perfil lipídico (CT, TG, HDL-c, LDL-c, VLDL-c) en ambos trimestres, los cuales no depende de la edad materna pero si de la edad gestacional,

en cuanto a la IL-6 los resultados encontrados en esta población reflejaron una variación que no fue estadísticamente significativa durante el segundo y tercer trimestre de embarazo como proceso fisiológico de inflamación. Ahora bien, entre la IL-6 y el perfil lipídico no se presentó correlación alguna durante los periodos de gestación estudiados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clark D, Chaouat G, Arck P, Mittrucker H, Levy G. Cytokine-dependent abortion in CBAxDBA/2 mice is mediated by the procogulant fgl2 prothrombinase. *J Immunol* 1998;160:545-549
2. Clark D, Gorzynsky R. Thinking outside the box: mechanism of environmental selective pressures on the outcome of maternal-fetal relationship. *Am J Reprod Immunol* 2002; 47(5):275-282.
3. Chaouat G, Zourbas S, Ostojic S, Lappree-Delage G, Dubanchet S, Ledee N, et al. A brief review of recent data on some cytokine expressions at the maternal-foetal interface which might challenge the classical Th1/Th2 dichotomy. *Am J Reprod Immunol* 2002; 53:241-256.
4. Chaouat G, Ledée-Bataille N, Dubanchet S, Zourbas S, Sandra O, Martal J. TH1/TH2 paradigm in pregnancy: paradigm lost? Cytokines in pregnancy/early abortion: reexamining the TH1/TH2 paradigm. *Int Arch Allergy Immunol*. 2004; 134(2):93-119.
5. Kaplansky G, Marin V, Montero-Julian F, Mantovani A, Farnier C. IL-6 a regulator of the transition from neutrophil to monocyte recruitment during inflammation. *Trends in Immunol* 2003; 24:25-29.
6. Xing Z, Gauldie J, Cox G, Baumann H, Jordana M, Lei X, Achong M. IL-6 is an anti-inflammatory cytokine required for controlling local or systemic acute inflammation responses. *J Clin Invest* 1998; 101:311-320.
7. Zenclussen A, Kortebani G, Mazzoli A, MArgni R, Malan Borel I. Interleukin-6 and soluble interleukin-6 women immunized with paternal white cells. *Am J Reprod Immunol* 2000; 44:22-29.
8. Smith S, Charnock-Jones D, Sharkey A. The role of Leukemia inhibitory factor and interleukin-6 in human reproduction. *Hum*

Reprod 1998;13(3):237-43

9. Jasper M, Tremellen K, Robertson S. Reduced expression of IL-6 and IL-1 alpha mRNAs in secretory phase endometrium of women with recurrent miscarriage. *J Reprod Immunol* 2007; 73(1):74-84.
10. Jones S. Directing transition from innate to acquired immunity: defining a role for IL-6. *J Immunol* 2005; 175(6):3463-3468.
11. Jauniaux E, Gulbis B, Shandene L, Collete J, Hustin Distribution of interleukin-6 in maternal and embryonic tissues during the first trimester. *J Mol Hum Reprod* 1996; 2(4):239-243
12. Festus O, Idonije O, Esegbe M, Okhiai O, Unuabonah F, Dike M. Comparative study of lipid profile of normal pregnant women in the different trimesters. *Arch Appl Sci Res* 2011; 3:528-532.
13. Ywaskewycz L, Bonneau G, Castillo M, López D, Pedrozo W. Perfil lipídico por trimestre de gestación en una población de mujeres adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75:227-233.

## NIVELES SÉRICOS DE TSH Y T4L EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Carlena Navas, Ama Hernández, Dora González, Merlin Villamizar

**RESUMEN:** Las alteraciones tiroideas durante el embarazo pueden desencadenar complicaciones tanto en la madre como en el feto, asociándose a mayor morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, razón por la cual el presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar los niveles séricos de TSH y T4L en adolescentes que cursaban el segundo y tercer trimestre de gestación, que asistieron al Hospital Materno Infantil "Dr. José María Vargas", marzo-septiembre 2014. El mismo se trató de un estudio no experimental, de tipo descriptivo correccional. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal, y la muestra por 28 adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión. Las determinaciones se realizaron por la técnica de ELISA y los datos fueron procesados y analizados con el paquete estadístico SPSS, versión 19.0, evidenciándose una disminución de TSH y un aumento de T4L significativos pero dentro del rango de referencia y una correlación no significativa entre ambas hormonas durante el transcurso del embarazo. En esta investigación se concluyó que las pacientes no presentaron disfunción tiroidea alguna. Dicho funcionalismo normal, se presume se deba al buen estado de nutrición yódica por parte de las pacientes al momento de las respectivas determinaciones.

**Palabras Clave:** Adolescentes, embarazo, tiroides, TSH, T4L.

### INTRODUCCIÓN

En el embarazo ocurren profundos cambios fisiológicos que determinan un estado de alta demanda tiroidea, pero no son constantes y difieren en cada trimestre. En relación con la TSH (del inglés thyroid-stimulating hormone) sufre ciertos cambios importantes comenzando por un pequeño ascenso, debido a la disminución transitoria del nivel de T4L (tiroxina libre) por la acción de la TGB (thyroxine-binding globulin), seguido de un marcado descenso hacia el final del primer trimestre; luego la TSH asciende progresivamente durante la segunda mitad del embarazo. Por tanto, el nivel de TSH es menor en el primer trimestre y mayor en el segundo y el tercero (1).

Los trastornos tiroideos son comunes en mujeres jóvenes en edad reproductiva. Dado que, la adolescencia, por sí misma, es una

etapa compleja por la cantidad de cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren en ella, esta etapa de la vida se caracteriza por inmadurez, tanto física como psicológica (2).

De esta manera, las madres adolescentes son las que presentan mayor riesgo de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, malnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo, este último guardando o no relación con la disfuncionalidad de la glándula tiroidea (3). Estudios recientes demuestran que durante el embarazo se produce una alteración de la función tiroidea asociada a la deficiencia de yodo consistente, principalmente, en un descenso de T4 y un aumento de TSH (4).

En este sentido, Piedad (5) realizó en España un estudio para estimar los valores poblacionales de hormonas tiroideas durante los tres trimestres de gestación, determinando en 429 mujeres los niveles de TSH, T4-L, T3-L, tiroglobulina;  $\beta$ -HCG y yoduria, y observa que la TSH sufre incremento progresivo de sus concentraciones a lo largo de la gestación, mientras que, las concentraciones de T4L disminuyendo paralelamente; con base a esto y a los demás resultados obtenidos concluye que se debe insistir en la recomendación de promover el consumo de sal yodada durante la gestación (5).

Es importante destacar que en Venezuela, no se cuenta con estudios realizados en las embarazadas que permita conocer la prevalencia de patología tiroidea, razón por la cual se evalúan en este estudio los niveles séricos de TSH y T4L en el segundo y tercer trimestre de embarazo en adolescentes que acudieron al Hospital Materno Infantil "Dr. José María Vargas", marzo-septiembre 2014.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación realizada fue de tipo descriptiva correlacional, con un diseño no experimental (6). La población estuvo conformada por adolescentes embarazadas en el segundo y tercer trimestre de gestación, que acudieron al Hospital Materno Infantil "Dr. José María Vargas", entre marzo y septiembre de 2014. La muestra fue de tipo intencional, no probabilística y estuvo constituida por 28 adolescentes embarazadas aparentemente sanas, en el segundo y tercer trimestre de gestación, que aceptaron voluntariamente participar en este estudio. Todas las embarazadas eran primigestas y

presentaban embarazo con feto único.

Las integrantes de la muestra cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Edad comprendida entre 13 y 19 años y gestantes con semanas de embarazo comprendidas entre 24 a 27 y de 32 a 37 semanas (7). Se excluyeron de este estudio gestantes consumidoras de drogas, fumadoras, alcohólicas, con patología crónica, como la diabetes gestacional lo cual se determinó mediante la prueba de la tolerancia a la glucosa; o que se encuentren cumpliendo tratamiento, fuera de lo requerido para el buen desarrollo del embarazo, como por ejemplo hormonales.

Previo al estudio, se les informó a las participantes los beneficios y posibles riesgos del mismo, a través del consentimiento informado escrito, siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (6). Se diseñó una ficha clínica con la finalidad de recolectar los datos personales de la paciente, sus antecedentes personales, familiares y obstétricos, tratamientos, y las determinaciones séricas de TSH y de T4L.

A cada paciente se le extrajeron 10 mL de sangre de la vena antecubital, en horas de la mañana, previo ayuno de 10-12 horas, la muestra fue trasvasada a 1 tubo de ensayo sin anticoagulante. Después del proceso de coagulación, se centrifugó y se separó el suero, se determinó inmediatamente la glicemia y la tolerancia a la glucosa, el resto del suero fue congelado a  $-70^{\circ}\text{C}$ , hasta el momento de su análisis, en que la muestra de suero fue descongelada para la cuantificación sérica de TSH y T4L.

Las concentraciones séricas de TSH y T4L se determinaron utilizando el kit de ELISA por inmunoensayo enzimático de microplacas de la marca AccuBind International (Monobind, Inc., USA), en un Stat Fax-2100 (AwarenessTechnologyInc) y fueron procesadas en el Laboratorio Clínico "Dr. Julio Cesar González". Los valores de referencia para la TSH según trimestre de gestación utilizados en este estudio fueron los recomendados por la asociación americana de tiroideas que son: para el segundo trimestre, 0,2-3,0  $\mu\text{UI/L}$ ; y el tercer trimestre, 0,3-3,0  $\mu\text{UI/L}$ , y para T4L son de 1,08 a 1,82 ng/dL y 0,86-1,53 ng/dL en el segundo y tercer trimestre respectivamente (8).

Finalmente se calcularon los estadísticos descriptivos para las distintas variables, la verificación de la normalidad de las mismas se realizó a través de la Prueba Kolmogorof-Smirnov. Para comparar

el promedio de las variables se utilizó la prueba de Wilcoxon, el cual fue empleado para establecer comparación entre grupos. Se utilizó la correlación de Spearman. Los datos fueron procesados y analizados con el paquete estadístico SPSS, versión 19.0. El nivel de significancia estadística será  $p < 0.05$ .

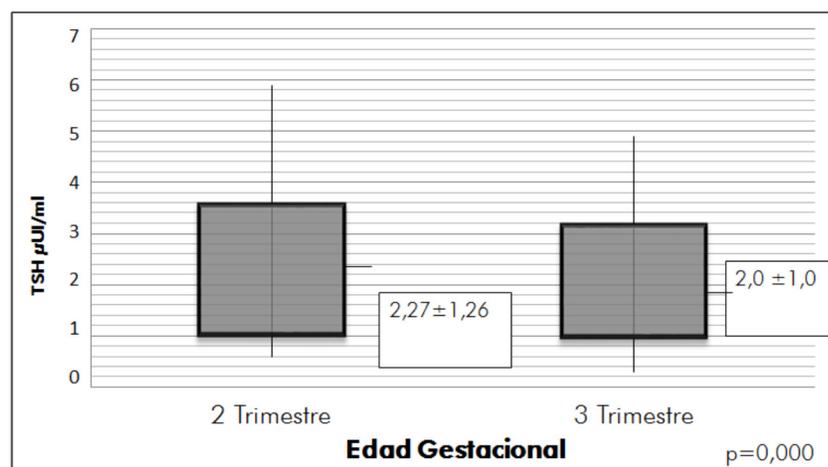
## RESULTADOS

Se determinó la media y la desviación estándar tanto de las edades como las semanas de gestación, de las 28 adolescentes que se incluyeron en la investigación, las cuales se muestran en la tabla 1. De igual manera se determinaron los niveles séricos de TSH durante el segundo y tercer trimestre de gestación. Dichos datos que se muestran en la figura 1.

**Tabla 1.** Caracterización de las pacientes de acuerdo a la edad cronológica y gestacional.

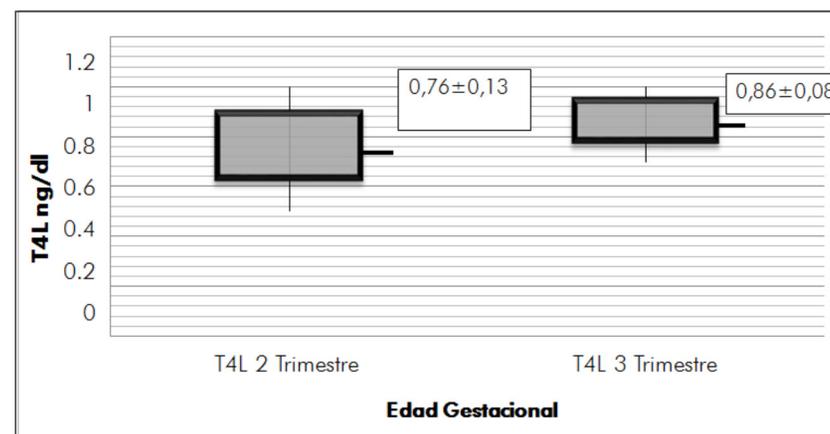
	n	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar
Edad (Años)	28	13	17	2,0
SG 2° Trimestre	28	24	25,	1,1
SG 3° Trimestre	28	34	35,5	1,0

Fuente: Datos propios de la investigación. SG: Semana Gestacional.



**Figura 1.** Determinación de TSH durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Fuente: Datos propios de la investigación.  $n = 28$ .  $p < 0.05$ . Valores expresados como Mediana  $\pm$  DS.



**Figura 2.** Determinación de TSH durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Fuente: Datos propios de la investigación.  $n = 28$ .  $p < 0,05$ . Valores expresados como Mediana  $\pm$  DS.

**Tabla 2.** Correlación entre TSH y T4L durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.

		TSH
T4L	2° Trimestre	$r = -0,130$ $p = 0,508$ $n = 28$
	3° Trimestres	$r = -,72$ $p = ,715$ $n = 28$

Fuente: Datos propios de la investigación.

Así mismo se determinaron los niveles séricos de T4L durante el segundo y tercer trimestre de gestación, resultados que se muestran en la figura 2. Una vez determinados los niveles séricos de TSH y T4L durante el segundo y tercer trimestre de gestación, se realizó una correlación de los mismos obteniendo correlaciones negativas no significativas, durante ambos trimestres. Estos datos se muestran en la tabla 2.

## DISCUSIÓN

En este estudio la media de edad de las adolescentes participantes fue de  $17 \pm 2$  años, promedio que va hacia el límite superior en

comparación al rango de edad establecido para la adolescencia (13 a 19 años). Esto es similar a lo encontrado por Baron (9) quien encontró que el promedio de edad para el embarazo en la adolescencia era de 16,65 años.

En esta investigación se evidencia disminución significativa de los niveles séricos de TSH a medida que aumenta la edad gestacional, sin embargo, los mismos se encuentran dentro de los valores de referencia establecidos para el estudio (segundo trimestre: 0,2-3,0  $\mu\text{UI/L}$ ; y tercer trimestre: 0,3-3,0  $\mu\text{UI/L}$ ) (8), lo que difiere de otras investigaciones en donde se evidencia que la TSH aumenta a medida que progresa el embarazo, encontrándose inclusive fuera de los rangos de normalidad; tal es el caso de la investigación llevada a cabo por Arévalo-Oropeza (10), para evaluar la frecuencia de disfunción tiroidea en gestantes de Perú, quienes evidenciaron valores de TSH  $> 2,5\mu\text{UI/mL}$  en el segundo trimestre y TSH  $> 3,0\mu\text{UI/mL}$  en el tercer trimestre (valores establecidos por la Asociación Americana de Tiroides), en una alta frecuencia de la muestra estudiada (10).

Con respecto a la T4L se observó un aumento significativo en función de la edad gestacional, encontrándose dentro de los valores de referencia establecidos para el estudio (1,08 a 1,82 ng/dL y 0,86-1,53 ng/dL en el segundo y tercer trimestre respectivamente) (8), lo que difiere de otras investigaciones donde se muestra que la T4L disminuye progresivamente con el embarazo, criterio evidenciado por Piedad (5) para estimar los valores poblacionales en los tres trimestres de gestación de hormonas tiroideas, en una zona yododeficiente de España. Dichos resultados no se relacionan con esta investigación, posiblemente debido al estado de nutrición yódica de la muestra estudiada en relación con la de los autores mencionados anteriormente, ya que, es probable que en Venezuela exista una adecuada ingesta de yodo debido a que desde el año 1995 se creó la Comisión Nacional de Yodación y Fluoruración de la Sal destinada al consumo humano y uso veterinario, recordando entonces que el yodo es esencial para la síntesis de HT (11).

Con respecto a la correlación de TSH y T4L en ambos trimestres de gestación estudiados, se observó que no fue estadísticamente significativa, lo que difiere de otras investigaciones en donde se evidencian correlaciones negativas estadísticamente significativas, como es el caso del estudio realizado por Arévalo-Oropeza (9)

( $r = -0,484$ ,  $p = 0,036$ ), durante el tercer trimestre de las gestantes evaluadas (9). Estos resultados no se relacionan con esta investigación considerando entonces que la muestra estudiada a pesar de presentar cambios fisiológicos propios del embarazo, mantienen una función tiroidea normal, ya que, los niveles séricos de TSH y T4L se encuentra dentro del rango de referencia establecido para el estudio.

## CONCLUSIONES

Una vez finalizado el estudio para evaluar los niveles séricos de TSH y T4L en el segundo y tercer trimestre de embarazo en adolescentes, se concluye que las mismas no presentaron disfunción tiroidea alguna. Dicho funcionalismo normal, se presume se deba al buen estado de nutrición yódica por parte de las pacientes al momento de las respectivas determinaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mosso L, Martínez A, Rojas M, Margozzini P, Solari S, Lyng T, Ortiz J, et al. Elevada frecuencia de enfermedad tiroidea funcional en embarazadas chilenas sin antecedentes de patología tiroidea utilizando el estándar de TSH internacional. *Rev Med Chile* 2012; 140:1401-1408.
2. Baena-Rivero A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. *Aten Fam* 2012; 19(4):82-85.
3. Furzan J, Yuburí A, Eizaga S, García J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gac Med* 2010; 118 (2). Disponible en: <http://www.anm.org.ve>.
4. Córdoba N, García H, Builes C. Cambios fisiológicos de la función tiroidea en el embarazo: bases para la interpretación de las pruebas tiroideas. *IATREIA*. 2013; 26(2):185-196.
5. Piedad S, Berrio M, Olmedo P, Velasco I, Sánchez B, García E. Valores de referencia de hormonas tiroideas en la población de mujeres gestantes de Jaén. *Endocrinol Nutr* 2011; 58(2):62-67.
6. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la

Investigación. 5ª Ed. Mc Graw Hill. México. 2010.

7. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011; 21(10):1081-1125.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de ginecología y obstetricia: Medicina materno-fetal. 2da ed. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana S.A; 2013.
9. Barón J, Castellanos P, Molina J, Moore E, Martínez D, Figueroa N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(11):694-704.
10. Arévalo-Oropeza M, Solís-Villanueva J. Frecuencia de disfunción tiroidea en gestantes. *Rev Soc Peru Med Interna* 2013; 26(4):166-171.
11. American Thyroid Association (ATA). La enfermedad de la tiroides y el embarazo. Disponible en: [www.thyroid.org](http://www.thyroid.org).



Lección de anatomía del Dr. Willem Van der Meer (1617).  
Michael Jansz Van Mierevelt.  
Óleo sobre lienzo. 146 cm × 202 cm.

## Capítulo VII

# Bioética e Información en Ciencias de la Salud

## SÍNDROME DE NEVUS MELANOCÍTICO: INNOVACIÓN DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

**Maribel Bont, Nancy Ponce, Kezya Pineda, Roberto Quiñonez,  
Alejandro Prado, Adriana Prince**

**RESUMEN:** El síndrome del nevo displásico o nevos de Clark se caracteriza por la presencia de 100 o más nevos, de los cuales uno tiene un diámetro igual o superior a 8 milímetros y uno muestra características atípicas. Luego del diagnóstico confirmatorio el tratamiento enfrenta retos por el número de las lesiones como por las dificultades técnicas del procedimiento quirúrgico con los riesgos colaterales que de esta se derivan y las expectativas estéticas del paciente. La Radiofrecuencia es un método atraumático de corte y coagulación de tejido blando, lo que resulta menor cicatrización, dolor e incomodidad para el paciente; siendo la pérdida de calor lateral en este tipo de corriente casi nula y el corte muy fino. Entre los beneficios para el paciente se observan: el corte exacto, sin presión, que produce menos sangrado y tiempo quirúrgico logrando resultados atraumáticos; por tanto, el paciente sentirá mínimo dolor o inflamación con disminución del riesgo de infección postoperatorio, curación rápida y excelente cicatrización. Es desde esta perspectiva en la que se cuidan los elementos que comprometen tanto la bioética clínica, como aquellos de la bioética Social en que, se incorporan los avances tecnocientíficos para el mayor beneficio del paciente, disminuyendo el empleo de recursos materiales, facilitando la reincorporación de la persona a sus actividades cotidianas con poco impacto en su ámbito laboral. Esta es la medicina del tercer milenio con capacidad de brindar el más cálido cuidado humano con la mayor calidad científica, fundamentada en la autonomía del paciente, en la consideración de la distribución equitativa de los recursos humanos y equipos de avanzada tecnología, con beneficios de tiempo y dinero para el paciente y el servicio de salud. No hacer daño implica cuidar, comprometerse y prepararse en el ejercicio bien.

**Palabras Clave:** Síndrome del nevo displásico, cirugía mínimamente invasiva, radiofrecuencia, bioética.

### INTRODUCCIÓN

La palabra nevo deriva del latín naevus significa marca de nacimiento y se emplea para describir un hamartoma o crecimiento exagerado de un tejido normal y el apellido que se le da al nevo indica el origen celular del mismo. Los nevos melanocíticos son

neoplasias benignas, habitualmente pigmentadas, derivadas de la proliferación de melanocitos, que casi siempre se originan en la unión dermoepidérmica y desde aquí, a medida que evolucionan, tienen tendencia a penetrar en la dermis. La importancia en el diagnóstico de los tumores melanocíticos no-malignos y de los nevomelanocíticos, es su relación histológicamente establecida con el melanoma cutáneo (1-4).

Tal es el caso de los nevos melanocíticos displásicos adquiridos (NMD) caracterizados por una displasia melanocítica intraepidérmica, los cuales son potenciales precursores histológicos de transformación maligna, así como su número y presencia favorecen su riesgo de malignización. El término displasia tiene varias connotaciones, dentro de las cuales se señala a los estados proliferativos celulares anormales; que en este caso designa una proliferación melanocítica desordenada, asociada con aplasia celular variable y discontinua (1, 2).

La prevalencia de nevos guarda relación con la edad, la raza y con factores ambientales y genéticos. El número total de nevos aumenta con la edad y presenta crecimiento rápido en la pubertad, con un pico máximo en la tercera década de la vida (aproximadamente a los 25 años de edad); después el número de nevos tiende a disminuir; mientras que posterior a los 35 años la presencia de factores favorables de alto riesgo aumentan su potencial de malignización, con una probabilidad 15 veces más alta (1).

Se presentan en ambos sexos y se ha observado que las personas con piel blanca tienen más nevos que las personas con piel oscura. Así mismo, es mayor el número de nevos en familiares de pacientes con antecedentes. Su caracterización histopatológica como entidad única se remonta a 1820 en Inglaterra cuando Norris reporta la presencia de melanomas malignos en 2 miembros de una misma familia, cuyos otros miembros también presentaban muchas nevos en varias partes de su cuerpo.

La figura del nevo melanocítico displásico adquirido, puede ser considerada morfológicamente como un espectro intermedio entre los nevos melanocíticos típicos y los melanomas. La aparición de nevos se debe a la acumulación de melanocitos (nidios de melanocitos) en la epidermis, dermis o ambas, secundaria a una proliferación alterada de células névicas, el tiempo de transformación hacia melanoma dependen del fototipo de piel del paciente, su fotoexposición, y los

hábitos de vida saludables que tenga (1-4).

Desde el punto de vista etiopatogénico, se observa predisposición genética, al respecto se ha postulado un vínculo entre fenotipo anormal, predisposición hereditaria e influencia de la exposición a la radiación ultravioleta; encontrándose a su vez, mutaciones en el cromosoma 9p21 (CDKN2a) en 20 a 40% de familias afectadas con melanoma (2).

Al examen clínico macroscópico el término NMD se reserva para designar lesiones pigmentarias de localización centrípeta, fuera de las zonas mucosas o acrales de los miembros, caracterizados por ausencia de imagen en espejo (asimetría), un tamaño de 3-15 mm el cual tiene una correlación directa con el nivel de atipia (a mayor tamaño, mayor atipia), márgenes mal definidos e irregulares, superficie relativamente plana, macular en la periferia y con patrón en empedrado central frecuente. El color varía, generalmente se presentan de 3 tonos café, sin embargo, debe considerarse que a mayor número de colores mayor atipia. Puede existir eritema dentro o fuera de la lesión, así como pelos terminales más gruesos que en el resto del cuerpo. Topográficamente son más frecuentes en el tronco y las áreas doblemente cubiertas (mamas en mujeres, abdomen y espalda en los hombres); su diagnóstico confirmatorio debe hacerse por estudio histopatológico, escogiendo para su exéresis lesiones iguales o mayores a los 6 milímetros.

El síndrome del nevo displásico o nevos de Clark, se caracteriza por la presencia de 100 o más nevos, de los cuales un por lo menos tiene un diámetro igual o superior a 8 milímetros y uno muestra características atípicas (1-4). Luego del diagnóstico confirmatorio el tratamiento enfrenta retos tanto por el número de las lesiones como por las evoluciones y controles sucesivos que requiere cada paciente, ya que, el mismo debe ser individualizado, de los antecedentes personales patológicos y heredofamiliares, según el tamaño, la localización y las dificultades técnicas del procedimiento quirúrgico con los riesgos colaterales que de esta se derivan y las expectativas estéticas del paciente. Como regla general, cualquier lesión sospechosa deberá ser reseca con 2 mm de margen para estudio patológico.

El seguimiento de los pacientes con nevos atípicos deberá realizarse cada 3-6 meses. Se recomienda el seguimiento con fotografías o dibujos de sus características y localizaciones. Las

lesiones atípicas que no sean visibles para el paciente (espalda) se deben resear (1). La progresión en los avances tecnológicos aplicados a las técnicas quirúrgicas marcan hoy día una importante diferencia en las posibilidades a seguir, la precisión, la alta eficiencia y resolución de la radiofrecuencia como método de abordaje ofrecen mejor resultado estético y abrevian los tiempos de intervención, con un menor gasto económico para el paciente comparado con la cirugía con láser.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

### Caso Clínico NMD

Se evalúa paciente de 35 años masculino natural y procedente del estado Carabobo, quien es referido a esta consulta al presentar: dermatosis crónica, recurrente y progresiva desde hace varios años, caracterizada por múltiples máculas, pápulas y tumores de tamaño variable, en número superior a 150, que van desde los 2mm hasta los 1,8 cm de diámetro, localizadas en rostro, cuello, parte superior del tronco anterior y posterior así como en áreas proximales de ambos miembros superiores; en su mayoría de forma ovalada, las cuales desde hace 3 meses aproximadamente ha aumentado de tamaño, asociado a prurito intenso que origina rascado y excoriación de su superficie en la que se evidencian cambios en la textura.

El paciente refiere que específicamente 6 lesiones, 3 localizadas en región lateral izquierda de cuello y otras 3 alrededor del hombro derecho, han presentado sangrado por traumatismo durante la noche, cuando posterior al rascado se observa hemorragia de leve a moderada; dicha lesiones presenta un tamaño de entre 8mm y 1,3 cm de diámetro, las cuales a su vez se acompañan de cambios en la coloración de marrón a negruzco, con inflamación intensa perilesional.

A la evaluación con dermatoscopia se evidencian discromías en las lesiones con zonas francamente negras que se destacan de la coloración marrón clara del resto de las mismas, se demuestran bordes irregulares en 4 lesiones, ubicadas concretamente en hombro derecho y en región lateral izquierda del cuello, con signos inflamatorios perilesionales y elevaciones de la superficie (papulosas).

*Antecedente personal contributivo:* Exposición solar prolongada sin protección asociada por motivos de trabajo, con exposición a luz ultravioleta. Se retira pieza con equipo de radiofrecuencia para estudio anatomopatológico para quien reporta: Las lesiones histopatológicas de piel muestran hiperplasia melanocítica basal con alargamiento lentiginoso de crestas interpapilares mostrando en situación basal tecas de melanocitos laminar, que se fusionan con crestas adyacentes. Fibrosis eosinofílica laminar, infiltrado inflamatorio crónico con melanófagos y neoformación vascular en la dermis. Diagnóstico: Nevus melanocítico displásico localizado en hombro derecho, totalmente extirpado. En tanto al número de las lesiones se hace el diagnóstico definitivo de síndrome de nevo displásico. Se propone para la eliminación del resto de las lesiones el uso de la radiofrecuencia como técnica quirúrgica dermatológica mínimamente invasiva.

## ANÁLISIS DEL CASO EN ESTUDIO

Puede definirse a la Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI), también denominada de mínimo abordaje, como el conjunto de técnicas diagnósticas y terapéuticas que por visión directa, endoscópica, o por otras técnicas de imagen, utiliza vías naturales o mínimos abordajes para introducir herramientas y actuar en diferentes partes del cuerpo humano. El desarrollo de la CMI se enmarca dentro de la historia reciente de la cirugía; no es un área exclusiva de ninguna especialidad, es un concepto global que abarca hoy día a casi todas las disciplinas médicas como la dermatología; estas aproximaciones terapéuticas son muy complementarias, y de forma creciente se están aplicando de manera combinada para el tratamiento de casos individuales (5).

En este caso se plantea como herramienta en el tratamiento resolutivo quirúrgico de NMD la Radiofrecuencia (RF) por ser un método a traumático de corte y coagulación de tejido blando, que no requiere de presión, donde las células son vaporizadas en el trayecto por donde pasan las radioondas, lo que resulta en una menor cicatrización, dolor e incomodidad para el paciente. Consiste en la transducción de ondas de corriente alterna (CA) a corriente continua (CC), y que a su vez sufren una segunda conversión a ondas de muy alta frecuencia que son emitidas y transmitidas, a

través de una minúscula punta de tungsteno, que hace contacto con los tejidos; siendo la pérdida de calor lateral en este tipo de corriente casi nula y el corte que se consigue es muy fino (6).

La RF utiliza corriente directa con ondas de muy alta frecuencia (espectro electromagnético) de 3.8MHz, pura y continuas, la CA se rectifica usando un Diodo (válvula de vacío, aplicado por Maness en 1.978); las ondas de radio de alta frecuencia a través de un tejido blando permiten cortar, coagular o extirpar el tejido. Se crea una resistencia en los tejidos, resistencia que produce energía que en forma de calor volatiliza el líquido intracelular solamente en el punto de contacto del electrodo, evitando el daño en otros estratos celulares. Su mayor ventaja radica en que la impedancia del tejido produce una actividad del fluido intramolecular, que desintegra la membrana, sin destruir el tejido circundante (6, 7).

Para la toma de la biopsia cutánea se utiliza corriente totalmente rectificada y filtrada (90% corte y 10% coagulación), con un flujo de electrones por alta frecuencia continuos y sin distorsión. El flujo de ésta energía filtrada-no pulsante, permite incisiones de precisión extraordinariamente delicadas y sin daño tisular; mientras que para la exéresis de las lesiones restantes se aplica la corriente totalmente rectificada (50% corte y 50% coagulación).

Este tipo de corriente rectificada en su totalidad produce un efecto de impulso y pausa simultáneamente que disminuye ligeramente el efecto de corte. Además de una incisión delicada, esta corriente coagula superficialmente el margen de la incisión; clínicamente esta coagulación es apenas perceptible; no obstante, produce una efectiva hemostasia. La capa de tejido coagulada no interfiere con la cicatrización primaria y rápida de la herida.

Entre los beneficios para el paciente durante el acto quirúrgico se observan: la realización de un corte exacto, fino, sin presión, que produce menos sangrado con poca manipulación, lo que permite emplear menor tiempo quirúrgico logrando resultados quirúrgicos atraumáticos (6, 7). Mientras que como ventajas postoperatorias fundamentalmente se señala que el paciente sentirá mínimo dolor, inflamación con disminución del riesgo de infección postoperatorio, favoreciendo la curación rápida y excelente cicatrización.

En conjunto tanto para el paciente como para el cirujano se hace posible un resultado final confiable, seguro, menos complicado, más

cosmético, en los que finalmente al sopesar los factores costo vs. beneficio menor tiempo en la aplicación del procedimiento y recursos, con el máximo confort y resolución. Por otra parte, pero no de menor importancia destaca la fácil obtención de piezas quirúrgicas para biopsia, por no haber daño por quemadura del tejido (6, 7).

Todas estas características positivas en la esfera cutáneo-biológica, hacen de este procedimiento un alternativa con resultados clínicos y quirúrgicos altamente eficientes; así mismo por su excelente resultado cosmético logra gran aceptación en la dimensión psico-emocional del paciente, que con la rápida reparación tisular y al no causarle cicatriz le permitirle una rápida incorporación a sus actividades sociales y laborales, generándole menor impacto que otras alternativas quirúrgicas. Es desde esta perspectiva en la que se cuidan los elementos que comprometen tanto la Bioética Clínica, como aquellos de la Bioética Social en que de forma integradora se incorporan los avances tecnocientíficos para el mayor beneficio del paciente, disminuyendo el empleo de recursos materiales quirúrgicos y de curas que facilitan la reincorporación de la persona a sus actividades cotidianas lo que también favorece su rendimiento y eficiencia en su ámbito laboral.

Esta es la medicina del tercer milenio, oportuna, con capacidad de brindar el más cálido nivel humano con la mayor calidad científica, fundamentada en la autonomía del paciente, en la consideración de la distribución equitativa y justa de los recursos humanos y equipos de avanzada tecnología, lo cual benéfica al paciente en su inversión de tiempo y dinero. No hacer daño implica cuidar, comprometerse y prepararse en el ejercicio bien para el otro.

## RECOMENDACIONES

Los nevos melanocíticos en general son un motivo de consulta frecuente en las consultas dermatológicas, la implementación de técnicas como la dermatoscopia (epiluminiscencia digitalizada) ofrece a la clínica mejor capacidad de visualización y favorecen la toma de decisiones adecuadas y tempranas; además de ser una técnica no invasiva, es el método más moderno y preciso para detectar cambios en las lesiones pigmentadas cutáneas.

Las lesiones pigmentadas cutáneas, como lunares o nevos,

pueden desembocar en un cáncer de piel (melanoma). Por este motivo es tan importante realizar seguimiento periódico y muy preciso de su evolución. Los rasgos clínicos que orientan hacia la vigilancia, derivación o extirpación de una lesión melanocítica son: A: asimetría de los bordes, B: bordes mal definidos, digitiformes, C: color cambiante, tonos más oscuros y rojizos, D: diámetro mayor de 6 mm, E: elevaciones de la superficie (papulosos).

Existen signos de alarma ante los que debe actuarse extirpando la lesión sin traumatizarla, para realizar un estudio histológico seriado. Estos son: Modificaciones súbitas en la superficie, tamaño, contorno y/o coloración de una lesión; presencia de un halo inflamatorio alrededor de una lesión pigmentada; aparición de manchas y/o nódulos contiguos a una lesión pigmentada; y presencia de exudación, ulceración y/o hemorragia; -Prurito o dolor y -Presencia de adenopatías.

Pero nada habrá de sustituir la búsqueda de la atención médica especializada con la realización de un acto médico esmerado, completo en el que la observación y cumplimiento de todas sus fases es un imperativo categórico ético y legal. Es a través de esta renovada interacción médico-pacientes-familiares que debemos establecer un espacio de tiempo justo para la realización de una historia clínica detallada y organizada, en la cual se conjugan las dimensiones espirituales y biofísicas del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalá D, Valente C. Nevos melanocíticos y no melanocíticos. Revisión de la literatura. Rev Cent Dermatol Pascua 2010; 19 (2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2010/cd102a.pdf>
2. Freedberg E, Eisen A, Wolff K, Austen K, Goldsmith L, Katz S, et al. *Dermatology in General Medicine*. 5th ed. international. McGraw-Hill. New York.1999.
3. Requena L. Nevos Melanocíticos. *Actas Dermosifiliográficas* 2012; 104:430-435.
4. Arenas R. *Dermatología, atlas diagnóstico y tratamiento*. 4ta ediciónMc Graw Hill. México. 2009.
5. Bravo J. El Futuro de la Cirugía mínimamente invasiva como

tendencias tecnológicas a medio y largo plazo. Fundación OPTI. Disponible en: [http://panelfenin.es/uploads/fenin/documento\\_estudios/pdf\\_documento\\_18.pdf](http://panelfenin.es/uploads/fenin/documento_estudios/pdf_documento_18.pdf). 2004.

6. Sachdeva S, Dogra A. Radiofrequency ablation in Dermatology. *Indian J Dermatol* 2007; 52(3). Disponible en: <http://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2007;volume=52;issue=3;spage=134;epage=137;aulast=Sachdeva>
7. Maness WL, Roeber FW, Clark RE, Cataldo E, Haddad AW. Tissue damage from electrosurgical power output variations in hamster tongues. *J Prosthet Dent* 1979; 42:456-460.

## LIDERAZGO RESPONSABLE EN LA COMPLEJIDAD DESDE LA BIOÉTICA COMO TRANSDICIPLINA

**Maribel Bont, Juan Rodríguez, Génesis Prada, Limbrenda Pineda, Luisa Ramírez, Gilbana Quintero**

**RESUMEN:** Con este ensayo sobre liderazgo responsable en la complejidad desde la Bioética como transdisciplina, se pretenden conjugar varias áreas del conocimiento para repensar en la formación y transformación del nuevo líder social exigido por la sociedad del saber, a través de la orientación e integración dinámica de los valores morales y los principios bioéticos como herramientas formales de la educación global amplificadora. El escrito se orienta desde los inicios del novel vocablo, sus autores mundiales y usos contemporáneos con el propósito de contribuir en la reconstrucción de los noemas y noesis de un líder responsable emergente, capaz de obrar desde la prudencia, la beneficencia, el respeto, la tolerancia y autonomía en el cuidado eficiente, efectivo y afectivo de sí mismo, de sus semejantes incluyendo su entorno biótico y abiótico, empleando como eje cardinal de su accionar el amor por la vida en todas sus semblanzas. Se recrea un viaje desde la incorporación de la bioética en el lenguaje académico alcanzando su inserción en los estudios universitarios. Aun sin requerir de un exoesqueleto rígido, el ensayo científico como método de desarrollo en esta obra presenta en su anatomía elementos que identifican el valor de la bioética para contribuir con el fortalecimiento y desarrollo sustentable de nuestra sociedad, mediante la visibilización de sus fisuras éticas; a través de una profunda y sentida reflexión sobre la interacción entre los fundamentos de la bioética y sus principios en la construcción de un liderazgo responsable, que pueda contribuir en las respuestas positivas y oportunas a los actuales retos que desafían al hombre contemporáneo en su reconstitución de la comunidad universalizada, en el contexto de una América Latina participativa, diversa, pujante, con fracturas de sus arquetipos económicos y políticos, pero inmensamente rica de cultura como patrimonio cósmico de biodiversidad.

**Palabras Clave:** Liderazgo responsable, bioética, complejidad, sociedad del saber.

### INTROVERSIÓN DESDE LA BIOÉTICA COMO TRANSDICIPLINA

*Bioética "rehistoriada":* Es adecuado iniciar esta reflexión desde el rehistoriar la bioética en Latino América con un minucioso análisis del recorrido de esta disciplina contemporánea hasta nuestra parte

del continente. La bioética como rama de la ética aplicada emerge al entendimiento como un recurso del buen sentido, desde la preocupación ante las nuevas biotecnologías emergentes y su uso razonable, prudente, oportuno y adecuado en la consideración del buen hacer por la vida humana y todas sus formas de expresión viviente. Bajo esta perspectiva tendremos que viajar obligatoriamente hasta Alemania a 1927 cuando el pastor protestante, teólogo y filósofo Fritz Jahr hace una primera aproximación a la bioética desde el imperativo kantiano, con el planteamiento de los deberes morales que debemos tener no sólo hacia la humanidad, sino también hacia todas las formas existentes de vida; concluye Jahr, que todos los seres vivos tienen derecho a ser respetados y no deben ser tratados como medios sino como un fin en sí (1, 2).

Fritz Jahr eticista en "Halle an der Saale" en su artículo en la Revista Kosmos titulado "Bio- Ethics [Bio-Ethik]: A review of the ethical relationship of humans to animals and plants" (Bio-Ética: una revisión sobre las relaciones éticas entre los humanos hacia los animales y las plantas), nos propone esta nueva área del saber como una disciplina académica, un principio cultural y moral, tanto como una virtud. Considera que la bioética tiene obligaciones legítimas en todos los escenarios profesionales, en la esfera pública; así como también, en la educación, en las deliberaciones de la salud, la moral pública y en la cultura, como lo describe Sass en el documento que trae a la luz pública a Jahr (3, 4).

Aun siendo extraordinarias para su época las proposiciones del profesor Jahr, quedarán en silencio y a su sombra la historia recogerá en sus páginas las más feroces experimentaciones en seres humanos desarrolladas por médicos nazis, al final de la segunda guerra mundial y posteriormente en el juicio sostenido contra un grupo de estos investigadores, se concluiría con el Código de Núremberg en 1947 (1-3).

Posteriormente se sucedió la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; apareciendo para junio de 1964 la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki-Finlandia, como un conjunto de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y a todos aquellos que pretenden hacer esfuerzos de investigación científica en seres humanos; cartas y códigos que tuvieron como principal reclamo el derecho de los sujetos a participar

de las decisiones que comprometen su cuerpo y su salud, con énfasis en el resguardo de la autonomía de la persona (1, 2, 5).

Vimos un entusiasmo mancomunado internacional de distintos grupos a los que se añade el Informe Belmont, informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado como: Principios Éticos y Pautas para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación, creado el 18 de abril de 1979, tras la exposición pública de un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972 en la ciudad estadounidense de Tuskegee (Alabama), por el Servicio Público de Salud de Estados Unidos, en el que fueron estudiados 600 aparceros afroamericanos (399 hombres negros, supuestamente infectados con sífilis, para estudiar el progreso de la enfermedad durante los 40 años siguientes y grupo control de 201 hombres sanos fueron también estudiados para establecer comparaciones), en su mayoría eran analfabetos, la experimentación prosiguió incluso llegando a los términos de la muerte, como sucedió con la mayoría de estos pacientes (6).

### La Bioética en América Latina

Hasta el escrito de Sass sólo se daba crédito al destacado profesor Potter bioquímico estadounidense, profesor de oncología en el Laboratorio McArdle de Investigaciones sobre Cáncer, de la Universidad de Wisconsin-Madison por más de 50 años, como el creador y primero en aplicar el término y concepto de la bioética, haciendo énfasis en que su propuesta no sólo tenía interés en el quehacer de las ciencias biomédicas, sino también en lo que él más tarde llamaría ética planetaria; es decir, la ética redimensionada para la supervivencia. Excediendo el esfuerzo contentivo de la mala práctica médica, su enfoque tal como lo proponía Jahr se basaba en el resguardo por la vida, confluyendo estas dos visiones que se entrelazan más de 40 años después (1, 7).

De nuevo en América Latina tenemos como referentes a: José Alberto Mainetti desde la Plata en Argentina, sumergido en la Bioética junto a Diego Gracia (España), Hans-Martin Sass (EEUU), Manuel Velasco-Suárez (México), Alfonso Llano Escobar, Roberto Llanos (Perú), por Venezuela Alfredo Castillo Valery como referentes cercanos en las

décadas de los ochenta y noventa; esta variopinta representación de hispanoamérica enriquece enormemente las múltiples perspectivas de la bioética en la región, engrandeciendo su sistematización como cuerpo argumentado de conocimientos (1, 6-9).

James Drane contribuye a la bioética en América Latina en su viaje desde la filosofía, la teología y la ética médica hasta aterrizar en la bioética junto Daniel Callahan, inquietados por la aplicación de las nuevas tecnologías en el campo de la investigación médica, entendían que estos problemas requerían especial atención y la determinación de sus límites con el rigor sólido y sistemático desde la academia para la toma de políticas públicas de salud, fundando The Hasting Center (1969) en Hudson-New York (1).

Por otro parte a la sazón, André Hellegers funda el Instituto Kennedy de Ética en la Universidad de Georgetown, con el apoyo de Sargent Shriver y de la familia Kennedy, en el que desarrollan programas conducentes a grado universitario en lo que marcó el nacimiento institucional de la bioética con un largo pasado pero, con una breve historia. Es desde este escenario que el Dr. Van Rensselaer Potter, impulsa su libro "Bioética: un puente al futuro" en 1971, siendo este instituto otro marco referencia del mundo, correspondiendo al continente americano la segunda patria asistida de la bioética (1, 2, 6).

La UNESCO crea el Programa de Educación Permanente en Bioética para América Latina abriendo las puertas a la educación a distancia con el primer curso de Bioética Clínica y Social con pertinencia en nuestra región con un enfoque vivido desde nuestras diversas realidades enfatizando en sus fortalezas para potenciarlas, observando los errores y limitaciones para corregirlos y superarlos.

En los escritos bioéticos se contraviene el "imperativo tecnológico" como premisa que regía la conducta médica, en la que todo lo técnicamente disponible debía ser aplicado, otorgando al progreso científico-técnico una valoración positiva en sí mismo, lo cual conducía inevitablemente a violaciones de los derechos humanos y de los derechos de los pacientes, dentro de las discusiones en la bioética clínica. Mientras que desde la bioética social, también se discute sobre el cumplimiento del derecho a la

salud y la distribución de los recursos económicos y humanos del Estado, ponderando la equidad en la distribución de los insumos, protegiendo a los grupos socioeconómicos y culturales más vulnerables de las regiones empobrecidas de nuestro continente (6, 8, 9).

### **La Bioética llega a las Aulas Universitarias**

Ciertamente los docentes universitarios convocados por una renovación en los paradigmas de investigación como estrategias para la aproximación al saber, deben enfrentarse a la imperiosa necesidad de dar apertura a la complejidad y la fenomenología-hermenéutica, como otras perspectivas de pensamiento científico para el encuentro entre ciencia y humanismo.

A la bioética por su parte se le incorpora en todos los estudios universitarios como una herramienta dialógica, integradora, consensuada y participativa, que desde sus principios básicos establecidos en el Informe Belmont por Beauchamp y Childress (1999), reconoce lazos vinculantes hacia la sustentabilidad y sostenibilidad de todas las formas de vida, más allá del campo médico, ahora incorporados en el Código de Ética para la Vida desde Comisión Central de Ética para la Vida publicado por el Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Venezuela (6, 8, 10, 11).

En el mencionado código se incorporan los 4 principios fundamentales anteriormente conocidos, los Principios de la Responsabilidad y Precautorios, como garantes de la diversidad en la protección que se quiere dar desde la bioética aplicada en las deliberaciones de la salud, la moral pública y en la cultura. Asumiendo la Solidaridad como un eje transversal especialmente cuando se refiere a la aceptación, respeto y resguardo de nuestros pobladores nativos y todas sus manifestaciones sociales y culturales propias de los pueblos indígenas venezolanos. En esta compilación se hace referencia al término de Bioética Global, por haber logrado pertinencia en todas las áreas del conocimiento, aceptando la necesidad de una ética ambiental, incluyendo este nuevo enfoque vinculante para relacionarse con la naturaleza y el universo (11).

## ABORDAJE EPISTÉMICO

En este ensayo empleando la apertura de género literario científico, la autora invita a los lectores a sumergirse en la calidez del escrito sentido y afectivo, conservando como norte el razonamiento, a través de la lógica configuracional propuesta desde la complejidad, en el que durante su proceso de ideación emergen novedosas estructuras imaginativas que fluyen desde el pensamiento crítico hacia los remansos de supuestos que buscan la generación de proposiciones transformadoras.

Respuestas que se cruzan en su viaje con la poesía de la utopía en ese espacio añorado en la búsqueda que desde la ética y la bioética nos llevarán hasta la buena vida, valiosa, digna de ser vivida y compartida, entendiendo los semblantes del nuevo líder responsable ante una sociedad del conocimiento. En comprensión que se está en un nivel prehistórico con respecto al espíritu humano y sólo con la complejidad como modo de pensamiento sistémico en la apertura de estructuras del saber, se puede civilizar el conocimiento.

Comprendiendo que el universo es una mezcla de caos y orden: auto-eco-organización, en el que sujeto y objeto son partes inseparables en la relación auto-organización-ecosistema; entonces, este hombre nuevo estará en capacidad de crear e innovar, de reinventarse y autoevaluarse a través del autoconocimiento, la autorreflexión y sobretodo la autogestión del conocimiento.

Desde la complejidad como paradigma científico resulta comprensible que el conocimiento no es una estructura acabada, inamovible o restrictiva, que cada vez que se aprenda, que se investigue, que se emprenda el recorrido infinito para conocer, se terminara en otra aproximación a la realidad, puesto que el conocimiento y el saber no son recursos agotables, sino que al igual que el hombre son estructuras dinámicas en constante evolución y regeneración por la tanto interminables, complejas en tanto a su infinitud de ligazones entre el individuo como microcosmos y el universo macrocósmico.

## INFLEXIÓN DEL RELATO

Desde los Principios de la bioética se tienen instrumentos de

análisis que pueden ayudar en la deliberación sobre cualquier dilema derivado del quehacer científico y tecnológico en las ciencias de la vida. A través de la acción educativa fundada en la responsabilidad ética puede hacerse de la Universidad un lugar especial para promover el paso hacia una sociedad del saber, que oriente el conocimiento y la eficacia hacia el desarrollo de estrategias de inclusión, comprensión y equilibrio. Desde esta emergente disciplina nace el pensamiento del hombre nuevo, que reflexiona anteponiendo la precaución, el cuidado y el saber-hacer, ante todas las posibilidades científicas, es un renacer a la vida del mundo y la esperanza de la humanidad (12, 13).

Empleando la bioética como transdisciplina y desbordando los linderos universitarios, nos adentramos en los recursos y valores de la persona humana, inspirando un nuevo canto al alba, a partir del cual debemos cuidar nuestro planeta, como este ha cuidado de nosotros. La Universidad está llamada a ser creadora de líderes del saber, a convertir la importante arma de la información en una herramienta útil al desarrollo del hombre en todas sus dimensiones, al servicio de todos sin inequidad, donde la beneficencia, el respeto y la tolerancia afiancen la comunicación eficaz y la disertación efectiva para el intercambio de conocimiento, en ambientes en los que emerja un innovador lenguaje complementario, e allí el empleo de la Bioética como transdisciplina dialógica; siendo así, en ella podemos refundar los cimientos de la conciencia del hombre emergente que responda a los desafíos contemporáneos.

El mundo es la patria no dividida de todos, a todos nos atañe y nos compete su resguardo. Cuidar al planeta, es cuidar a la madre de cuyo vientre fecundo hemos nacido todas las especies vivientes que la pueblan. Se impone una mirada cuidadora, responsable y respetuosa para encausar el accionar de las herramientas biotecnológicas como instrumentos del buen-hacer, su uso y su implementación requieren de compromiso y mejor calidad de la educación, entendiendo que la salida más fácil no siempre será a mejor. Obrar con amor no significa dejar de obrar, significa obrar desde la obediencia, la paciencia, la compasión y la responsabilidad por toda la vida planetaria (12).

Es en la casa que vence las sombras en donde debemos hacer

nuestro mayor esfuerzo, sincero y honesto en la reconstrucción de la persona humana, reflexionando en sus multidimensiones, desde el obrar con valor para procurar el bien común. Este hombre nuevo, es el líder responsable cuyo acuerdo fundamental es que, lo que más vale del ser humano es el valor de su conciencia, dispuesto a servir en calidad, en respeto y afecto.

## APRENDIZAJE TRANSFORMADOR

Partiendo de una restructuración jerárquica de los valores, el líder responsable debe reconstituir su fundación espiritual y moral, partiendo de la complementariedad entre las ciencias y las humanidades, en absoluta claridad de que el valor fundamental del ser humano no está dado por su inteligencia o por sus capacidades técnicas ni investigativas, sino por todo el brillo y claridad en la misma conciencia del ser humano.

Se cimienta desde el amor como principio cardinal de su accionar y por ende desde la beneficencia para permitir que emerja la conciencia responsable entre el decir y el hacer; en tanto que la dirección de sus planes traspasen los beneficios propios, para penetrar en el campo del bienestar social, de la riqueza intelectual compartida en ámbitos que reconozcan la interdependencia y la interconexión, que entienda que pensando en el otro y en los otros también piensa en sí mismo, que jamás perderá al dar, sino que multiplica su ganancia emocional y espiritual cuando se compromete consigo mismo y su entorno.

Se requiere que el líder responsable reconozca la necesidad de autonomía de sus congéneres, desde el respeto y la tolerancia; respondiendo a los principios de la totalidad e integralidad; es decir, que reconoce se espera del él en toda su exponencialidad humana, que desde la afirmación de las dimensiones ética, espiritual, cognitiva, afectiva, comunicativa, corporal, socio-política y estética, el líder entiende que la ética y la bioética se insertan como un conjunto ordenado de conocimientos para la realización a plenitud de todas sus potencialidades y capacidades. El verdadero líder, no sólo se ocupa de destacar en su trabajo o de presumir su intelectualidad o sus riquezas materiales; por el contrario, reconoce la complejidad humana para insertarse en

todos los espacios de su accionar, con la intención de generar impacto positivo sustentable.

Desde el principio de la equidad, el líder a través de su honestidad, autenticidad y transparencia, es capaz de generar confianza en sus compañeros y darles el ejemplo a seguir, siendo así agentes responsables de cambio creando interacciones proactivas y propositivas; así mismo, con el conocimiento de su entorno es capaz de aprovechar las posibilidades de su contexto para establecer directrices y planes de acción estimulando la motivación al logro. El poder razonar y reflexionar desde el saber y la experiencia permiten a nuestro líder la toma de decisiones en consideración del principio precautorio, para sopesar los riesgos y beneficios que se alcanzaran en la búsqueda del menor daño posible y la no-maleficencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lolas F. Rehistoriar la bioética en latinoamérica: la contribución de James Drane. *Acta Bioethica* 2005; 11(2):161-168.
2. Llano A. La bioética en América Latina y el Caribe. *Revista Selecciones de Bioética* 2007; 1(12): 16-25.
3. Lolas F. Bioethics and animal research: a personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research* 2008; 41(1):119-123.
4. Hans-Martin S. Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J* 2007; 17(4):279-925.
5. Lolas F. *Diálogo y Cooperación en Salud. Diez años de bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. 2004.
6. Vidal S. *Introducción General a la Bioética Clínica y Social: Bioética y derechos humanos*. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.
7. Potter V. *Bioethics bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall Biological Science Series Editor; 1971.
8. Castillo A. *Bioética*. Editorial Disinlimed. Caracas. 2006.
9. zarrafa V. *Análisis crítico y propuestas para un estatuto epistemológico de una Bioética Latinoamericana: Bioética y derechos humanos*. UNESCO. Disponible en: <http://www.>

redbioetica-edu.com.ar. 2007.

10. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
11. Fondo Nacional De Ciencia, Tecnología E Innovación. Código de ética para la vida. Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias Caracas. 2008.
12. Galindo G. Bioética: Humanismo científico emergente. Primera edición. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Bogotá. 2005.
13. – Vidal S. Una propuesta educativa para américa latina. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.

## ÉTICA Y BIOÉTICA EN LA TRASCENDENCIA DEL PROFESIONAL DE SALUD EN EL SIGLO XXI: UNA ORQUESTA DE SABERES

**Maribel Bont, Yohana Baudin, Leonela Córdova, José Pérez, José Petta, Darwin Pérez**

**RESUMEN:** Se emplea el ensayo como composición breve para describir la introspección de los autores sobre elementos intervinientes en el fenómeno analizado, entrelazado con la complejidad como paradigma científico, desde el cual el cocimiento se interpreta como un conjunto dinámico y en crecimiento que terminara en una nueva aproximación a la realidad. Se expresa en el escrito la comprensión del universo del ethos vital con sus intercambios regenerativos caórdicos de carácter auto-eco-organizacional, que desde su concepción orientarán el ejercicio del profesional de la salud, en el que sujeto-objeto son parte inseparable en la relación microcosmo-macrocosmo-ecosistema vital. El personal de salud estará en capacidad de innovar y autoevaluarse a través del autoconocimiento, la autorreflexión y sobretodo la autogestión del saber, brindando lo mejor de sí de la mano de la ética y la bioética en el camino de la vida digna de ser vivida y compartida; colaborará armónicamente como clave importante en la sinfónica magistral en la atención del paciente, y en el acorde de todos los sonidos podrá disfrutar del esplendor de la salud-música, la complejidad presta el pentagrama y la batuta que dirige tal hazaña estará representada en la bioética, escrita bajo la dirección del ensayo como relato científico. Las universidades deben ser centros promotores del crecimiento responsable, empleando el aprendizaje organizacional y la organización de calidad, para el aprendizaje técnico y ético, con base a su construcción como comunidad de personas que avanzan mejorando la convivencia a través del compartir de valores e intereses comunes, poniendo en práctica las terapéuticas que favorezcan la salud en la labor comprometida en equipo, cuyo fin superlativo sea la realización del bien común como salud, sustentado en los procesos y desarrollo exponencial de cada individuo y toda la humanidad, en multiplicidad de contextos culturales intercurrentes con nociones para el cuidado sustentable del ambiente.

**Palabras Clave:** Trascendencia Profesional, ética-bioética, complejidad, sociedad del saber.

### CONTEXTUALIZANDO EL FENÓMENO DEL RELATO

#### Constructos Teóricos

El ethos vital relaciona un universo de valores morales individuales y colectivos, que imprimen unidad a un grupo humano. Estos valores,

son constructos sociales nacidos de la necesidad de convivencia y cooperación, los cuales se proponen como ideales para la actuación de los individuos a favor de su bienestar personal y de la misma la comunidad (1).

De esta segunda naturaleza genuina y necesaria del ser humano, en cuanto forme parte e interactúe como integrante de un grupo social determinado, emerge el sentido de la vida, en tanto a su dignidad, existencia plena y calidad. Este emergentismo humanístico, también habrá de dar paso a deliberaciones más profundas sobre cómo serán el comprender el proceso vida-salud- enfermedad, el nacer y el morir; por consiguiente, es imposible señalar componentes éticos específicos y permanentes. El individuo, con ocasión de su experiencia vital y el enriquecimiento de sus conocimientos deberá ir haciendo ajustes éticos sometidos al imperativo moral de la equidad y la justicia, lo cual permitirá, por otra parte, producir cambios de comportamiento sin renunciar a los imperativos morales fundamentales (1-3).

El ethos comprende aquellas actitudes distintivas que caracterizan a una cultura o a un grupo profesional en cuanto a que esta cultura o profesión sostiene una postura que demuestra la dedicación a ciertos valores y a la jerarquía de los mismos. Toda acción humana es necesariamente "religante y religada". Esto quiere decir que no se vive solo; sino que, la existencia de cada individuo se articula por necesidad y por deliberación a otros seres humanos y al medio ambiente, en una red compleja de interacciones. Dichas articulaciones responden a vínculos ecológicos y etológicos de reciprocidad en múltiples direcciones, con intercambios energéticos caóticos y azarosos de complejidad creciente que dan lugar a emergencias novedosas en el ethos vital.

El ethos profesional traduce la calidad de miembro de un grupo de expertos en un área del saber, entendida como una vocación en el sentido de un servicio irrevocable a la comunidad y una dedicación de valores más que ganancia financiera pública (1-3). El código venezolano de ética en medicina obedece a un esfuerzo de fortalecer el ethos médico, sirviendo de ayuda a los médicos (individual o colectivamente) en el mantenimiento de un alto nivel de conducta ejemplar. Las orientaciones del mismo determinan lo que debe considerarse conducta apropiada en relación con los pacientes, con colegas, con los miembros de profesiones afines y

con la sociedad (4).

La bioética, como una rama de la ética aplicada, nueva y exigida por la sociedad del conocimiento, propone tomar muy en serio los datos que las diferentes ciencias aportan, desde el principio de la vida hasta su final, para discernir esta información con sabiduría, a favor de la vida misma. En la perspectiva de un humanismo científico que pueda responsabilizarse de hacer consensos morales y prescribir acciones vinculantes para el cumplimiento de sus propósitos (1, 3).

Como lo describe Sass en el documento que trae a la luz pública a Fritz Jahr, quien propone esta terminología con la estructuración de sus conceptos en 1927, ante los avances tecnocientíficos para la época y tras los acontecimientos de la primera guerra mundial, la bioética nace ya sumergiéndose en las entrañas del quehacer humano en todas sus manifestaciones interrelacionales, tales como en la educación, en las deliberaciones de la salud, la moral pública y en la cultura (5, 6).

Las proposiciones del profesor Jahr, quedaron en silencio y a su sombra la historia recogerá en sus páginas las más atroces experimentaciones en seres humanos desarrolladas por médicos y científicos alemanes afectos al régimen nazi durante la segunda guerra mundial; luego de realizarse los juicios públicos en el Tribunal Internacional de Núremberg contra un grupo de estos investigadores en 1947 se emitió el Código que lleva su nombre (5-8).

Sin embargo, previamente desde la Isla de Cos en el mar Egeo, Hipócrates padre de la medicina y en atención al servicio médico, proclama en su Juramento de carácter público, preceptos elementales que a la mirada de la postmodernidad tienen carácter recurrente y vinculantes con los fundamentos de la bioética; a través del mandato *primum non nocere* que se traduce en castellano como lo primero es no hacer daño, se asegura el cumplimiento del principio de no maleficencia, el cual se consolida al jurar que jamás dará a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna.

Pero ni Hipócrates con su Juramento, ni Jahr desde la bioética parecieron contener el deseo por la investigación nazi desproporcionada en judíos, sin el reconocimiento del hombre y sus derechos, por lo que en 1948 se crea la Declaración Universal

de los Derechos Humanos; apareciendo para junio de 1964 la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki-Finlandia, como un conjunto de principios éticos que limitan la investigación científica en seres humanos; favoreciendo el derecho de los sujetos a participar de las decisiones que comprometen su cuerpo y su salud, con énfasis en el resguardo de la autonomía de la persona (5-7).

Por otra parte el 18 de abril de 1979 en Norteamérica, se promulga el Informe Belmont titulado principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación, creado tras la exposición pública de un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972 en la ciudad estadounidense de Tuskegee (Alabama), por el Servicio Público de Salud de Estados Unidos, en el que fueron estudiados 600 aparceros afroamericanos representados por 399 hombres negros, infectados con sífilis, para estudiar el progreso de la enfermedad durante los 40 años siguientes y un grupo control de 201 hombres sanos, todos fueron estudiados para establecer comparaciones; en su mayoría eran analfabetos, la experimentación prosiguió incluso llegando a los términos de la muerte, como sucedió con la mayoría de estos pacientes (7-9).

En un mundo caracterizado por la diversidad de justificaciones morales, resulta incómodo el debate sobre las investigaciones científicas con la utilización de animales o la participación de seres humanos, llevando a defender la necesidad de establecer una bioética secular, caracterizada por la tentativa de unir, basada en el moderno proyecto filosófico de raíz iluminista, a todos los hombres a través de una moral de perspectiva puramente racional, que ignora aspectos de juicio religioso y las manifestaciones propias de las culturas, echando de menos el mundo espiritual humano (2).

Dilemas sobre cómo debe ser entendida la bioética cuatricentenaria en el siglo XXI, sí desde la secularidad o desde sus concepciones de cristiandad, los linderos que la limitan, la profundidad de su discurso y hasta donde se puede emplear como herramienta dialógica en los asuntos competentes a las ciencias y a la supervivencia del hombre en el universo, traen hoy nuevos retos por conquistar, lo queda cada vez más claro es su competencia en el ejercicio de todas las ramas de las ciencias de la salud.

Desde la complejidad y su propuesta de complementariedad de

los saberes, se propone en el ensayo afianzar las fortalezas que sustentan la ética-bioética como cuerpo organizado y reorganizador del conocimiento, orientador de su buen empleo, maximizando las potencialidades humanas para el servicio de la vida, desde la integralidad multidimensional auto-eco-organizacional entrelazada del ser con el planeta mismo y el universo, en un constante intercambio energético azaroso que va y viene desde su singularidad hasta su pluralidad.

Un hombre es la suma del vigor de todos los hombres, que cuando cambia en su esencia se producen interacciones sinérgicas que lo conectan con el resto de la humanidad, impulsándolo al bien común, estimulándolo a reconocer en el otro lo que tanto desea para sí mismo, tanto en su intimidad como en lo social y profesional.

## ABORDAJE EPISTÉMICO-LITERARIO DEL ENSAYO

Se emplea el ensayo como composición breve para describir la introspección de los autores sobre elementos intervinientes en el fenómeno de estudio; entrelazado con la complejidad como paradigma científico, desde el cual el conocimiento se interpreta como un conjunto dinámico y en crecimiento, en el que cada vez que se aprende, se emprende el recorrido para conocer usando el método como estrategia el desembocará en una reinterpretación aproximada del fenómeno-situación de análisis.

En este ensayo empleando como apertura del género literario científico, los autores invitan a los lectores a sumergirse en la calidez del escrito afectivo desde el saber-hacer del profesional médico y en general de los cuidadores de la salud, como personal de enfermería, bioanalistas, citotecnólogos, histotecnólogos, imagenólogos, entre otros; conservando como norte el razonamiento a través de la lógica configuracional propuesta desde la Complejidad con estructura de soporte epistémico, en el que durante su proceso de ideación emergen constructos únicos, que fluyen desde el pensamiento crítico hacia el amplio horizonte de noveles proposiciones transformadoras.

Se expresa en el escrito la comprensión del universo con intercambios degradables y regenerativos entre caos y orden de carácter auto-eco-organización, en el que sujeto y objeto son partes inseparables en la relación microcosmo-macrocosmo-ecosistema;

entonces, este hombre nuevo estará en capacidad de crear e innovar, de reinventarse y autoevaluarse a través del autoconocimiento, la autorreflexión y sobretodo la autogestión de la información hacia el saber, dando respuestas que se cruzan en su viaje con la poesía de la utopía en ese espacio añorado en la búsqueda de la verdad, que va desde la ética y la bioética nos llevaran hasta la buena vida, valiosa, digna de ser vivida y compartida.

## RELEXIÓN DEL RELATO

En nuestros días está en juego el ethos vital. Es decir, la malla humana tejida con valores morales que hacen posible la supervivencia exitosa de nuestra especie y del hábitat. El ethos es la decantación en el tiempo y en el espacio de los principios que inspiran las metas razonables del comportamiento del Homo sapiens, para vivir con dignidad.

Toda cultura, todo pueblo, toda persona construye históricamente su ethos vital, con el cual avanza o retrocede en el proceso de humanización, en coherencia con la conciencia que tenga de dignidad, para dotarse de sentido existencial y aspirar a vivir con dignidad. Todo esto brota del corazón y de la inteligencia humana como exigencia moral individual que se comparte socialmente (1).

La vida, en todas sus manifestaciones, es anterioridad fundante y articulante de todo lo que podamos hacer y decir sobre ella, por eso sus cuidadores, extendiéndose a todos los que se esmeran incansablemente por salvaguardar la herencia biótica del planeta, debe colaborar armónicamente como toda una sinfónica magistral, en el que aunque cada instrumento puede sonar graciosamente e independiente, solo en la armonía del conjunto y en el entrecruce de su variedad de sonidos, es como podrá disfrutar de la exquisitez de su música- vida-salud, por eso el relato presta el pentagrama y la batuta que dirige tal hazaña estará representada en la bioética, en su carácter complejo. Llamamos Bioética a la reflexión transdisciplinaria que se ocupa de hacer juicios de valor moral sobre el cuidado de la vida toda de nuestro planeta, alzando su voz en el concierto de los saberes interdisciplinarios contemporáneos, tanto como justificación racional del quehacer humano en el mundo, como también de un servicio especializado de reconocimiento, protección, restauración y

conservación de la vida en todos sus niveles, en los que intervendrán los profesionales de la salud (1, 3, 5, 6).

La propuesta global de Potter fue bien acogida por diversas áreas del conocimiento y campos de la sociedad, al mismo tiempo que el término fue ganando una creciente aceptación y se fue instalando como parte de un lenguaje común. Así, distintas disciplinas acogieron el término para incorporar en él su propia conceptualización o entendimiento del mismo. Tal vez la más destacada de ellas ha sido la medicina en su intento por adecuar la ética médica tradicional a las situaciones complejas que le han provocado las nuevas tecnologías (1, 6, 12-14).

## APRENDIZAJE CONFIGURACIONAL

El profesional de la salud debe prepararse para convertirse en un fuerza relacional, integradora y proyectiva, con profunda conciencia cósmica de sí mismo y del universo que le rodea, fundamentado en la valoración, el cuidado y promoción de la vida, como expresión de la inteligencia ética organizacional de la universidad e instituciones de formación académica, la cual debe estar orientada a: 1) innovar en la búsqueda de lo nuevo valioso, 2) a ser pertinente tomando acciones ejecutivas y gerenciales sobre problemas reales, 3) como expresión del ser responsable, haciéndose cargo de su actuar e intervenir propositivamente en el accionar de todo su conjunto.

Se propone como reto del siglo naciente que el profesional de atención en salud sea inteligente responsablemente, ya que, esta constituye una obligación legal, asumida como una ventaja competitiva que le confiere prestigio, valor y le hará ganar la confianza entre sus pares y la fidelidad de aquellos a quien sirve, es una decisión tomada desde el convencimiento y la vocación que le servirán como anclaje de orientación y autorregulación, empleando el pensamiento crítico, la reflexión y la creatividad, para integrar acciones hacia lo bueno.

La bioética desde sus fundamentos nacientes propuestos por Jahr y Potter orientan a los cuidadores de la vida hacia un accionar humanístico, comprometido y prudente en el ejercicio de la beneficencia, en el resguardo de la autonomía del hombre, con la distribución equitativa y justa de los recursos, evitando el mayor

riesgo y la generación de daño posible (1, 6, 12). Este profesional debe actuar con la mirada puesta en el resultado valioso, para reaprender en cada proceso, aspirando al logro del cuidar siendo eficiente, eficaz y respetando el principio precautorio ante los dilemas en el proceso salud-vida- enfermedad-muerte.

Las universidades deben transformarse en fuentes innovadoras del crecimiento responsable, empleando el aprendizaje organizacional y la organización de calidad, aprendiendo técnica y éticamente, con base a su construcción como comunidad de personas que avanzan mejorando la convivencia (interna-externa) a través del compartir de valores e intereses comunes, poniendo en práctica todas las herramientas que fortalezcan la armonía de la labor compartida y comprometida en equipo, cuyo fin superlativo sea la realización del bien común sustentado en el proceso y desarrollo exponencial de cada individuo para toda la humanidad, en multiplicidad de contextos culturales intercurrentes con nociones para el cuidado sustentable del ambiente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cely G. Ethos vital y dignidad humana. Primera Edición. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Bogotá. 2004.
2. Soares A. Bioética y trascendencia: la perspectiva cristiana en el mundo secular. Vida y ética. 2009; 10 (1). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/bioetica-trascendencia.pdf>
3. Cely G. Bioética: humanismo científico emergente. Primera edición. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Bogotá. 2005.
4. Código de deontología médica. Aprobado en CXXXIX Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. 18 y 19 de Octubre de 2003.
5. Lolas F. Bioethics and animal research: a personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. Biological Research 2008; 41(1):119-123. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo>.
6. Hans-Martin S. Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. Kennedy Inst Ethics J 2007 17(4):279-295.
7. Aguirre-Gas H. Principios éticos de la práctica médica. Cir Ciruj 2004; 72:503-510.
8. Vidal S. Introducción General a la Bioética Clínica y Social: Bioética y derechos humanos. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.
9. Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. PROGRAMA CITI. Disponible en: [www.citiprogram.org](http://www.citiprogram.org). 2008.
10. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
11. Garrafa V. Análisis crítico y propuestas para un estatuto epistemológico de una bioética latinoamericana: bioética y derechos humanos. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.
12. Potter V. Bioethics Bridge to the future. Prentice Hall Biological Science Series Editor. New Jersey. 1971.
13. Castillo A. Bioética. Editorial Disinlimed. Caracas. 2006.
14. Vidal S. Una propuesta educativa para América Latina. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.

## ESCABIOSIS COMO ENFERMEDAD REEMERGENTE: DESDE LA MIRADA DE LA BIOÉTICA SOCIAL

**Maribel Bont, Yelitza Rocca, Yelitza Dama, José Cordero,  
Oriana Pianerosi, José Ramírez, Ignacio Poggioli**

**RESUMEN:** La escabiosis es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, que es un arácnido del orden Acarino, de la familia Trombididae. *S. scabiei* puede ocasionar afección en 40 especies de animales, incluyendo al hombre, tiene distribución mundial, su prevalencia real se desconoce, pero se sabe que está aumentando desde finales del siglo pasado, se estima una prevalencia global de 300 millones de afectados en todo el mundo, convirtiéndose en un auténtico problema de salud pública. Considerada actualmente como una patología cutánea reemergente constituye una de las primeras causas de consulta dermatológica y pediátrica en Valencia estado Carabobo-Venezuela. Es una enfermedad infecciosa transmitida por contacto directo y por lo tanto estrechamente vinculada con el hacinamiento, la desnutrición, la promiscuidad y la pobreza; sin embargo, no es un reflejo absoluto de la mala higiene personal, la cual si determina la evolución y resolución de la enfermedad, así como la coexistencia con otras afecciones sistémicas, presentando así una amplia variedad de manifestaciones clínicas que conjugadas con el grupo de edad determinan su clasificación. Desde el pensamiento complejo el conocer científico rescata la búsqueda de percibir con los sentidos y la mente, se pretende aprender internalizando el análisis clínico individual de cada caso al todo como conjunto, integrándolo al contexto social nacional, en el que emergen el desabastecimiento y encarecimiento de alimentos, medicamentos y productos de limpieza como elementos determinantes en el compromiso del enfermo en su proceso salud-enfermedad; en la triangulación conceptual de la entrevista médica el temor al rechazo y el estigma peyorativo que aún rodea socialmente a la escabiosis desaniman la búsqueda de ayuda médica especializada, declarando un profundo sentimiento de desesperación e inconformidad ante la políticas públicas de salud del Estado venezolano, como garante de vida y bienestar de sus ciudadanos tal cual se plantea desde la bioética social.

**Palabras Clave:** Escabiosis, complejidad, bioética social, enfermedades reemergentes.

### INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una enfermedad de distribución mundial, cuya prevalencia real se desconoce, pero se sabe que está aumentando desde 1977. En recientes publicaciones se estima una prevalencia

global de 300 millones de afectados en todo el mundo, tratándose de un auténtico problema de salud pública (1) y considerada actualmente como una patología infecciosa cutánea reemergente relacionada con circunstancias como la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, la promiscuidad sexual y las malas condiciones higiénicas, porque la incidencia y la prevalencia de esta infestación aumentan claramente si aparecen estos factores de riesgo. Algunos autores la incluyen como una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes padecidas por la población indigente de las grandes ciudades (1, 2).

La transmisión suele ser directa por contacto estrecho, muchas veces sexual, pero también se han visto casos de contacto casual, como en el personal que atiende a estos pacientes, esto obedece a que puede contagiarse indirectamente a través de ropa de cama o de toallas, peines, cepillos entre otros. Investigadores Iberoamericanos la consideran una Infección de Transmisión Sexual (ITS) porque se transmite por contacto humano estrecho, ya que, el ácaro no sobrevive fuera de su hospedador, a temperatura ambiente, más de 24-36 horas además de haberse documentado la asociación de escabiosis con otras ITS; de hecho, autores ingleses aconsejan la pesquisa de otras ITS en pacientes con este diagnóstico (1).

Por otra parte, evaluaciones epidemiológicas realizadas en Australia reportaron que la escabiosis no debe necesariamente ser catalogada como una enfermedad transmitida sexualmente; la escabiosis se disemina en hogares, escuelas de educación primaria y en centros de régimen de internamiento (cuarteles, colegios de internado), en donde es alta la frecuencia por contacto personal o el compartir objetos (fómites). La transmisión por fómites es un factor de mayor importancia en hogares y nosocomios por lo que es necesario involucrar a todos sus miembros en la terapéutica y extremar las medidas higiénicas; recomendándose, además el tratamiento profiláctico en la familia y de aquellos que tuvieron contacto físico con el paciente (3).

Es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, que es un arácnido del orden acarino, de la familia Trombididae; estrechamente vinculada con el hacinamiento y la pobreza; no constituye un reflejo de mala higiene personal, la cual si determina la evolución y resolución de la enfermedad, así como la desnutrición, la promiscuidad y la coexistencia con otras afecciones sistémicas (4).

*Sarcoptes scabiei* puede ocasionar afección en 40 especies de

animales, incluyendo al hombre; en relación a su etiopatogenia el ciclo biológico completo se realiza en la piel del hospedador humano en un plazo de 1 a 3 semanas. Se desarrolla por metamorfosis incompleta que contempla tres estadios ninfales: ninfas hexapodas, ninfas del 1er y 2do estadio octopodal, luego de la cópula el macho muere y la hembra se dedica a poner 1 ó 2 huevos diariamente, alcanzando unos 50 a 80 en todo su período de vida que es de 30 a 40 días.

El ciclo vital dura 18-20 días, en los que la hembra labra los túneles en el estrato córneo de la epidermis; la copulación ocurre en la zona más superficial, entonces la hembra deposita dentro los huevos y a las 5 semanas muere una vez finalizada la puesta (1).

Las manifestaciones clínicas son amplias, variadas y complejas en tanto la edad, género, tiempo de evolución y condición de salud del paciente, así se clasifica en: la escabiosis de lactantes, niños, adultos, ancianos, personas limpias, variedad nodular e incógnita, sarna noruega, así como la transmitida por animales (5).

Clínicamente se caracteriza por ser una dermatosis generalizada a predominio de áreas flexurales del tronco y miembros, lesiones primarias tipo pápulas y vesículas, con otras secundarias como pústulas, excoriaciones, nódulos o verdaderos eccemas que pueden llegar a la impetigización. El prurito intenso a predominio nocturno como síntoma cardinal, afecta las zonas de lesión y espacios interdigitales, muñecas, pliegues antebraquiales, axilas y región genital.

Es precisamente en lo variopinto de la caracterización clínica de esta parasitosis cutánea, en su reemergencia y en los factores determinantes que favorecen su aparición, evolución y resolución que se justifica retomar su análisis, desde la disertación hermenéutica se pretende la reinterpretación de una problemática que nos sumerge en lo más íntimo de una fractura socio-económica, afectando niños, adultos de escasos recursos económicos y ancianos como grupos vulnerables, en patologías otrora controladas, requiriendo incluso hospitalización de emergencia en centros de atención terciaria en salud.

En una sociedad del conocimiento globalizada, en donde los nuevos saberes abren paso a los principios bioéticos, a la innovación de las perspectivas investigativas y los avances tecnocientíficos, se propone la reinterpretación social y la significancia que tiene para los pacientes y sus familiares el padecer enfermedades que culturalmente tienen un concepción despreciativa, la bioética social

aspira a la distribución equitativa de los recursos y servicios de salud a nivel nacional, de la idea expuesta de una democracia deliberativa se desprende la necesidad de que, en la salud más que en otros ámbitos, haya una real participación de la ciudadanía en el debate sobre los temas que los afectan.

## ABORDAJE EPISTÉMICO

El sentido que guía el análisis reflexivo de esta revisión a propósito de casos clínicos sobre escabiosis, parte como fundamento epistémico del pensamiento complejo, en el que se justifica el conocimiento científico entrelazado con otros elementos además de la razón; como lo son el espíritu y la mente, en un intento por sumergirse en el sentido humano de una “ciencia con conciencia”, validándose y haciéndose única y particular.

La ciencia apoyada en el pensamiento complejo, se examina en cuanto a su aporte a la vida y a la convivencia de los hombres con toda la tierra como conjunto viviente. Se distingue por su contribución a construir lo humano, en un máximo respeto a la dignidad, la libertad de las personas y el mundo vital que las rodea (6, 7).

Este pensamiento científico retoma el lenguaje del saber ético y bioético, ya que, si bien encuentra su sede en la razón, busca que el aporte de la inteligencia se interese en lo que define al ser humano, en el que el lenguaje científico, se adaptará al momento de expresión cualitativo de reinterpretación hermenéutica (6-8).

El producto final, emerge de la triangulación de los diferentes enfoques que intervienen, se conjugan y se entrelazan en la interpretación de la nueva realidad, para la construcción de las aproximaciones teóricas que brindaran una estructura conceptual genuina derivada de los casos clínicos dermatológicos analizados.

Los casos son el producto de la asistencia médica privada, para los cuales se solicitó el consentimiento informado subrogado a los padres de los 3 menores de edad, representados por 1 lactante menor y 2 lactantes mayores; 2 masculinos y 1 femenino; junto con el consentimiento libre e informado de la paciente adulta. La entrevista clínica fue realizada por personal especializado en Dermatología y Pediatría con 4 encuentros de aproximadamente 1 hora, dirigidos por el especialista usando como fuente de recolección de datos la Historia

Clínica Dermatológica Pediátrica diseñada por los investigadores para tal fin, en la que se compilan de forma organizada y detallada todos los datos clínicos- epidemiológicos concernientes, tanto de los menores como de sus representantes, a quienes se informa en lenguaje llano el fin secundario investigativo del registro médico, consintiendo de manera autónoma y deliberada entre ambos padres en la participación y uso de los datos e imágenes iconográficas en el proyecto de investigación.

Ya no se trata exclusivamente de interpretar la vivencia del que padece una enfermedad a través de una especie de intuición psíquica, sino de recuperar la comprensión del mundo del paciente, y aún superarla por medio de la reflexión. El diálogo, en este contexto, se entiende como un proceso interactivo mediado por el lenguaje.

## PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

### Caso Clínico N° 1

Se evalúa lactante menor de mes y 28 días de nacido, natural y procedente de Pira-Pira estado Carabobo, quien es traído por sus representantes por presentar: dermatosis de 1 mes de evolución de carácter progresivo, universal, que afecta cuero cabelludo, rostro, tronco anterior y posterior, región inguinal, miembros superiores e inferiores, así como región palmo-plantar, bilateral no simétrica, caracterizada por incontables pápulas con tendencia a confluir formando nódulos que varían en tamaño desde los 0,2 milímetros hasta 1,5 centímetros, la mayoría de forma circular, de superficie eccematosa, bordes inflamatorios, unos de color rojizo y otros exhiben una coloración francamente violácea.

La madre refiere haberle llevado a Centro de Diagnóstico Integral, donde le indican tratamiento oral y tópico hace aproximadamente 15 días, luego de la aplicación de lociones azufradas durante 3 días, las lesiones se hacen mayor en número y tamaño, se intensifica el picor y llanto del menor, motivo por el cual es referido por un familiar a esta consulta. Durante la realización del interrogatorio la madre refiere que viven en la casa de los abuelos de menor, que la abuela lo cuida y que ella trabaja todo el día.

### Caso Clínico N° 2

Se trata de lactante mayor masculino de 1 años y 1 mes de nacido,

natural y procedente de San Joaquín estado Carabobo, quien es traído por su madre presentando: dermatosis universal, progresiva, de 6 meses de evolución, caracterizada por pápulas y pústulas múltiples de distribución asimétrica a predominio de cuero cabelludo, en áreas flexurales de miembros superiores e inferiores, parte baja del tronco, región del pañal, así como región palmar y plantar; asociado a prurito intenso, que se exacerba con el calor o la sudoración y por la noches, interrumpiendo el sueño ocasionándole irritabilidad, llanto y pérdida del apetito. Debido al escaso poder adquisitivo de la madre, deciden hacerle baños con extractos de plantas, durante 5 días aproximadamente, al no ver mejoría mezclan azufre en polvo y aceite de coco y se lo colocan en las noches, lo cual empeora el cuadro clínico, aumenta la irritabilidad y el llanto, con deterioro del peso y la vitalidad de niño; posteriormente, lo llevan a facultativo de Centro Diagnóstico Integral el cual le indica antibióticos y cremas de uso tópico, las cuales no puede conseguir y no se las aplica.

El cuadro clínico sigue progresando, empeorando progresivamente con pérdida de 3 kilos peso, hipertermia no cuantificada que solo se resuelve con la administración de medicación oral; el llanto persistente y el estado de deterioro general del paciente se incrementa, motivo por el cual un familiar asume los costos de la consulta privada y es traído a este centro.

### **Caso Clínico N° 3**

Se trata de lactante mayor femenino de 1 año 5 meses de edad, natural y procedente de Tocuyito estado Carabobo, quien es traída por sus representantes por presentar: dermatosis caracterizada por la presencia de numerosas pápulas, vesículas y pústulas distribuidas de forma irregular en todo el cuerpo, conjuntamente se aprecian grandes placas eritematosas con delgadas escamas blanquecinas sobre su superficie, localizadas en pliegue del cuello y parte superior de tronco anterior y posterior, así como en la zona media y baja de la espalda.

La madre refiere que la menor inicia su enfermedad actual hace aproximadamente 2 meses al mismo tiempo que todos los miembros de la familia de su madre, que es quien la cuida; motivo por el cual la abuela acude a Centro Diagnóstico Integral y le indican azufre con aceite de comer antes de acostarse por 15 días; al no ver mejoría la bañan con agua de pata de ratón, en las noches le

aplican alcohol para calmarle el prurito feroz que no la deja dormir desde hace 2 semanas.

Ambos padres acuden a la consulta y refieren no presentar prurito ni lesiones, preocupados se cuestionan porque la niña está tan mal, si ellos no tienen nada, además refieren que en un principio cuando la niña enfermó y ellos sintieron algunas molestias se automedicaron con esteroides tópicos de alta potencia.

### **Caso Clínico N° 4**

Se evalúa paciente femenino de 39 años natural del estado Lara y procedente del municipio Libertador, estado Carabobo, portadora de mononucleosis por Epstein Barr, Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia E y Pseudoacantosis Nigricans desde el 2014. Acude con: dermatosis pruriginosa de 4 meses de evolución localizada en antepliegues de muñecas, antebrazos, región axilar, cintura abdominal y entrepierna, en las que se aprecian lesiones de rascado intenso con puntillado sanguinolento, dejando zonas de excoriación a predominio de la región inguinal tomando la zona vulvar hasta la sínfisis púbica con liquenificación, cambios en la textura con resequedad, dolor al tacto y coloración marrón negruzco asociada a prurito intenso que se hace insoportable de noche y en las madrugadas. La paciente refiere estar usando esteroides tópicos de alta intensidad por indicación de médicos extranjeros en Centro Diagnóstico Integral, aplicándose cremas mentoladas antes de acostarse para aliviar el picor y lavarse 3 veces al día con agua caliente. En vista de la evolución tórpida de las lesiones, la paciente acude a consulta privada, donde al final manifiesta que por abandono de su esposo no cuenta con el recurso económico para cancelar ni para comprar el tratamiento indicado.

## **REFLEXIÓN DE LA SITUACIÓN EN ESTUDIO**

Considerada actualmente como una patología cutánea reemergente la escabiosis constituye una de las primeras causas de consultas dermatológicas y pediátricas del estado Carabobo; es así como, para julio y octubre del 2016 ingresaron 13 pacientes con diagnóstico de escabiosis impetiginizada al Servicio de Emergencia Pediátrica "Dr. Jorge Lizárraga" de la Ciudad Hospitalaria "Dr.

Enrique Tejera” en Valencia, el cual es un centro asistencial médico de referencia para la región central del país.

Se hospitalizaron 5 pacientes del género masculino y 8 del femenino; 8 lactantes con edades comprendidas entre 1 mes y 11 meses; así mismo, dos preescolares de 2 y 4 años respectivamente y dos escolares ambos con 7 años. Todos tenían asociado sobreinfección bacteriana y desnutrición de leve a moderada. Diariamente se atienden de 5 a 6 pacientes con escabiosis por el servicio de emergencia. Se revisan los ingresos por esta causa de enero a octubre del 2016, observándose un incremento del doble de los pacientes con relación al 2015, con un total de 41 pacientes admitidos: 22 masculinos, 19 femeninos; cuya distribución por edad fueron: 0 recién nacidos, 32 lactantes, 5 preescolares y 4 escolares (9).

Las manifestaciones clínicas y los signos patognomónicos presentes en los casos analizados se corresponden con aquellos descritos en la literatura (1,2, 4, 5, 10). Observándose una amplia brecha en el abordaje terapéutico y por lo tanto en su evolución y resolución; los pacientes resienten no conseguir los medicamentos indicados, desesperación por la situación de carestía económica que los afecta con poca posibilidad de conseguir alimentos y productos de limpieza para cumplir con las sugerencias sanitarias propias de esta enfermedad que se deben extender a todos los miembros que conviven en el hogar (1, 3, 4).

Tanto en niños como en adultos la tendencia es hacia la automedicación con plantas y aplicación de productos en la superficie corporal, cuyos efectos adversos complican y agravan la patología preexistente generando mayores gastos e incluso la reclusión hospitalaria, lo que incrementa el gasto de los recursos del Estado, en situaciones que perfectamente podrían ser manejadas en ambulatorio con controles sucesivos. Queda en evidencia la precariedad de los recursos sanitarios para responder a las necesidades de control, prevención, tratamiento eficaz y oportuno en enfermedades infectocontagiosas cutáneas, como la escabiosis, como lo establece la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela a cada miembro de esta sociedad contemporánea. La bioética de la responsabilidad pública, refrenda el respecto al papel y a los deberes de los Estados democráticos frente a la salud y a la vida de las personas.

## VISIÓN REINTEGRADORA

Enfermedades como la escabiosis y otras ectoparasitosis cutáneas siguen siendo la expresión en comunión de factores predisponentes como la pobreza, desnutrición, el hacinamiento y las malas condiciones de higiene y salud de la población, tienen una connotación social peyorativa y los que la sufren tienen temor al diagnóstico médico por rechazo y discriminación social, por lo que tardan en buscar asistencia médica calificada y recurren a la automedicación, lo que complica y dificulta la evaluación oportuna, favoreciendo la propagación de la infestación en seres humanos y animales.

La falta de preparación del facultativo no egresado de las Instituciones Universitarias Autónomas dificulta y retarda el tratamiento eficaz y el restablecimiento precoz del paciente, que finalmente al requerir hospitalización aumenta los gastos al propio paciente que debe conseguir todos sus insumos, así como a la institución que ocupa su recurso humano, también vulnerable de contagiarse, y los escasos insumos disponibles.

América Latina está consolidando una bioética multifacética y comprometida, que se afina en lo alcanzado en el ámbito de la biomedicina y emprende nuevos caminos, comprometida y crítica, afrontando los retos teóricos y prácticos de pensar los dilemas emergentes. En Venezuela desde sus máximas casas de estudio se gesta, se promueve y se crece en la comprensión desde la complejidad como perspectiva investigativa en la autoreorganización de la realidad, generando profesionales competentes, resilientes y capacitados para recuperarse frente a la adversidad, proyectándonos al mejor futuro por venir (7, 11).

De este modo se intenta apostar a la construcción de una bioética social, capaz de incluir en su análisis tanto a la clínica como mirada singular del ser humano, como a la epidemiología con su perspectiva social y la dimensión planetaria también llamada global, integrando el conjunto de saberes que se ocupan de este campo. En su esencia dialógica, la bioética busca renovar los compromisos ante una sociedad que tropezando sobre su andar, recae ante patologías que reemergen para recordar que la salud debe ser siempre atendida con esmero y dedicación desde los fundamentos de las políticas públicas en salud, hasta el contacto cálido y esmerado con los que

sufren, especialmente con sus grupos más vulnerados.

El Estado debe promover el ejercicio del derecho a la salud, asegurando su efectivo cumplimiento, en su expresión práctica, con accesibilidad a los servicios de atención sanitaria y no como mero enunciado teórico que, en las situaciones prácticas no se efectiviza.

## REFERENCIALES TEÓRICOS

1. Campillos M, Causín S, Duro E, Agudo S, Martínez O, Ramírez, Sánchez J. Escabiosis: revisión y actualización. MEDIFAM 2002; 12: 442-452
2. Raoult D, Foucault C, Brouqui P. Infections in the homeless. Lancet Infect Dis 2001; 1 (2):77-84.
3. Burkhart C, Burkhart C, Burkhart K. An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies. Cutis 2000; 65: 233-240.
4. McCarthy J, Kemp D, Walton S, Currie B. Scabies: more than just an irritation. Postgrad Med J 2004; 80:382-387.
5. Arenas R. Dermatología, atlas diagnóstico y tratamiento. 4ta edición. McGraw Hill México. 2009.
6. Morín E. La Epistemología de la Complejidad. Gaceta de Antropología 2004; 20:2-20.
7. Garrafa V. Análisis crítico y propuestas para un estatuto epistemológico de una Bioética Latinoamericana: Bioética y derechos humanos. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.
8. Cely G. Bioética: humanismo científico emergente. Primera Edición. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Bogotá. 2005.
9. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Registro de historias clínicas y estadísticas. Base de datos primaria abierta. Valencia estado Carabobo. 2016.
10. Freedberg E, Eisen A, Wolff K, Austen K, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick T. Dermatology in General Medicine. Quinta edición international. McGraw-Hill. New York. 1999.
11. Vidal S. Introducción general a la bioética clínica y social: Bioética y derechos humanos. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.

## LIQUEN PLANO PILAR UNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE DEJA HUELLAS: APROXIMACIÓN COMPLEJA EN LA BIOÉTICA CLÍNICA

**Maribel Bont, Gisela Sosa, Lidimar Perfetti, Luis Quintero, Angie Pérez, Nahiangelys Peroza**

**RESUMEN:** El Liquen plano pilar representa una patología desafiante tanto para el diagnóstico médico como para su tratamiento, pertenece al grupo de las alopecias cicatriciales con destrucción permanente y desfigurante de los múltiples folículo pilos afectos, dejando huellas indelebiles en las áreas cutáneas pilosas del paciente. Es una dermatosis clasificada como primaria o de etiología asociada a una respuesta inmunológica desorganizada, de carácter crónico, progresivo que afecta predominantemente tronco anterior y posterior y la porción proximal de miembros superiores e inferiores La evolución de esta enfermedad es impredecible. Algunas variantes del LPP presentan similitudes clínicas que dificultan el diagnóstico, lo que hace en muchos casos necesaria la práctica de una o más biopsias cutáneas. En el manejo de estas entidades es necesario un diagnóstico preciso de forma precoz y un tratamiento agresivo en algunos casos, con objeto de evitar la destrucción folicular y el desarrollo de una alopecia cicatricial deformante. Buscar las formas de abordaje entre la ciencia y lo humano para las enfermedades crónicas que a su vez se agravan con el pasar del tiempo, constituyen un reto en la sostenibilidad de la interacción personal de salud-paciente-familiares; el análisis del microcosmos del paciente permite definir sus normas sobre la construcción de su proceso salud-enfermedad, de cuya sub- dimensión se reconoce la importancia de ayudar al enfermo a interpretar su padecimiento como parte de su proyecto de vida, guiándolo en el manejo de sus emociones, basados en las nociones sobre su calidad y modo de vida. Ante la imposibilidad de curar, se impone el acompañamiento del paciente para ayudarlo a enfrentar el temor y las complicaciones de su enfermedad, desarrollar empatía y sentimientos de solidaridad le brindaran confianza y permitirán un abordaje desde lo humano a lo tecnocientífico en el desempeño del profesional de salud, respetando la autonomía como principio bioético.

**Palabras Clave:** Liquen plano pilar, bioética clínica, complejidad, autonomía.

## PUESTA EN CONTEXTO

El Liquen Plano Pilar (LPP), también conocido como liquen folicular o liquen plano folicular, es un trastorno inflamatorio linfocítico crónico

que afecta selectivamente al folículo piloso y puede causar alopecia cicatricial. Es un proceso poco frecuente descrito inicialmente por Pringle en 1895 y actualmente es considerado como la causa más frecuente de alopecia cicatricial primaria del adulto. Es una enfermedad cuya etiopatogenia aún es desconocida, siendo la causa autoinmune la teoría más aceptada. Predomina en mujeres (60-90%) entre los 40 y 60 años, siendo muy poco frecuente en hombres (1, 2).

El LPP se subdivide clásicamente en 3 variantes clínicas: el LPP clásico, la Alopecia Frontal Fibrosante (AFF) y el Síndrome Graham-Little-Piccardi-Lassueur. Es una dermatosis clasificada como una alopecia cicatricial de etiología desconocida o primaria, de carácter crónico, progresivo que afecta predominantemente tronco anterior y posterior y la porción proximal de miembros superiores e inferiores. La evolución de esta enfermedad es completamente impredecible, no habiendo estudios a largo plazo que proporcionen una respuesta acerca de su duración (2).

### **Alopecias cicatriciales primarias (ACP)**

Las ACP representan alrededor del 3% del total de alopecias que se ven en un servicio de dermatología a nivel mundial, aunque no se conoce con exactitud su epidemiología entre la población general. Se han propuesto distintas clasificaciones para las ACP. Actualmente se clasifican según la celularidad del infiltrado inflamatorio en: linfocíticas, neutrofílicas y mixtas. Se constituyen en un grupo de trastornos que dan lugar a una pérdida permanente de cabello como consecuencia de diversos procesos, algunas presentan similitudes clínicas que dificultan el diagnóstico, lo que hace en muchos casos necesaria la práctica de una o más biopsias cutáneas. En el manejo de estas entidades es necesario un diagnóstico preciso de forma precoz y un tratamiento agresivo en algunos casos, con objeto de evitar la destrucción folicular y el desarrollo de una alopecia cicatricial (3).

### **Patogenia**

En estudios recientes se ha comprobado que la diana del proceso patogénico son las células madre del promontorio folicular, de las vainas del pelo y del infundíbulo folicular. En condiciones normales,

las células madre del epitelio del folículo piloso parecen gozar de cierta protección autoinmunitaria, al estar ubicadas en un nicho inmunológicamente privilegiado. En algunas de las formas de ACP, como el LPP esta protección podría colapsarse (2, 3).

### **Clínica**

Las placas alopécicas acostumbran a ser asintomáticas y se expanden lentamente, aunque en algunos casos progresan con más rapidez y causan prurito, quemazón y dolor. La pérdida del cabello es irreversible. En el centro de las placas se observa desaparición de la cuadrícula cutánea y de los orificios foliculares, mientras que, en la periferia se aprecia hiperqueratosis folicular y eritema perifolicular. Los bordes de las placas están mal delimitados y la superficie es lisa, no descamativa. En otros casos puede haber inflamación evidente e incluso supuración, en especial en las formas neutrofílicas (2, 3).

El LPP clásico suele comprometer el cuero cabelludo, especialmente el vértice, con lesiones que inicialmente se caracterizan por un eritema violáceo folicular y tapones queratósicos acuminados. Después de la inflamación, que tiende a resolverse espontáneamente, y la caída del pelo, quedan cicatrices atróficas que carecen de orificios foliculares, las cuales sustituyen a todas las lesiones provocando una pérdida de pelo irreversible; esta es la etapa final característica de toda alopecia cicatricial. Las lesiones también pueden estar presentes en otras áreas del cuerpo, como en la cara, con predominio en las cejas, barba, piernas, brazos, axilas y región púbica. Puede ser de curso muy activo y extenso, con una prueba de tracción pilar positiva en anágeno comúnmente presente en el margen de la alopecia, o de evolución lenta, con un ensayo de tracción pilar negativo. Es importante señalar que paralelamente a la atrofia no se desarrollan cambios de coloración, telangiectasias o descamación importantes (1, 4, 5).

### **Histopatología**

Para confirmar el diagnóstico y clasificar adecuadamente las ACP se recomienda realizar una biopsia para tinción con hematoxilina-eosina, orientada paralelamente al tallo del pelo para evitar que el corte lo atraviese. El lugar elegido para realizar la biopsia cutánea

es fundamental; también resulta crucial el estadio evolutivo de la lesión analizada, siendo preferible escoger una lesión temprana con signos de actividad. En caso de obtener una sola biopsia cutánea, se recomienda realizar el examen histológico de cortes transversales. Lo deseable sería tomar 2 biopsias, con el fin de analizar simultáneamente cortes transversales y verticales. En algunos casos, las tinciones de elastina (Verhoeff-van Gieson) son útiles para confirmar la presencia de cicatriz y para diferenciar lesiones tardías. En un estudio sobre 136 biopsias de alopecias cicatriciales del cuero cabelludo, el diagnóstico más frecuente fue el liquen plano pilar (26%), seguido de lupus eritematoso cutáneo crónico (21%) y foliculitis decalvans (20%); 10% de los casos fueron diagnosticados de pseudopelada de Brocq (PPB) (3, 4).

## ABORDAJE EPISTÉMICO

La innovación y recreación del saber habrá de sustentarse en paradigmas que por su amplitud y dinamismo permitan la aproximación a la realidad conjugando perspectivas y lenguajes investigativos. Aprender la realidad desde la autonomía auto-organizacional y del principio dialógico de la complejidad tiene sentido en la dinámica interactiva y recurrente de la interacción médico-paciente-familiar; este principio ayuda a pensar en unos mismos espacios mentales lógicos que se complementan y se excluyen. Es a través de esta nueva comprensión del proceso salud-enfermedad como la sociedad del saber puede empezar a aceptar los fenómenos crónicos que vulneran progresivamente la vida del hombre en asociación compleja de instancias necesarias, conjuntamente obligatorias para la existencia, para el funcionamiento y el desarrollo de la manifestación organizada de una patología (6, 7).

Desde los principios "hologramáticos y recuersivos" del pensamiento complejo se puede ensayar una empatía profunda y honesta de la vivencia del otro, de sentir su angustia con el fin de comprender su padecer y la multidimensional que converge en la disfunción. El sentido que guía el análisis reflexivo de esta revisión a propósito del caso clínico sobre LPP, parte como fundamento epistémico del pensamiento complejo, examinándose en cuanto a su aporte a la vida y a la interconexión de los noemas

del microcosmos del paciente con sus noesis en tanto reflejan su realidad macrocósmica. Se distingue por su contribución a construir lo humano, en un máximo respeto a la dignidad, la libertad de las personas y el mundo vital que las rodea (6-8).

Este pensamiento científico retoma el lenguaje del saber ético y bioético, ya que, si bien encuentra su sede en la razón, busca que el aporte de la inteligencia se interese en lo que define al ser humano, en el que el lenguaje científico, se adaptará al momento de expresión cualitativo de reinterpretación hermenéutica (8-10).

El producto final, emerge de la triangulación de los diferentes enfoques que intervienen, se conjugan y se entrelazan en la interpretación de la nueva realidad, para la construcción de las aproximaciones teóricas que brindaran una estructura conceptual genuina derivada de este proceso interpretativo. El caso se registra bajo el consentimiento informado autónomo del paciente, a través de múltiples entrevistas clínicas realizadas por una experta en dermatología, donde se compilan de forma organizada y detallada todos los datos epidemiológicos, clínicos, paraclínicos e histopatológicos, así como las imágenes iconográficas empleadas en el estudio en la consideración de los principios que fundamentan la bioética clínica (9).

## PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

### Caso Clínico N° 1

Se evalúa paciente masculino de 32 años de edad, natural y procedente del estado Carabobo, portador de mononucleosis a Epstein Barr y Citomegalovirus desde hace aproximadamente 12 años cuando comienza a presentar dermatosis generalizada a predominio de cuero cabelludo, tronco anterior y posterior, parte proximal de miembros superiores e inferiores; caracterizada por micropápulas de 0,2 centímetros y pápulas de hasta 1 centímetro, que se cuentan en centenas afectando visiblemente cada unidad sebofolicular, de bordes redondeados, superficie cupuliforme con invaginación central en la emergencia del folículo piloso, algunas tiene color rojizo y otras son francamente marrones, de bordes eritematosos. Las lesiones ubicadas sobre cuero cabelludo se asocian a prurito de moderado-severo, que se exacerba con el sol y el calor.

Al examen dermatoscópico (Tricoscopia) se evidencia la pérdida del orificio folicular, discreta descamación blanquecina perifolicular, puntos blancos en el vértice de las lesiones papulares, una reducción en los orificios foliculares e intensas zonas de eritema e inflamación perifolicular.

### **Examen Físico General (Datos Contributorio):**

*Ganglios Linfáticos:* con discreta adenomegalia cervical retroauricular, no dolorosa a la palpación, de consistencia blanda sin cambios de la piel supradyacente.

*Abdomen:* plano, depresible doloroso, borde hepático palpable a 2 cm por debajo del reborde costal línea paraesternal derecha y línea medio clavicular.

Se realizan paraclínicos complementarios que dan como resultado: 1) Hepatitis A seropositiva IgM e IgG. 2) Mononucleosis a Citomegalovirus y Epstein Barr en fase de reagudización. 3) Hepatomegalia leve por ecosonografía

Se decide realizar 2 biopsias de piel excisional con técnica de ojal con bisturí, tomando una primera muestra de cuero cabelludo orientada paralelamente al tallo del pelo y otra de la región postero-superior de muslo derecho; las muestras se envían para estudio histopatológico con tinción H-E, las cuales reportan: fragmento de piel con áreas de infiltrado inflamatorio mixto en la dermis y otras células inflamatorias crónicas a predominio linfocitario, con escasos histiocitos y plasmocitos alrededor de folículos residuales, asociado a una severa fibrosis de la dermis; con focos de hiperqueratosis, paraqueratosis sobre la epidermis hiperplásica.

*Diagnóstico definitivo:* LPP variedad Pseudopelada de Brocq.

## **REFLEXIÓN DE LA SITUACIÓN EN ESTUDIO**

Lograr entretejer con el paciente el intrincado entramado que representa para él la comprensión de una deformación en su proceso salud-enfermedad de carácter crónico y progresivo, requiere paciencia, compromiso y la generación de un canal comunicacional llano, sencillo pero altamente confiable. Desde el primer momento de la entrevista médica se van estructurando los vínculos que habrán de constituir el andamiaje de prioridades, procedimientos, técnicas

y aproximaciones que darán como resultado el cierre de un ciclo que inicia con un diagnóstico presuntivo, para convertirse en un punto de inflexión en el proyecto de vida del paciente a través del diagnóstico definitivo.

Hacer la experticia clínica minuciosas tantas veces sea necesario, consume tiempo, es la búsqueda de los hallazgos elementales que permitan concatenar las manifestaciones inmoneuropsicobiológicas intrínsecas de una enfermedad, integrándolas con las esferas extrínsecas psicoafectiva, social y profesional de la persona; sin permitir que el médico se transfigure en una máquina de pesquisa, ni que el paciente pierda su connotación humana, para cosificarse en aquello que sufre.

Buscar las formas de abordaje entre la ciencia y lo humano para las enfermedades crónicas que a su vez se agravan con el pasar del tiempo, constituyen un reto en la sostenibilidad de la interacción personal de salud-paciente-familiares; el análisis del microcosmos del paciente permite definir sus noemas sobre la construcción de su proceso salud-enfermedad, de cuya sub-dimensión se reconoce la importancia ayudar al enfermo a interpretar su padecimiento como parte de su proyecto de vida, guiarlo en el manejo de sus emociones, basados en las nociones sobre su calidad y modo de vida.

Se reconoce la dinámica cambiante y recurrente de estos procesos mentales, vinculados de forma íntima y multidireccional con aquellos que constituyen el universo espiritual del hombre (siendo inminentemente contemplativos), cargados de contenidos eidéticos que sostienen su convicción de fe, acercando al paciente a su comprensión de la creación divina, la santidad y divinidad de su vida (6, 9).

Se identificaron como elementos microcósmicos emergentes el dolor, el miedo, la culpa y la negación como elementos negativos-depresivos, ante la conciencia de la enfermedad incurable; los cuales entran en tensión compensatoria con las emergencias macrocósmicas representadas por la concepción de dignidad de la persona y la santidad de la vida, la fe en Dios y la esperanza, como elementos positivos, al poder contar con los avances tecnocientíficos actuales y la medicación adecuada.

## VISIÓN REINTEGRADORA

El liquen plano pilar representa una patología desafiante tanto para el diagnóstico médico como para su tratamiento, pertenece al grupo de las alopecias cicatriciales con destrucción permanente y desfigurante de los múltiples folículo pilos afectos, dejando huellas indelebles en las áreas cutáneas pilosas del paciente. Llegar al diagnóstico definitivo de una ACP de tipo LPP en su variedad de pseudopelada de Brocq, a través del estudio anatomopatológico es indispensable para instaurar una terapéutica temprana y agresiva minimizando sus secuelas, el cual debe ir acompañado de la supervisión constante y sucesiva del paciente por un grupo médico transdisciplinario (1, 3, 4, 12).

Surgen nexos vinculantes desde la conducta del médico frente al paciente enfermo crónico, observando cómo desde sus constructos microcósmicos basados en el conocimiento de los derechos humanos, la bioética social y los principios de la bioética clínica, la ética y la deontología médica, el especialista se sentirá motivado a enriquecer sus valores y principios, aquellos que le ayudarán en su ejercicio técnico como profesional de la salud.

Con la bioética se abre un horizonte de posibilidades que fortalece los abordajes humanístico-científicos, en forma racional y dialógica, para así poderse asumir los problemas límites generados por el incommensurable desarrollo de las tecnologías aplicadas a las ciencias de la salud en patologías que representan un desafío terapéutico (9-11).

El proceso de formación médica debe ser complejo, recursivo y recurrente, de capacitación en el interés del máximo desarrollo de habilidades, dando paso así a la renovación de las ideas y la actualización de los constructos teóricos, que abran paso a la transformación permanente del profesional-investigador.

Las Universidades Nacionales Autónomas, tienen el deber de fomentar y facilitar a su personal docente y estudiantil el incorporarse en el proceso aprender a aprender dentro de la nascente sociedad del saber, en el cual la bioética sirva como eje cardinal de su desempeño humano, promoviendo además, la responsabilidad individual de interesarse por el desarrollo personal y profesional a través de la autogestión del conocimiento. Al respecto se pueden considerar la

formación, renovación y actualización para el desarrollo de habilidades profesionales, en un proceso de crecimiento acumulativo en diferentes fases, que le permitan ir profundizando el saber de manera evolutiva, con un enfoque crítico reflexivo desde lo teórico práctico.

Escuchar lo que el paciente piensa, permite elaborar estrategias consensuadas para la mejor elección de las decisiones por venir, mantener un diálogo asertivo y afectivo facilita el manejo de las emociones pesimistas y fortalece la autonomía como principio bioético.

## REFERENCIALES BIBLIOGRÁFICAS

1. Majerson D, Giesen L, Cifuentes M, González S. Liquen Plano Pilaris. *Piel (Barc)* 2013; 28 (3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2012.07.006>
2. Freedberg E, Eisen A, Wolff K, Austen K, Goldsmith L, Katz S, et al. *Dermatology in General Medicine*. Quinta edición internacional. McGraw-Hill. New York. 1999.
3. Abal-Díaz L, Soria X, Casanova-Seuma J. Alopecias cicatriciales. *Actas Dermosifiliográficas* 2012; 103:376-87.
4. P Assouly, Reygagne P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Seminars in cutaneous medicine and surgery* 2009; 28:3-10.
5. Arenas R. *Dermatología, atlas diagnóstico y tratamiento*. 4ta edición. McGraw Hill. México. 2009.
6. Morín E. *La Epistemología de la complejidad*. Gaceta de Antropología 2004; 20: 02-20
7. Morín E. *Introducción al Pensamiento Complejo*. Sexta reimpresión; Editorial Gedisa, S. A. Barcelona-España. 2003.
8. Leal J. *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación*. Primera Edición. Centro Editorial Litorama. 2005.
9. Vidal S. *Introducción general a la bioética clínica y social: Bioética y derechos humanos*. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2005.
10. Garrafa V. *Análisis crítico y propuestas para un estatuto epistemológico de una Bioética Latinoamericana: Bioética y derechos humanos*. UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. 2007.

11. Cely G. Bioética: Humanismo científico emergente. Primera Edición. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Bogotá. 2009.
12. Duque B, Tamler C, Tavares C, Baptista C, Burnier F, Pereira C. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. *An Bras Dermatol* 2010; 85(2):179-83.

