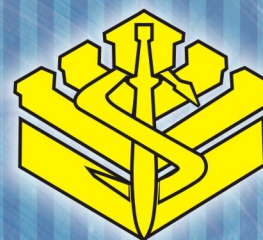




Universidad
de Carabobo



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Depósito Legal: pp200202AR1401
ISSN: 1690-3293

Comunidad y Salud

Año 2016, Vol. 14 N° 2

Revista Científica del Departamento de Salud Pública
Núcleo Aragua

Comunidad *y* *Salud*

ES UNA REVISTA CIENTÍFICA ARBITRADA E INDIZADA, DE CIRCULACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL QUE PUBLICA TRABAJOS ORIGINALES SOBRE TEMAS DE SALUD PÚBLICA. TAMBIÉN RECOGE LAS TENDENCIAS CONCEPTUALES, SOCIALES Y POLÍTICAS QUE MARCAN EL RUMBO GENERAL DE ESTA ÁREA DEL CONOCIMIENTO.

LA REVISTA SE EDITA SEMESTRALMENTE Y ESTÁ INTEGRADA POR LAS SIGUIENTES SECCIONES:

EDITORIAL

ARTÍCULOS: INCLUYE ESTUDIOS INÉDITOS PRODUCTO DE INVESTIGACIONES CON CARÁCTER TEÓRICO TÉCNICO, EMPÍRICO, CUYA CALIDAD PERMITA AL COMITÉ EDITORIAL UBICARLOS EN ESTA SECCIÓN.

FORUM COMUNITARIO: CONSIDERA LA PUBLICACIÓN DE ENSAYOS, ESCRITOS Y ARTÍCULOS DE OPINIÓN QUE REFLEJAN LA POSTURA PERSONAL DE QUIENES LOS ESCRIBEN. TODOS DEBEN LLEVAR LA FIRMA DEL AUTOR.

EPIDEMIOLOGÍA EN ACCIÓN: ESTÁ REFERIDA A TODA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE DESARROLLO DE PROGRAMAS, Y PROBLEMAS DE SALUD PRESENTES EN LA COMUNIDAD.

CRÓNICA SANITARIA: INCLUYE BIOGRAFÍAS O RELATOS SOBRE LA VIDA DE PERSONAJES LIGADOS A LA SALUD PÚBLICA, VENEZOLANOS O DEL ÁMBITO INTERNACIONAL. ASIMISMO HECHOS DE LA SALUD PÚBLICA QUE HAN MARCADO RUMBOS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA. ESTA SECCIÓN VERSA SOBRE LA REVISTA MISMA.

CARTAS A LA REVISTA: INCLUYE COMUNICACIONES A LOS EDITORES.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

AUTORIDADES RECTORALES

RECTORA
JESSY DIVO DE ROMERO

VICERRECTOR ACADÉMICO
ULISES ROJAS

SECRETARIO
PABLO AURE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
JOSÉ ÁNGEL FERREIRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. DECANO: JOSÉ CORADO

SEDE CARABOBO

ASISTENTE AL DECANO
DANIEL AUDE

DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA
MARÍA TOMAT

DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS
HAIFA KHUDER

DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA
ANY EVIES

DIRECTORA ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
LISBETH LOAIZA BORGES

DIRECTORA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL
MILENA GRANADOS

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
NELINA RUÍZ

DIRECTORA DE POSTGRADO
MIGDALIA MEDINA

DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
DOANCELY TOVAR BRAVO

DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR
ZULMA RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
EVERILDA ARTEAGA

COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES
MILAGROS ESPINOZA

COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN
GISELA BOSCO BRUNO

COORDINADOR DE TIC
SALVADOR BUCELLA

SEDE ARAGUA

COMISIONADO DEL DECANO
JOSÉ SÁNCHEZ

DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA
YANIRA CHACÍN

DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS
ISABEL MARINA LUGO

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
ELIZABETH FERRER

DIRECTORA DE POSTGRADO
MARÍA VICTORIA MÉNDEZ

DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
MARIA DEL PILAR NAVARRO

DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR
MARÍA ELENA OTERO

DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
ISAMAR CHIRINOS

COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES
YENNY ALVAREZ

COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN
CAROLINA MÉNDEZ

COORDINADOR DE TICS
DANIEL VIVAS

DIRECTOR INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
HERIBERTO CORREIA

Este Número se publica con financiamiento del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad de Carabobo. CDCH-UC y la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

Indizada en:

LATINDEX. Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

REDALYC. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

REVENCYT. Revistas Venezolanas de Ciencia y Tecnología. Código RVCO18 <http://www.revenct.ula.ve>

SCIELO (<http://scielo.org.ve>)

LILACS (<http://www.bireme.br>)

LIVECS (<http://bvs.org.ve>)

Portal de la Dirección General de la Biblioteca Central de la Universidad de Carabobo (DGBC) (<http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/index1.htm>)

ASEREME. Asociación de Editores de Revistas Médicas

FONACYT. Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación

Revista Comunidad y Salud

Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba", Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruíz Pineda, La Morita II, Maracay, Estado Aragua - Venezuela. Teléfono 0058243-671.44.70

E-mail: dptosaludpublica@hotmail.com; revistacomunidadysalud@gmail.com



Contenido

EDITORIA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

COMITÉ EDITORIAL

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)

PEDRO VILLASANA (FCSA-UC)

GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)

JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)

JORGE CASTRO (FCSA-UC7)

NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)

RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)

MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (BIBLIOTECA,
FCSA-UC)

IRIS TERÁN (FCSA-UC)

COMITÉ ASESOR

MA. CRISTINA GONZÁLEZ

DORIS ACEVEDO

MIREYA PRIETO

IRIS VILLALOBOS

EVELIN ESCALONA

CARLOS ESPINO

MARÍA MARTÍNEZ

LISBETH LOAIZA

MANUEL ROLO

AISMARA BORGES

MANUEL BAYONA (UNIV. DE PUERTO RICO)

COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS

FCS-ARAGUA)

Editorial

- I-II **La Muerte materna develada en los escenarios ocultos de la transcomplejidad.**
Maily Tang P.

Artículos Originales

- 1-13 **Factores asociados al registro y notificación de casos de leishmaniasis para el control en Venezuela.**
Darli Ernestina González Ramírez, José Antonio Romero Palmera
- 14-23 **Neurocisticercosis: enfermedad infecciosa desatendida, olvidada y emergente. A propósito de un caso.**
Rosirys Velasquez Salazar, Solimar Rojas, Adriana Briceño, Marco Prieto.
- 24-32 **Infección por *Sporothrix schenckii* en agricultores del caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Venezuela.**
Sarina K. González, Luisana A. García, David E. Flores, Rosa E. Pérez, Juan J. Luis-León, Johana G. Mota-Alvarez, Rosa C. Pérez.

Epidemiología en Acción

- 33-41 **Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo.**
Elizabeth Fajardo Ramos; Leonor Córdoba Andrade; Jhon Elkin Enciso Luna.
- 42-49 **El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública.**
Juan Diego Villegas-Alzate, Sebastián Vera-Henao, María Camila Jaramillo-Monsalve, Laura Isabel Jaramillo-Jaramillo, Lina María Martínez-Sánchez, Gloria Inés Martínez-Domínguez, Iván Villegas-Gutiérrez.
- 50-62 **Enfoques emergentes de la epidemiología: una mirada desde la transdisciplinariedad.**
Mariela Mata-Orozco; Mayra López-Caldera; Daisy Meza Palma; Alejandro Labrador Parra; Johnny Sarco Lira; Henry Pérez; María Triolo-Mieses; Arturo Martínez Santos; Carmen Gimón Uzcategui; Desiree Cuberos Guedez; Rosa Goldcheidt Martínez; Gregoria González, Evelin Escalona.
- 63-71 **Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela**
Ariel E. Reyes G.
- 72-77 **Focos de atención en la prevención del cáncer de mama en Venezuela.**
José Gregorio López Añez; Orlina I. López Añez; Andreina C. López Bitriaga.

Forum Comunitario

- 78-85 **Formación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género en Venezuela.**
Marymili Segura Vera; Mirna Stranieri
- 86-95 **Lenguaje no sexista. Una apuesta por la visibilización de las mujeres.**
María Cristina González M.; Yamile Delgado de Smith
- 96-105 **Aproximación teórica al constructo resiliencia.**
Magaly S. Ortunio C.; Harold Guevara R.
- 106-113 **Educación en ciencias de la salud, aproximación desde una nueva mirada de la Salud Pública.**
Johnny Sarcolira Parodi
- 114-116 **Normas de Publicación**
- 120-121 **Índice Acumulado**

Comunidad y Salud

Depósito Legal: pp200202AR1401 - ISSN: 1690-3293

AÑO 2016, VOL. 14 N° 1 ENE-JUN

Content

Editorial

EDITORIA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

COMITÉ EDITORIAL

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)

PEDRO VILLASANA (FCSA-UC)

GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)

JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)

JORGE CASTRO (FCSA-UC7)

NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)

RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)

MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (BIBLIOTECA,
FCSA-UC)

IRIS TERÁN (FCSA-UC)

COMITÉ ASESOR

MA. CRISTINA GONZÁLEZ

DORIS ACEVEDO

MIREYA PRIETO

IRIS VILLALOBOS

EVELIN ESCALONA

CARLOS ESPINO

MARÍA MARTÍNEZ

LISBETH LOAIZA

MANUEL ROLO

AISMARA BORGES

MANUEL BAYONA (UNIV. DE PUERTO RICO)

COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS

FCS-ARAGUA)

I-II **Maternal death unveiled in the hidden scenarios of the transcomplejidad.**
Maily Tang P.

Original Articles

1-13 **Factors associated with the registration and reporting leishmaniasis control in venezuela.**

Darli Ernestina González Ramírez, José Antonio Romero Palmera

14-23 **Neurocysticercosis: an ignored, forgotten and emerging infectious disease. A case study.**

Rosirys Velasquez Salazar, Solimar Rojas, Adriana Briceño, Marco Prieto.

24-32 **Infection caused by *Sporothrix schenckii* in farmers from the village "Peñón de Gabante". Tovar municipality. Aragua state. Venezuela.**

Sarina K. González, Luisana A. García, David E. Flores, Rosa E. Pérez, Juan J. Luis-León, Johana G. Mota-Alvarez, Rosa C. Pérez.

Epidemiology in Action

33-41 **Quality of life in older adults: reflections on the colombian context from Schalock and Verdugo model.**

Elizabeth Fajardo Ramos; Leonor Córdoba Andrade; Jhon Elkin Enciso Luna.

42-49 **The abandonment of treatment compliance in renal replacement therapy: an alarm in public health.**

Juan Diego Villegas-Alzate, Sebastián Vera-Henao, María Camila Jaramillo-Monsalve, Laura Isabel Jaramillo-Jaramillo, Lina María Martínez-Sánchez, Gloria Inés Martínez-Domínguez, Iván Villegas-Gutiérrez.

50-62 **Emerging approaches of epidemiology: a view from the transdisciplinarity.**

Mariela Mata-Orozco; Mayra López-Caldera; Daisy Meza Palma; Alejandro Labrador Parra; Johnny Sarco Lira; Henry Pérez; María Triolo-Mieses; Arturo Martínez Santos; Carmen Gimón Uzcategui; Desiree Cuberos Guedez; Rosa Goldcheidt Martínez; Gregoria González, Evelin Escalona.

63-71 **Sexually transmitted infections. A public health problem in the world and in Venezuela.**

Ariel E. Reyes G.

72-77 **Attention focuses on prevention of breast cancer in Venezuela.**

José Gregorio López Añez; Orlina I. López Añez; Andreina C. López Bitriaga

Forum Comunitary

78-85 **training of health personnel for addressing gender violence in Venezuela.**

Marymili Segura Vera; Mirna Stranieri

86-95 **Non- sexist language. a commitment to visibility of women.**

María Cristina González M.; Yamile Delgado de Smith

96-105 **Theoretical approach to the resilience construct.**

Magaly S. Ortunio C.; Harold Guevara R.

106-113 **Education in health sciences, an approach from a new look of public health.**

Johnny Sarcolira Parodi

117-119 **Publishing Norms**

122-123 **Index Acumulated**

EDITORIAL

LA MUERTE MATERNA DEVELADA EN LOS ESCENARIOS OCULTOS DE LA TRANSCOMPLEJIDAD.

Maternal death unveiled in the hidden scenarios of the transcomplejidad

La mortalidad materna es un evento social que afecta el bienestar de la familia y por ende debilita la estructura social general. Así mismo, la pérdida de una madre afecta de forma negativa la supervivencia de los hijos y las hijas. Se contempla por otra parte, desde ella la inequidad social, la inaccesibilidad, la calidad en la prestación de los servicios de salud, las condiciones de vida de una población con la corresponsabilidad de las instituciones del Estado, comunidad y la familia, inequidades éstas producto de la herencia cultural, ideológica y epistemológica del pensamiento de la modernidad.

En el mundo, la muerte materna constituye un complejo problema de salud pública, un importante indicador de desarrollo humano para los países, además representa uno de los factores que muestran las más grandes inequidades entre los países de diferentes niveles de desarrollo. La muerte de una mujer por causas relacionadas con el parto o puerperio, es el resultado de problemas sociales, económicos, biológicos, de accesibilidad, calidad de servicios de salud, o por aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles.

Sin embargo, no todas las cosmovisiones de mundo desde las cuales se ha interpretado la salud, la enfermedad y la muerte, han logrado por sí solas, explicar la integralidad de la realidad que circunda la muerte materna. No se puede seguir parcelando los saberes, haciendo análisis tradicionales aislados unos con otros, abordando el problema desde las consecuencias, lo biológico, la interpretación del evento por sus indicadores de riesgo, por su recorrido geográfico y las causas básicas de muerte, tal y como lo establece la razón técnica, omitiendo la multidimensionalidad que hay detrás de estas muertes y la integralidad que significa el evento negativo.

Sotolongo¹, evidencia la necesidad de que la ciencia trascienda de la manera tradicional de tratar la objetividad científica del saber determinada por las corrientes epistemológicas hegemónicas de la modernidad, hacia una nueva forma de comprender la realidad científica transcompleja. También devela, cómo la ausencia de una reflexión crítica sobre el proceder científico tradicional es sustituida por una explicitación, en los procedimientos utilizados de la indagación y de los límites del indagar. La introspección acerca del Pensamiento Transcomplejo, como una manera diferente de comprender la ciencia, obliga a repensar: cómo, específicamente en el área de salud, hemos venido tratando problemas transcomplejos (ejemplo la muerte materna), que por respetar la supremacía de la objetividad dejamos de construir colectivamente verdades no absolutas pero más cercanas a la realidad de un contexto determinado.

En la muerte materna el proceder científico es el tradicional de la modernidad, donde una ciencia analítica, lineal y unidisciplinar es la que aborda el problema de una forma descontextualizada, uniformando los resultados e intervenciones, sin tomar en cuenta las diferentes aristas del problema, los contextos multidimensionales que lo explican y los territorios sociales en los cuales ocurre. Por otra parte la característica de la creatividad ontológica del mundo y de la propia indagación, ponen en juego las

creatividades necesarias para un proceder que conlleve a una verdad o un fin que no se pueda conseguir por sí sola o sólo con proceder tradicionales. Se deben tomar las totalidades indagadas íntegramente, con sus relaciones internas, en red con sus acciones y retroacciones, donde ningún componente juegue un papel jerarquizable respecto al otro, esto es el ideal transcomplejo del saber. Como consecuencia de esto se manifiesta la no linealidad, que rompe con los paradigmas de la causa y el efecto.¹

Respecto a la particularidad de la orientación transdisciplinaria, se denotan los aportes de saberes que trascienden las disciplinas y se manifiesta la necesidad del diálogo de saberes. Es importante el reconocimiento de otros saberes y del contexto en el proceder de la ciencia de la complejidad, además de trascender del ámbito problémico a la propia indagación. En este mismo orden de idea Meza², plantea la búsqueda de: "*Una visión de pensamiento que abra paso a lo multidiverso y cambiante*". Opina que se debe repensar los criterios que explican la ciencia, el método, la educación, la salud y la vida misma.

La ciencia de la salud, se apega a la ciencia tradicional analítica, lineal y disciplinar, episteme de la modernidad que debe ser transformada y la propuesta de Meza, es la transcomplejidad como visión de pensamiento en este sector tan complejo como la vida misma. Esta alternativa de transformación onto-epistemológica, integradora de visiones, paradigmas, saberes, metódicas y técnicas, de carácter multidimensional, de relaciones dialógicas, apertura a las incertidumbres y a nuevos significados, se hace imperante para obtener nuevas explicaciones de las realidades que rompan con verdades absolutas, homogéneas y descontextualizadas.²

Es evidente que los temas de salud pública y en especial los escenarios ocultos de la muerte materna en Venezuela y en el Mundo no se han podido desprender de los paradigmas clásicos ya que se trata de demandas de realidades complejas y multireferenciales. En este sentido, la percepción de la transcomplejidad aporta sugerencias que tienen incalculable valor a la hora de enfrentar el problema.

La muerte materna, es un evento transcomplejo. Para entender lo que esto implica, es preciso reconocer consideraciones de autores, que refieren al desarrollo de abordajes desde la perspectiva transcompleja, entre los cuales figura Balza³, quien admite que hay un nuevo modo de pensar, sentir y comprender la trama de la vida. Este evento trágico, afecta a una familia, comunidad, nación, continente y mundo. Tradicionalmente ha tenido orientaciones unidimensionales, que por sí sola no pueden develar esas tantas caras o aristas que se encuentran ocultas detrás de la misma. Por eso, la urgencia de un recorrido investigativo para develar los escenarios ocultos de la muerte materna ocurrida en los micromundos poco abordados con herramientas teórico-conceptuales que consideren la realidad como múltiple, diversa, racional, en construcción.

La orientación ontológica deseada en esta problemática, es de carácter integrador, a partir del cual el epidemiólogo o epidemióloga reconozca sus contextos y las realidades de la salud pública, en cuanto a la muerte materna se refieren, que cada vez son más multidimensionales. Como salida a esta discusión, se hace impostergable una alternativa teórica, con visión transdisciplinaria, compleja y transcompleja, intersubjetiva y contextualizada, vinculada a las vivencias y expectativas culturales, logradas a través del diálogo con la realidad para comprenderla y transformarla en beneficio de la colectividad.

En cuanto a la orientación teleológica, la sociedad que deseamos alcanzar desde la visión transcompleja para el abordaje de los problemas de salud pública como las muertes maternas, se orienta a resignificar, reflexionar y trascender los paradigmas estatizantes. Pensar el asunto de la muerte materna

con detenimiento, nos lleva a reflexionar acerca de los valores a construir para una epidemiología con visión transcompleja.

Desde esta visión, la orientación axiológica pretende la formación de epidemiólogos/os que tengan presente valores emergentes que trasciendan la ética, la moral y los principios jurídicos, cognoscitivos y antropológicos instalados por la epidemiología convencional positivista, desde la cual se homogeneizan los procesos sociales, culturales y de salud desde códigos universales para su abordaje, tal y como se ha hecho con las muertes maternas. Se busca así lograr, desde una nueva mirada epistemológica, el respeto de la otredad de las mujeres en su proceso reproductivo, reconociendo sus saberes creencias, cultura e integridad física, psíquica y moral.

Maily Tang P.¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sotolongo, P. Complejidad, No Linealidad, y Redes Distribuidas. *Complexus Revista de Complejidad Ciencia y Estética*, 2007; 3 (1): 6-20.
- 2) Meza, D. La Transcomplejidad como Opción Integradora de Saberes. *Revista Comunidad y Salud*, 2014; 12 (2) I-II.
- 3) Balza, A. Pensar la Investigación Posdoctoral desde una Perspectiva Transcompleja. *Red de investigadores de la transcomplejidad*, 2013; 97- 142.

¹Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua.

Correspondencia: matostang@gmail.com

FACTORES ASOCIADOS AL REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE CASOS DE LEISHMANIASIS PARA EL CONTROL EN VENEZUELA.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE REGISTRATION AND REPORTING LEISHMANIASIS CONTROL IN VENEZUELA

José Antonio Romero Palmera^{2,3}; Darli Ernestina González Ramírez¹

ABSTRACT

For the recording and reporting of cases of leishmaniasis should be considered the conceptualization of cases and their epidemiology, program feasible technological components and the registration reliability. Hence, the technical evaluation of the constituent elements of the registration form and reporting cases of cutaneous leishmaniasis and visceral leishmaniasis LI and conceptual development on factors associated with the disease was raised. The joint analysis of the two sections (LI) tab, revealed little validity and reliability of the registry items, hence it is imperative to update this instrument as a source of information, essential for the actions of the National Program for Control LV, under the Ministry of Popular Power for Health. general information, patient data, clinical data, environmental factors, laboratory data, stock control or prevention and evolution and classification of cases "where confirmation is contemplated by clinical, paraclinical or epidemiological link: seven (7) components were identified, throwing DPP estimated values to 2.40, giving total adaptation to construct, ie, the integration of the components into an instrument, give the consistent quality. In conclusion, the factors associated with the recording and reporting of cases of leishmaniasis, which are grouped into seven components that epidemiological information is reliable and feasible, easy to use, comprehensive record of great utility, which will set new strategies for prevention and control to interrupt transmission.

KEY WORDS: *Leishmaniasis, epidemiology, associated factors, monitoring.*

RESUMEN

Para el registro y notificación de casos de leishmaniasis, deben considerarse la conceptualización de casos y su epidemiología, los componentes tecnológicos programáticos factibles y la fiabilidad registral. De allí que, se planteo la evaluación técnica de los elementos constitutivos de la ficha de registro y notificación de casos de leishmaniasis cutánea y leishmaniasis visceral LI y el desarrollo conceptual sobre factores asociados a la enfermedad. El análisis en conjunto de las dos secciones de la ficha (LI), reveló la poca validez y fiabilidad de los ítems registrales, de allí que es imperativo la actualización de este instrumento como fuente de información, fundamental para las acciones del Programa Nacional de Control de LV, adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud. Se identificaron siete (7) componentes: información general, datos del paciente, datos clínicos, factores medioambientales, datos de laboratorio, acciones de control o prevención y evolución y clasificación de casos", donde se contempla la confirmación por clínica, paraclínica o nexa epidemiológico, arrojando valores estimadas de DPP a 2.40, confiriendo la adecuación total al constructo, es decir, la integración de los componentes en un instrumento, le confieren la cualidad de congruente. En conclusión, los factores asociados al registro y notificación de casos de leishmaniasis, los cuales se agrupan en siete componentes para que la información epidemiológica sea fiable y realizable, de fácil uso, de registro exhaustivo de gran utilidad, que permitirá establecer estrategias novedosas de prevención y control para interrumpir la transmisión.

PALABRAS CLAVE: *Leishmaniasis, epidemiología, factores asociados, control.*

Recibido: Febrero 2016 Aprobado: Septiembre 2016

¹Unidad Programática de Dermatología Sanitaria El Vigía estado Mérida. ²Laboratorio de Biología de Vectores y Reservorios. Centro de Estudios de Enfermedades Endémicas y de Salud Ambiental (CEEESA). Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE). ³Departamento Clínico Integral. Escuela de Bioanálisis "Profesora Omaira Figueroa" Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua.

Correspondencia: jromero114@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En Venezuela son evidentes los cambios ocurridos en la caracterización de las poblaciones y los tipos de problemas de salud. Le corresponde al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y a otras instituciones prestadoras de servicios de salud enfrentar estos problemas, entre ellos las enfermedades endémicas, que día a día debido a la reemergencia, son difíciles de abordar, específicamente por el alto costo de su tratamiento y por los diferentes escenarios

epidemiológicos. Los mismos relacionados con ciertos factores determinantes como cambios culturales y socio económicos asociados a la urbanización e industrialización, y condiciones medioambientales. Las enfermedades endémicas presentan particularidades y similitudes, que pueden agruparse para definir el modelo de control caracterizado en el enfoque de prevención primaria (pre-transmisión) o secundaria precoz, así como por acciones predominantemente extramuros y frecuentemente casa por casa.¹

Para crear o innovar una tecnología sanitaria es necesario considerar ciertos criterios, entre los cuales destacan:² la conceptualización, las medidas o instrumentos disponibles y la factibilidad de aplicación. En relación con los factores asociados al registro y notificación de casos de leishmaniasis, deben contemplarse tres aspectos fundamentales: conceptualización de casos y su epidemiología, los componentes tecnológicos programáticos factibles y la fiabilidad de los datos registrales.

En primer lugar, conceptualmente, la leishmaniasis constituye un conjunto de enfermedades muy dispares entre sí, producidas por diversas especies del género *Leishmania* spp, protozooario que fue descrito separadamente por primera vez en 1903 por Leishman y Donovan, que clínicamente tiene dos formas básicas de presentación: cutánea (LC) con patrón de formas cutáneas localizadas, mucosas, difusas, intermedias y diseminadas, y visceral (LV), dependiendo de la especie del parásito involucrado y de la respuesta inmune del hospedador, virulencia y carga parasitaria.^{3,4}

Romero et al,⁵ señalan que la LV constituye un problema de salud pública en Venezuela, tanto por su morbilidad como por los cambios de comportamiento en su patrón epidemiológico, siendo de carácter hipoendémico y focal. Además, se han descrito tres principales focos de LV: un foco Central que comprende los estados Aragua, Carabobo, Guárico, Cojedes y Yaracuy; un foco Occidental: conformado por los estados Falcón, Lara, Portuguesa, Trujillo y Zulia y un foco Oriental constituido por los estados Nueva Esparta, Sucre, Anzoátegui y Monagas.⁶ El registro nacional de la LV entre los años 1995 a 2000 reportó un total de 242 casos con una tasa promedio de 0,2 por 100.000 habitantes para una población entre 21.644.121 a 24.169.732⁷ y la mortalidad fue de 7,85% durante el periodo 1995-2000. Como reporta Feliciangeli⁸ según la información de registros del Instituto de Biomedicina, en los años 2004-2005 se registró en la Isla de Margarita (Nueva Esparta) un brote con 54 casos (42,52% de todo el país), probablemente por la afluencia de inmigración de áreas

continentales no endémicas, elevando la tasa nacional promedio de incidencia a 0,27 por 100.000 habitantes, cifra que disminuye a 0,08 por 100.000 habitantes en el periodo 2006-2009.⁸

En el año 2007, la WHO⁹ señala que el patrón LC y mucocutánea (LCM) han producido brotes en más de 80 países, siendo endémicos en 72 países del mundo y se calcula que anualmente se producen 1.500.000 casos nuevos. Es importante destacar que la Leishmaniasis es una de las enfermedades con mayor carga en términos de discapacidad, estimada para el año 2003 a nivel mundial en 2,4 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Se estima que anualmente se producen 1,3 millones de nuevos casos y entre 20 000 y 30 000 defunciones.¹⁰

Estas patologías, son propias de nichos ecológicos que incluyen desiertos y selvas tropicales y subtropicales en el sur de Europa, así como áreas rurales y sub-urbanas.^{11, 12,13} Desde el punto de vista epidemiológico, se consideran una zoonosis transmitida al hombre desde los animales silvestres, sinantrópicos y domésticos, mediante la picadura de la hembra del género *Lutzomya*, de la cual se han descrito hasta el año 1996, 30 especies diferentes.¹⁴

En América, para el patrón clínico LV se calcula una incidencia anual de 16.000 casos, y una población en riesgo de infección en el orden de 1.5 y 106 personas y los países que reportan mayor prevalencia son: Brasil, Colombia y Venezuela.¹⁵ Otro aspecto importante a destacar, para ambas formas clínicas de LV y LC, es la existencia notoria de subregistro y la dificultad de una adecuada estimación del mismo.⁸

Al igual que muchas otras enfermedades infecciosas, tropicales, parasitarias y metaxénicas,¹⁶ la LC y la LV pueden verse influenciadas por una serie de factores socioeconómicos como bajo nivel educativo e ingresos, entre otros, capaces de incrementar o disminuir el número de casos propios o colindantes a una región, incluso su migración entre regiones endémicas¹⁷ o a países y regiones no endémicas.¹⁸ Sin embargo; los estudios que evalúen el impacto de las variables macroeconómicas y macrosociales sobre la incidencia de las enfermedades transmisibles han sido escasamente publicados,¹⁹ más aún para el caso de la Leishmaniasis.²⁰ Rodríguez-Morales et al²¹ reportan los indicadores socioeconómicos sobre la incidencia de la LC en los estados Trujillo y Mérida, siendo inversa entre ambos tipos de variables.

En segundo lugar, en cuanto a los componentes tecnológicos programáticos factibles, aunque existen medidas de prevención y control comunes, es imprescindible para impedir que ocurra la transmisión, identificar las medidas e instrumentos según el patrón clínico. Para la LV comprenden fundamentalmente el diagnóstico, el tratamiento oportuno de los casos y la eliminación de reservorios animales (caninos) posibilitando la reducción de las fuentes de infección. Para interrumpir la transmisión vectorial, hay que considerar que los flebótomos vectores son extremadamente sensibles a los insecticidas y su aplicación en formulaciones de acción residual, es una medida indicada regularmente en las áreas de transmisión. De igual manera deben cumplirse las actividades de educación e información para la salud y el manejo del ambiente domiciliario para la eliminación de residuos sólidos que sirvan de criaderos para los vectores.¹

En algunos países que han experimentado una extraordinaria expansión demográfica en los últimos años, que afecta núcleos urbanos importantes, incrementan los índices endémicos de LV, como lo señala el Ministério da Saúde do Brasil,²² y establece Zerpa et al.,¹² para el Programa Nacional de Control de LV en Venezuela (PNCLV). En caso de brotes puede estar recomendado el empleo de rociados espaciales a través de preparaciones a ultra-bajo - volumen.⁸

Para la LC hay que distinguir dos situaciones con abordajes enteramente distintos.¹ En la primera, el patrón clásico de transmisión de la LC corresponde a áreas de asentamiento reciente, en que el proceso de ocupación ocurre acompañado de deforestación, la transmisión suele ser extradomiciliaria y las acciones de control vectorial son limitadas en términos de resultados. Por esto, la detección y tratamiento de los casos es la medida asequible de control, evitando que haya progresión clínica de la enfermedad, con la aparición de lesiones deformantes, con destrucción o deformación de estructuras anatómicas. En la segunda, en áreas de colonización antigua el vector ya está domiciliado, en este caso el control químico con insecticidas tiene impacto en la transmisión. Para ambas situaciones las estrategias de educación e información para la salud, posibilitan la protección individual y se recomienda evitar el ingreso en áreas boscosas especialmente después del atardecer, para evitar la exposición a los vectores.

En tercer lugar, en lo que respecta a la fiabilidad de los datos registrales, se fundamenta en la recolección idónea para el análisis epidemiológico en forma sistemática, periódica y oportuna, convertidos en

información integrada para identificar hechos sobre el estado de salud de las poblaciones, con la finalidad de intervenir precozmente en el control y aportar conocimientos para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud. En Venezuela la recolección de datos ejecutada en las Unidades programáticas de dermatología sanitaria (UPDS) del Programa Nacional de Leishmaniasis que lleva el MPPS, se realiza mediante la utilización de la ficha L1 para el registro y notificación de casos.

La Ficha L1, se diseñó para el patrón clínico LC en un escenario epidemiológico eminentemente rural, razón por la cual, no se pueden identificar, medir ni analizar los condicionantes del patrón LV, en escenarios periurbanos y urbanos. Tampoco se registra el posicionamiento global, impidiendo estimar la influencia del cambio climático y desastres naturales. Aunque el MPPS para la LV, diseñó una Ficha de Vigilancia Epidemiológica para escenarios periurbanos, es necesaria una ficha de notificación y registro de casos para la toma de decisiones y aplicación de acciones programáticas, entre ellas, la vigilancia.

En atención a los tres aspectos fundamentales descritos, se planteó como objetivo, establecer los factores asociados al registro y notificación de casos de leishmaniasis para el control en Venezuela.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este estudio se consideraron los criterios de López de Argumedo et al.,² y GEVIEC,²³ en la elaboración de instrumentos de evaluación de tecnologías sanitarias. Para el logro del objetivo, se plantearon dos fases: I) Evaluación técnica de los elementos constitutivos de la ficha de registro y notificación de casos de Leishmaniasis Cutánea y Leishmaniasis Visceral (L1) y II) Desarrollo conceptual sobre factores asociados a Leishmaniasis Visceral (LV) y Cutánea (LC).

I. Evaluación técnica de los elementos constitutivos de la ficha de registro y notificación de casos de Leishmaniasis cutánea y Leishmaniasis visceral (L1).

El análisis de la Ficha epidemiológica, donde se registran todos los datos que tienen importancia epidemiológica y administrativa respecto de un caso, persiguió identificar si se registran los siguientes aspectos: Identificación de la fuente de infección; otros casos confirmados o sospechosos entre los contactos al grupo familiar; medidas de control en el grupo afectado y educación sanitaria.

Previo autorización de la UPDS respectiva, se tomaron cien (100) fichas (L1), de cinco (5) entidades federales (Aragua, Guárico, Trujillo, Falcón y Zulia), donde hay incidencia de leishmaniasis cutánea y visceral; es decir, veinte (20) de cada estado en igual proporción según el patrón clínico.

Se revisó la estructura de la ficha (L1), la cual está constituida por 15 preguntas de aspectos socioeconómicos con 22 datos registrales y 12 preguntas de aspectos epidemiológicos con 26 datos. A cada ítem, se le aplicó el criterio técnico de GEVIEC,²³ sobre dato consistente: en términos de utilidad, facilidad de recolección y confiabilidad (reliable) y uniformidad de la transcripción.

Los datos registrales, previo análisis estadístico se tabularon como consistentes valorados como "1" e inconsistentes como "0". Seguidamente, se aplicó como método de consistencia interna el alfa de Cronbach, que permitió estimar la fiabilidad del instrumento.²⁴

II. Desarrollo conceptual sobre factores asociados a leishmaniasis visceral y cutánea.

Para el cumplimiento de esta fase, se utilizó la metodología propuesta por Moher et al.,²⁶ y Stroup et al.,²⁷ empleada por OPS,²⁸ para revisión sistemática de bibliografía, de la siguiente manera:

Búsqueda de Literatura Científica

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar los estudios relacionados con los factores asociados a leishmaniasis visceral y cutánea en diferentes escenarios epidemiológicos. Se estructuró la búsqueda a través de los motores de la US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed - NCBI) y de Google Académico, se seleccionaron publicaciones arbitradas en revistas científicas, utilizando los siguientes descriptores por buscador:

a) Home - PubMed - NCBI (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

Descriptores para patrón clínico visceral: leishmaniasis and epidemiology and risk and visceral, utilizando los filtros "Free full text" y "5 years". Resultados 147 publicaciones.

Descriptores para patrón clínico cutáneo: leishmaniasis and epidemiology and risk not visceral, utilizando los filtros "Free full text" y "5 years".

Resultados 84 publicaciones.

b) Google Académico -scholar.google.es/

Descriptores para patrón clínico visceral: Leishmaniasis + epidemiología + riesgo + visceral, utilizando los filtros Desde 2014. Resultados 65 publicaciones.

Descriptores para patrón clínico cutáneo: Leishmaniasis + epidemiología + riesgo + cutánea utilizando los filtros Desde 2014. Resultados 74 publicaciones.

Estudio y selección de información

Se realizaron dos revisiones, en la primera se consideró los títulos, los resúmenes y diseño de estudios, siendo los criterios de exclusión, los siguientes: estudios sobre pruebas diagnósticas; revisiones sistemáticas; ensayos clínicos; estudios epidemiológicos, tipos caso-control, cohortes, estudios de evaluación económica, serie de casos, etc. En la segunda, los factores que identifican la fuente de infección; casos confirmados o sospechosos, entre los contactos; medidas de control en el grupo afectado y educación sanitaria.

Valoración de componentes para el constructo (Extracción de datos y resultados)

La extracción de datos y resultados de la literatura científica estuvieron a cargo de dos revisores de forma independiente, se les facilitó una lista inicial de componentes para extraer datos sistémicamente; los desacuerdos entre los revisores se resolvieron mediante referencia a un tercer revisor.

En la lista inicial de componentes para extraer datos sistémicamente de las publicaciones, se incluyeron aspectos cualitativos (como la fecha de publicación, el diseño del estudio, la ubicación geográfica y el entorno, la descripción de la población, criterios de selección y pacientes muestreados); las características de los participantes (edad, sexo, origen étnico, nivel socioeconómico); especies de *Leishmania* spp, las intervenciones (por ejemplo, tipo, duración, método utilizado para medir); resultados (tipo de resultado, el método de evaluación de resultado, el tipo de análisis estadístico, las variables de ajuste) y el riesgo de sesgo. También, los factores medioambientales y reservorio animal.

A partir de estos elementos surgió la lista de verificación, ésta última se redactó en forma de preguntas

o ítems en un cuestionario que fue presentado para su validez a un nuevo grupo de expertos.

Evaluación de la validez aparente:

Una vez aplicado el cuestionario, se construyó una tabla de la opinión de expertos, con el objeto de evaluar la validez aparente (de contenido) que consiste en la retroalimentación controlada según los juicios individuales, sobre la base de la información disponible. A la opinión individual se asignaron puntajes por ítems usando la escala de Likert valorizada de 1 a 5, y se determinó la distancia de los puntos múltiples (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x_1 - y_1)^2 + (x_2 - y_2)^2 + \dots + (x_n - y_n)^2}$$

Dónde:

x_n = Valor máximo en la escala para el ítem n.
 y_n = El promedio del ítem n.

Finalmente, obtenida la validez de contenido se procedió al diseño de la ficha.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el consentimiento informado se informó a los coordinadores de las UPDS a nivel estatal sobre los fines y alcances de la investigación y se solicitó por escrito la autorización para la revisión de las fichas de registro y notificación de casos.

RESULTADOS

La evaluación de la ficha L1, de registro y notificación de casos del PNCLV está constituida por dos (2) secciones: I) "INFORMACION GENERAL" conformada por 15 preguntas con 22 datos registrales; se evidenció que el 50% (11) de estos datos presentan poca variabilidad ($\leq 2\%$), por ser un formato universal para los programas del MPPS, donde también se incluye dermatología sanitaria; el porcentaje restante (50%) evidencia de media a alta variabilidad. Como se observa en la Figura 1, los registros 10, 13, 15, 18, 19 y 20 tienen alta variabilidad estimada, referidos a la dirección de habitación y ubicación geográfica; con respecto al ítem "14" donde se indaga la residencia al momento de comenzar la enfermedad, arrojó 98,00% de varianza. Esta sección del instrumento, presenta inconsistencia interna, es decir, los datos registrales tienen mediciones inestables e inconsistentes, debido a que el valor calculado de α de Cronbach es inferior a 0.8, lo cual conduce a conclusiones equivocadas para la toma

decisiones. II) "ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS" conformada por 12 preguntas con 26 datos registrales. Se encontró que 7,69% (2) evidencian variabilidad media (>2 a ≤ 5) mientras que 92,31% de los ítems arrojan un alto porcentaje promedio de variabilidad (>5) de 44,83 como se muestra en la Figura 2. Estos hallazgos de inconsistencia interna pueden deberse a que la ficha L1, fue construida para el registro y notificación de casos de LC y LCM. En esta sección no se evidencian ítems con el objeto de indagar aspectos epidemiológicos sobre el patrón clínico viscerotrope de esta entidad nosológica. Aunado a esto, desde la entrada en vigencia en el 2003, del PNCLV no fue presentada en el cuerpo programático, una ficha que indague sobre los factores de riesgo asociados a LV. Se optó por el uso oficial de la ficha L1 la cual no contiene un instructivo y/o criterios técnicos uniformes para el registro de los datos. Para esta sección el valor calculado de α de Cronbach es inferior a 0.8.

El análisis en conjunto de las dos secciones de la ficha L1, nos revela la poca validez y fiabilidad de los ítems registrales, haciendo imperativo la actualización de este instrumento como fuente de información fundamental para la acciones del programa nacional de control del MPPS.

De un total de 370 publicaciones arbitradas que cumplieron los criterios de búsqueda, como se observa en la figura 3, posterior a la revisión sistemática, se incluyeron en el estudio 56 publicaciones. La extracción de datos prediseñado, se muestra en la figura 4, con su respectiva importancia atribuida, definida como el análisis de la significancia estadística, valor para identificar el nexo epidemiológico y conformación de la estructura de las conclusiones de la investigación.

En la valoración de componentes del constructo, se identificaron siete (7) grupos (Figura 4). El primero "INFORMACIÓN GENERAL", donde se indagan la ubicación geográfica del servicio de salud, fecha de notificación y personal involucrado en el registro de la información epidemiológica. El segundo lugar, el componente "DATOS DEL PACIENTE", debe registrar la identidad del paciente y extraer los factores edad, sexo, ocupación u oficio y escenario epidemiológico. Seguidamente el tercer componente "DATOS CLINICOS" que pesquisa en especial sobre el inicio de la enfermedad y definición de patrón clínico cutáneo, mucoso ó visceral

En la Figura 4, se observa que los valores estimados para los componentes del constructo son inferiores a 2.40 de DPP, confiriendo adecuación total al mismo; es decir, la integración de los componentes en un instrumento le confieren la cualidad de congruente.

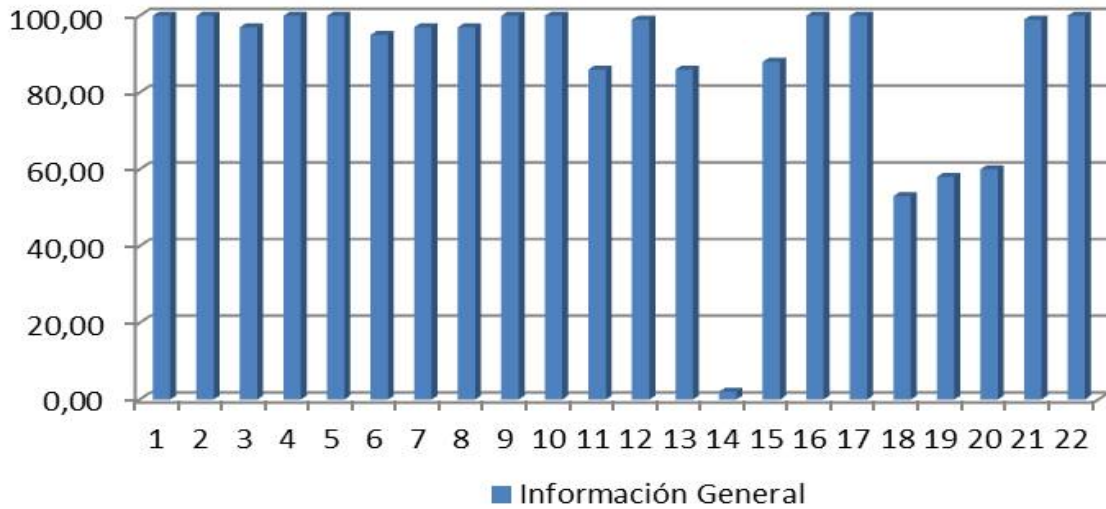


Figura 1. Consistencia de la sección "Información General" de la ficha L1.

1 -2 Servicio, 3 N° de paciente, 4-5 Estado, 6 Fecha, 7 Médico, 8 Inspector, 9 Nombres del Paciente, 10 Apellidos del Paciente, 11 Cedula de Identidad del Paciente, 12 Nacionalidad, 13 Sexo, 14 Fecha de nacimiento, 15-16 Edad, 17 Residencia actual, 18-19-20 Tiempo de residencia, 21 Residencia al inicio de la enfermedad y 22 Caso.

Alfa de Cronbach: 0,6279 Número de Ítems: 22 Muestra: 100 n

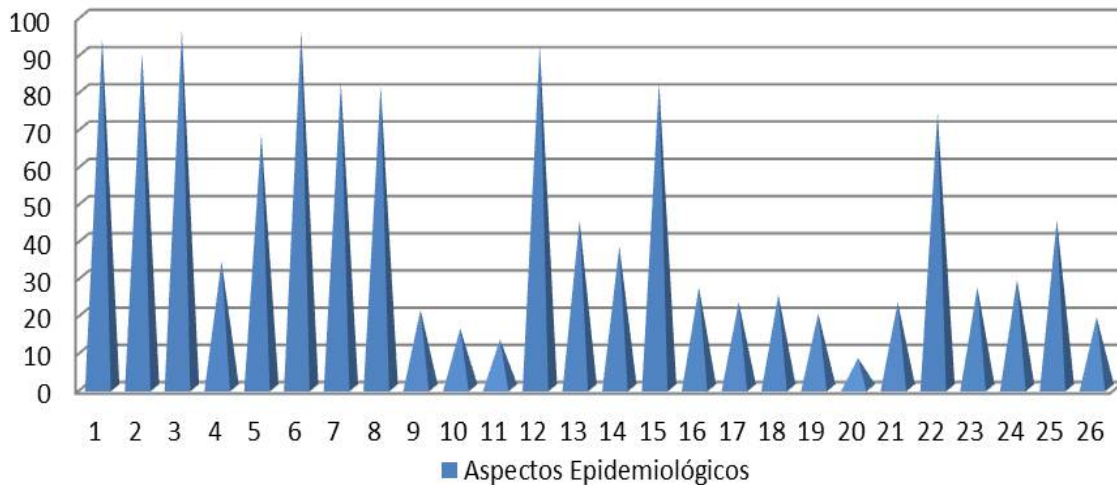


Figura 2. Consistencia de la sección "Aspectos Epidemiológicos" de la ficha L1.

1 -2 Fecha de comienzo, 3-4-5 Ubicación geográfica, 6 Distancia de la vivienda al bosque, 7 Relación con zonas boscosas, 8-9-10-11 Viajes a zonas endémicas, 12 Nivel académico, 13-14 Ocupación actual y lugar, 15 Ocupación agropecuaria, 16 Trabajador dependiente o comerciante, 17 Sector Industrial, 18 Tipo de relación laboral, 19 Otra ocupación u oficio, 20-21 Personas sospechosas en la vivienda con Leishmaniasis, 22-23 Animales sospechosos en la vivienda con Leishmaniasis, 24-25 Animales sospechosos en la comunidad con Leishmaniasis, y 26 Observaciones epidemiológicas.

Alfa de Cronbach: 0,6802 Número de Ítems: 26 Muestra: 100 n

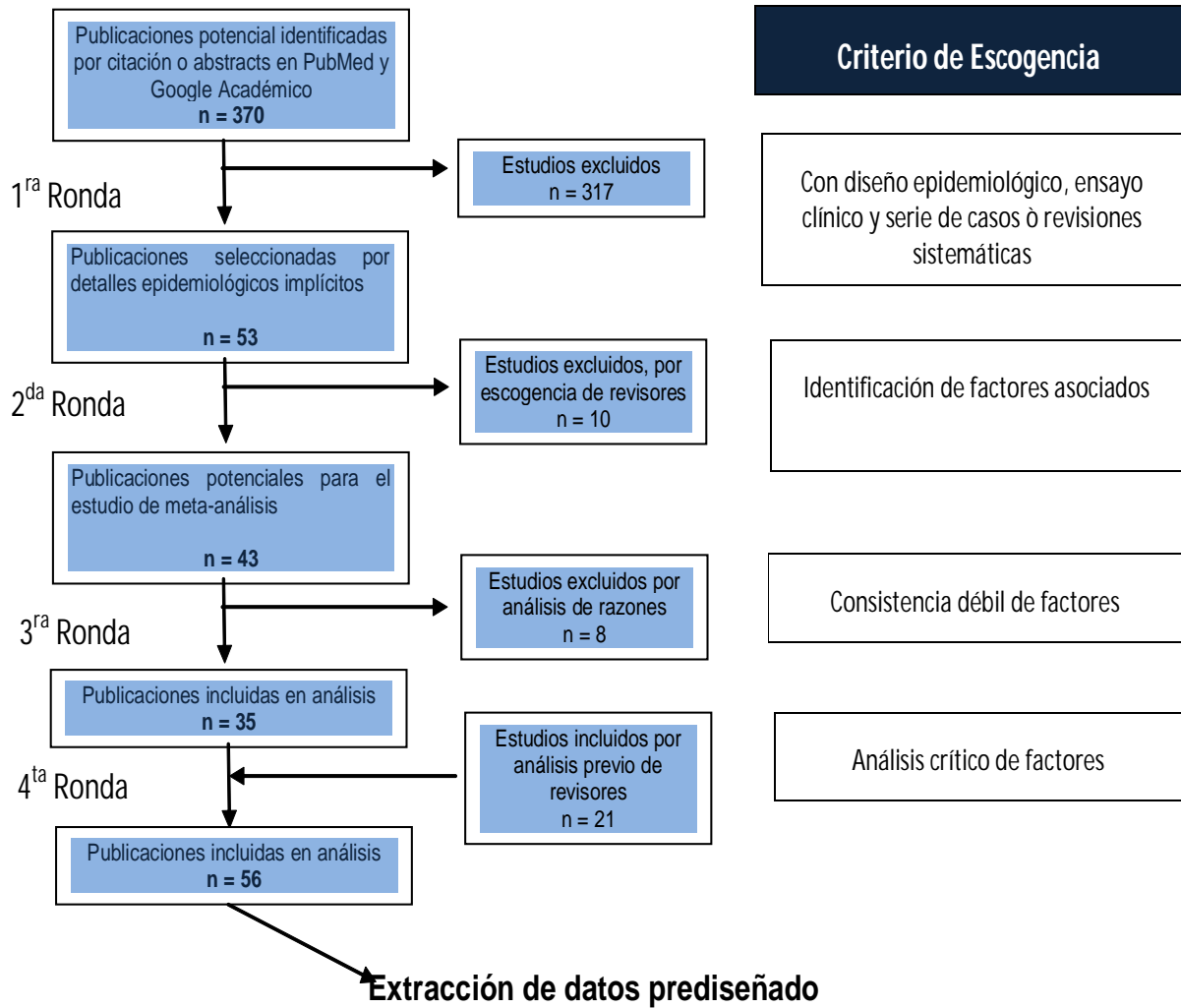


Figura 3. Flujo para la revisión sistemática de literatura científica.

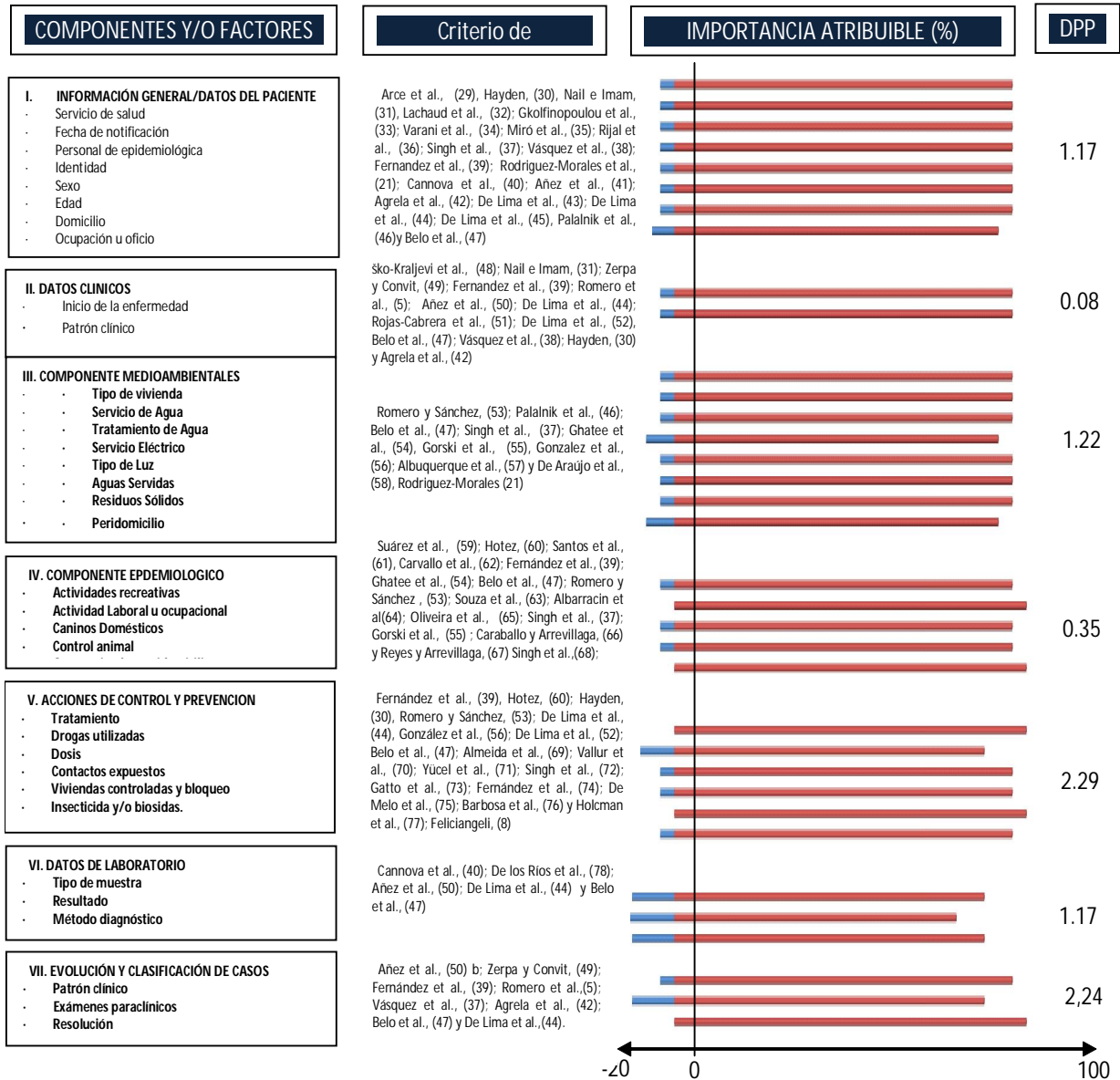


Figura 4. Importancia atribuida de valoración de componentes del constructo.

El cuarto componente, entre los factores medioambientales, descritos de importancia atribuible, se encuentran el tipo de vivienda, servicios públicos como la electricidad, aguas blancas y servidas (excretas) y recolección de desechos sólidos; también se consideran las condiciones domiciliarias y peridomiciliarias, y por último densidad poblacional domiciliaria. Desde el entorno epidemiológico, se identificaron los factores en el mes anterior al inicio de la enfermedad, actividades desarrolladas (laborales y recreativas), convivencia con mascotas especialmente caninos y condiciones sanitarias de los caninos domiciliados. Además las características del peridomicilio.

El quinto componente, "DATOS DE LABORATORIO" específica tipo de muestra, resultado y método diagnóstico; este último es necesario para el desarrollo del sexto componente "ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN", como el tratamiento, drogas utilizadas, dosis, contactos expuestos, viviendas controladas y bloqueo con insecticida y/o biosidas.

El séptimo componente la "EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS", debe contemplar la confirmación por clínica, paraclínica o nexa epidemiológico. Así como, la evolución según la resolución del caso como cura clínica total o parcial o defunción. Por último la clasificación final según el patrón clínico en cutánea, mucosa y visceral.

DISCUSIÓN

Para que las intervenciones en salud sean efectivas, es indispensable contar con un buen sistema de registro de información, en el cual los diferentes actores sociales que participan en el proceso de vigilancia puedan identificar con claridad y conocer los indicadores que adviertan la necesidad de intervenir, siendo la finalidad la disminución de la incidencia de LC y LV mediante la planificación estratégica de acciones de promoción y control.^{2,23} Además, es preponderante considerar los diferentes escenarios epidemiológicos, de allí que, la existencia de la ficha oficial L1, del MPPS, la cual se refiere al patrón clínico de LC en escenario rural, imposibilita identificar, medir y analizar los condicionantes del patrón LV y escenarios periurbanos y urbanos; aunado a que no se registra el posicionamiento en el globo, lo cual permite analizar la influencia del cambio climático y desastres naturales. Esta consideración se fundamenta porque el instrumento en los componentes "INFORMACION GENERAL" y "ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS", presenta inconsistencia interna, es decir, los datos registrales tienen mediciones inestables e inconsistentes,

conduciendo a conclusiones equivocadas debido a la variabilidad heterogénea. De allí que, la información es inútil en la planificación, identificación de las tendencias y/o la demora en el inicio de las intervenciones para la instalación de medidas de control o prevención. La dificultad registral se debe a la poca claridad o uniformidad de criterios, debido a la inexistencia del instructivo y no por comprensión. No obstante, la utilidad general es baja, ya que no se distinguen los factores para el espectro clínico de aparición de casos en diferentes escenarios biológicos; difiriendo así con GEVIEC,²³ quienes establecen que para estandarizar una tecnología sanitaria es necesario la conceptualización y las medidas o instrumentos disponibles.

También es importante considerar los criterios siguientes: identificación de áreas y poblaciones críticas o prioritarias, construcción de índices compuestos a partir de indicadores de salud, como los índices de necesidades básicas insatisfechas en salud, índices de pobreza, entre otros. La identificación y detección de conglomerados (cluster) espaciales y en tiempo-espacio (método de knox), medición de la asociación de factores de exposición ambiental/ecológicos y eventos de salud para estudios epidemiológicos de caso-control y cohortes y métodos de evaluación de acceso a los servicios de salud (basado en la técnica de esquemas radiales), como medida simple de accesibilidad usando las distancias lineales origen-destino, con el objeto de implementar medidas de prevención y control exitosas conociendo los factores de riesgo y su influencia en la transmisión como lo reportan Romero y Sánchez.⁵³

La LV ha sido considerada como una enfermedad ligada a la pobreza, sugiriéndose que las deficientes condiciones socio-económicas se asocian con el incremento del riesgo de la LV, similarmente lo señala Rodríguez-Morales et al.,²¹ para LC. También se han realizado diversas discusiones sobre el papel que juega la presencia de animales domésticos y su relación con la transmisión de la LV, considerando que los animales sirven como fuentes de sangre y que la acumulación de sus heces puede ser atractiva para los vectores, esta costumbre podría incrementar el riesgo de picadura para las personas susceptibles, como similarmente lo señalan Romero y Sánchez⁵³ y Palalnik et al.⁴⁶

Igualmente, Albarracín et al.⁶⁴ destacan que los caninos en las viviendas, son los principales reservorios domésticos de *L. infantum* relacionados con los casos humanos y como una de las principales fuentes de infección de los vectores, describiéndolos como responsables de la presentación endémica/epidémica natural de la enfermedad, lo que ha permitido sugerir

que el hombre puede representar una fuente de infección secundaria para los vectores y la transmisión dependería básicamente de la presencia de caninos infectados. En tal sentido, la implementación de los métodos de control de la LV varía de acuerdo a la epidemiología de la enfermedad en cada región, basándose en el tratamiento de las personas afectadas, en la disminución de la densidad vectorial e identificación y eliminación de caninos infectados, esta última acción genera controversia social por la protección de los animales.

El uso de toldos impregnados de insecticida ha sido descrito como una medida de protección individual para la transmisión de la LV, pero la evidencia de su efectividad es limitada por su costo, bajo uso y por limitaciones epidemiológicas; sin embargo, estudios observacionales lo han descrito como un factor protector, que se ha asociado con la reducción de 27% de la incidencia de la LV en algunos sectores.⁸

Por estas razones en Venezuela para el control de Leishmaniasis es preponderante la modernización informática del sistema de recolección, resumen y análisis de los datos, para mejorar la oportunidad, confiabilidad, validez y utilización de la información. Finalmente, se concluye que se identificaron los factores asociados al registro y notificación de casos de leishmaniasis, los cuales se agrupan en siete componentes para que la información epidemiológica sea fiable y realizable, de fácil uso, de registro exhaustivo de gran utilidad, que permitirá establecer estrategias novedosas de prevención y control para interrumpir la transmisión.

Los autores declaramos que no existen conflictos de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Silveira, A. Principios del control de endemias, con especial referencia a las enfermedades de transmisión vectorial (ETVs). Consultor de la Organización Panamericana de la Salud en la Secretaria Nacional de Vigilancia em Saúde, Ministerio da Saúde (Brasil). Biomedicina, 2005.
- 2) López de Argumedo M, Reviriego E, Andrío E, Rico R, Sobradillo N & Hurtado de Saracho I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2006/02.15-138.
- 3) Alvar J. Leishmaniasis en Medicina Interna. Mosby/Doyma Libros. 13 Edición. 1995. Madrid. 2444-2447.
- 4) Romero M, & Sánchez J. Una Mirada a la epidemiología y al control de la Leishmaniasis zoonótica en Colombia. Biosalud (Supl.6): 2007: 99-1113.
- 5) Romero Palmera J., Praderes G, & Calzolaio V. Leishmaniasis visceral. Estudio clínico epidemiológico de una serie de casos en el Estado Aragua. Venezuela 2000-2010. Revista Comunidad y Salud. 10 (Supl.2); 2012: 50-56
- 6) Feliciangeli, M.D. Vectors of Leishmaniasis in Venezuela. Parasitología. 33 (Supl.1); 1991: 229-236.
- 7) Zerpa O, Ulrich M, Borges R, Rodríguez V, Centeno M, Negrón E, Belizario D, Convit J. Epidemiological aspects of human and canine visceral leishmaniasis in Venezuela. Rev. Panam. Salud Publ. 2003, (13): 239-245.
- 8) Feliciangeli, M.D. Leishmaniasis en Venezuela: Situación actual, acciones y perspectivas para el control vectorial en el marco de un programa de control multisectorial. Bol. Mal. Salud Amb. 2014; 55: 1-7.
- 9) W.H.O. Cutaneous leishmaniasis http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69916/1/WHO_CDS_NTD_IDM_2007_3_eng.pdf. Consulta: 27/06/2015
- 10) OMS. Leishmaniasis, Nota descriptiva N° 375. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>. Consulta: 25/06/2015.
- 11) Locksley RM, Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser SL, Longo DL a& Jameson JL. (1994). Leishmaniasis. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. 13 Edition, Ed. Mc GrawHill. New York. cap. 175; 1994: 897-899.
- 12) Zerpa O, Ulrich M, & Convit J. Programa control de la Leishmaniasis Visceral en Venezuela. Publicación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Universidad Central de Venezuela e Instituto de Biomedicina. 2003: 8-17.
- 13) Croft S L, & Coombs GH. Leishmaniasis: current chemotherapy and recent advances in the search for novel drugs. Trends Parasitol 2003; 19:502-508.
- 14) Mendoza-León A, Shau JJ & Tapia FJ. A guide for Cutaneous Leishmaniasis Connoisseur. En: Molecular and immune mechanisms in the pathogenesis of cutaneous leishmaniasis. FJ Tapia; G Cáceres-Dittmar and MA Sánchez, eds. RG Cap 1. 1996; 1-23.

- 15) Vargas, E. & Yépez, Y. Aspectos epidemiológicos de la Leishmaniasis Visceral en Venezuela, con especial referencia al Estado Falcón. *Bol. Mal. Salud Amb.* 2014; 52(Supl.2):101-108.
- 16) Añez N, Nieves E, Cazorla D, Oviedo M, Lugo de Yarubh A, & Valera M. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Merida, Venezuela. III. Altitudinal distribution, age structure, natural infection and feeding behaviour of sandflies and their relation to the risk of transmission. *Ann. Trop. Med. Parasitol.* 1994; 88(Supl.3): 279-87.
- 17) Delgado O, Silva S, Coraspe V, Rivas MA, Rodríguez- Morales AJ, Navarro P, & Franco-Paredes C. Cutaneous Leishmaniasis Imported from Colombia to Northcentral Venezuela: Implications for Travel Advice. *Travel Med Infect (Supl. 6)*: 2008; 376-79.
- 18) Rodríguez-Morales AJ, Silvestre J & Cazorla-Perfetti DJ. (Imported Leishmaniasis in Australia. *J Travel Med.* 16 (Supl.2): 2009; 156-57.
- 19) Hobdell MH, Lalloo R & Myburgh NG. The human development index and per capita gross national product as predictors of dental caries prevalence in industrialized and industrializing countries. *Ann NY Acad Sci.* 1999; 896 (Supl.1):329-31.
- 20) Dedet JP, Pillot B, & Gentilini M. Evaluation of the socioeconomic costs of cutaneous leishmaniasis in French Guiana. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1991; 39(Supl.2): 129-33.
- 21) Rodríguez-Morales Alfonso J, Pascual-González Yuliana, Benitez Jesús A., López-Zambrano María A., Harter-Griep Rosane, Vilca-Yengle Luz M. & Cárdenas Rocío. (2010). Asociación entre la incidencia de leishmaniosis cutánea y el índice de desarrollo humano y sus componentes en cuatro estados endémicos de Venezuela. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2010; 27(Supl.1): 22-30.
- 22) Ministério da Saúde do Brasil. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Aspectos Clínicos, Vigilância Epidemiológica e Medidas de Controle. Brasília: Ministério da Saúde. 1998: 220.
- 23) GEVIEC. Instrumentos metodológicos para la evaluación de productos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín, Entralgo; Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS N° 2006/01: 15-137.
- 24) Silva F. R., Validez y Confiabilidad de los instrumentos de Recolección de Datos, 2009 Documento en línea disponible en: <http://www.slideshare.net/rosilfer/presentations>, Consultado en abril 2013.
- 25) Córdova, M. Estadística descriptiva e inferencial. Mosqueira. 5 Ed. Lima, Perú. 2003: 380-405.
- 26) Moher, D.; Cook, D.J.; Eastwood, S; Olkin, I.; Rennie, D. & Stroup D.F. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet* 1999; 354:1986-1900.
- 27) Stroup, D.F.; Berlin, J.A. & Morton, S.C. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA.* 2000; 283: 2008-2012.
- 28) OPS. Política andina de evaluación de tecnología sanitaria. [http://www.minsa.gob.pe/cset/documentos/ Políticas_Andinas_ETS_CTC_Julio_2010.pdf](http://www.minsa.gob.pe/cset/documentos/Políticas_Andinas_ETS_CTC_Julio_2010.pdf) Consultada: 23/06/2015.
- 29) Arce A, Estirado A, Ordobas M, Sevilla S, García N, Moratilla L, de la Fuente S, Martínez AM, Pérez AM, Aránguez E, Iriso A, Sevillano O, Bernal J, Vilas F & Euro Surveill. Re-emergence of leishmaniasis in Spain: community outbreak in Madrid, Spain, 2009 to 2012. *Eurosurveillance* 18 (Supl.30):1-7.
- 30) Hayden EC. Projects set to tackle neglected diseases. *Nature.* 2014; 505(7482):142.
- 31) Nail A & Imam A. Visceral leishmaniasis: Clinical and demographic features in an African population. *Pak. J. Med. Sci.* 2013; (2):485-9.
- 32) Lachaud L, Dedet JP, Marty P, Faraut F, Buffet P, Gangneux JP, Ravel C & Bastien P. Surveillance of leishmaniasis in France, 1999 to 2012. Working Group for the Notification of Human Leishmaniasis in France. *Euro Surveill.* 2013; 18(29):1-7.
- 33) Gkolfinopoulou K, Bitsolas N, Patrinos S, Veneti L, Marka A, Dougas G, Pervanidou D, Detsis M, Triantafyllou E, Georgakopoulou T, Billinis C, Kremastinou J, & Hadjichristodoulou C. Epidemiology of human leishmaniasis in Greece, 1981-Euro Surveill. 2011; 18(29).
- 34) Varani S, Cagarelli R, Melchionda F, Attard L, Salvadori C, Finarelli AC, Gentilomi GA, Tigani R, Rangoni R, Todeschini R, Scalone A, Di Muccio T, Gramiccia M, Gradoni L, Viale P & Landini MP. (2012). Ongoing outbreak of visceral leishmaniasis in Bologna Province, Italy, November 2012 to May 2013. *Euro Surveill.* 18(29).
- 35) Miró G, Checa R, Montoya A, Hernández L, Dado D & Gálvez R. Current situation of *Leishmania infantum* infection in shelter dogs in northern Spain. *Parasit Vectors.* 2012; 5:60.
- 36) Rijal S, Uranw S, Chappuis F, Picado A, Khanal B, Paudel IS, Andersen EW, Meheus F, Ostry B, Das ML, Davies C & Boelaert M. Epidemiology of *Leishmania donovani* infection in high-transmission foci in Nepal. *Trop Med Int Health.* 2010 (Supl. 2): 21-8.
- 37) Singh SP, Hasker E, Picado A, Gidwani K, Malaviya P, Singh RP, Boelaert M & Sundar S. Risk factors for visceral leishmaniasis in India: further evidence on the role of domestic animals. *Trop. Med. Int. Health.* 2010; (Supl.2):29-35.
- 38) Vásquez, L., Vásquez, L., Oviedo, M., Sandoval, C., Méndez, Y., Bastidas, G, & Miliani. Perfil epidemiológico de la leishmaniasis visceral americana en el estado Trujillo, Venezuela (1975-2007). *Bol. Mal. Salud Amb.* 2010; 52(Supl.2):233-242.
- 39) Fernández Z., Oviedo, M., Vivenes, M., Maffey, M., González, A. & Vásquez, L. Leishmaniasis visceral en Trujillo, Venezuela: conocimientos, actitudes, prácticas (CAP) y estrategias de prevención y control. *FERMENTUM Mérida - Venezuela.* 2011; 45-64.

- 40) Cannova, C., Ramírez, M., Simons, M., Hernández, V., Jaimes, L., Linares, M. & Aguilar, M. Seroepidemiología de leishmaniasis visceral urbana. Barrio Los Próceres. municipio Naguanagua. Estado Carabobo Venezuela. 2009.
- 41) Añez N., Rojas A., Crisante G. & Jerez M. Detección de leishmania braziliensis en lesión mucosa con 16 años de evolución: Registro de un caso. Bol. Mal. Salud Amb. 2012; 52(Supl.2):245-256.
- 42) Agrela I F. & Sánchez E. Prevalencia de la Leishmania spp. en un área periurbana de Altigracia de Orituco, estado Guárico Venezuela. Bol. Mal. Salud Amb. 2009; 49 (Supl.1):115-116.
- 43) De Lima, H., Borges R., Escobar, J. & Convit, J. Leishmaniasis cutánea americana en Venezuela, bienio 2008-2009. Bol. Mal. Salud Amb. 2011; 51(Supl.1): 215-224.
- 44) De Lima H., Borges R., Escobar J. & Convit J. Leishmaniasis cutánea americana en Venezuela: un análisis clínico epidemiológico a nivel nacional y por entidad federal, 1988-2007. Bol. Mal. Salud Amb. 2010; 50: 283-299.
- 45) De Lima, H, Feliciangeli M.D. (2011b). Manual para la prevención y atención del Paciente con Leishmaniosis cutánea en Venezuela. Universidad de Carabobo. Maracay 2011: 80
- 46) Palalnik de Sousa C & Day M. One health: The global challenge of epidemic and endemic leishmaniasis. Parasites & Vectors. 2011; 4:197.
- 47) Belo VS, Werneck GL, Barbosa DS, Simões TC, Nascimento BW, da Silva ES & Struchiner CJ. Factors associated with visceral leishmaniasis in the americas: a systematic review and meta-analysis. PLoS. Negl. Trop. Dis. 2013; 7(Supl.2): e2182.
- 48) Šiško-Kraljevi K, Jeroni A, Mohar B & Punda-Poli V. Asymptomatic Leishmania infantum infections in humans living in endemic and non-endemic areas of Croatia, 2007 to 2009. Euro Surveill. 2013; 18(29).
- 49) Zerpa O. & Convit J. Leishmaniasis cutánea difusa en Venezuela. Gaz. Méd. Bahia. 2009; 79 (Supl. 3): 30-34.
- 50) Añez N, Rojas A, Vargas E, Medina V, Crisante G & Yepéz J. Estudio epidemiológico sobre leishmaniasis visceral en la región semiárida del occidente de Venezuela con especial referencia a la detección de infecciones inaparentes. Bol Mal Salud Amb [online]. 2012; 52(2): 245-256. ISSN 1690-4648.
- 51) Rojas-Cabrera E., Guzman-Rivero J. M. & Verduguez-Orellana A. Leishmaniasis mucosa laríngea sin puerta de entrada evidente: presentación de un caso clínico. Gac. Med. Bol. 2011; 34: 91-93.
- 52) De Lima H., Rodríguez N., Feliciangeli M. D., Barrios M. A., Sosa A. & Agrela I. Cutaneous leishmaniasis due to Leishmania chagasi/Le. Infantum in an endemic area of Guarico State, Venezuela. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 2009; 103: 721-726.
- 53) Romero M., & Sánchez J. Evaluación de factores de riesgo de la leishmaniasis visceral en seis municipios endémicos Colombianos. Hacia promoc. Salud 2009; 14(2):67-75.
- 54) Ghatee MA, Sharifi I, Haghdoost AA, Kanannejad Z, Taabody Z, Hatam G, & Abdollahipahan A. Spatial correlations of population and ecological factors with distribution of visceral leishmaniasis cases in southwestern Iran. J. Vector. Borne. Dis. 50(Supl.3):179-87.
- 55) Gorski S, Collin SM, Ritmeijer K, Keus K, Gatluak F, Mueller M, & Davidson RN. Visceral leishmaniasis relapse in Southern Sudan (1999-2007): a retrospective study of risk factors and trends. PLoS Negl Trop Dis. 2010; 4(Supl.6):1-11.
- 56) González C, Wang O, Strutz SE, González-Salazar C, Sánchez-Cordero V, & Sarkar S. Climate change and Risk of leishmaniasis in North América: Predictions from Ecological Niche Models of Vector and Reservoir Species. PLoS Negl. Trop Dis. 2010; 4(Supl.1): 585.
- 57) Albuquerque PLMM, Silva GB, Freire CCF, Oliveira SBC, Almeida DM, Silva HF, Cavalcante MS & Queiroz Sousa A. Urbanization of visceral leishmaniasis (kala-azar) in Fortaleza, Ceará, Brazil. Rev. Panam Salud Pública. 2009; 26: 330-33.
- 58) De Araújo VE, Pinheiro LC, Almeida MC, de Menezes FC, Morais MH, Reis IA, Assunção RM, & Carneiro M. Relative risk of visceral leishmaniasis in Brazil: a spatial analysis in urban area. PLoS. Neql. Trop. Dis. 2009; 7(Supl.2): 2540.
- 59) Suárez R., Isidoro B., Santos S., Sierra M., Molina R., Astray J, & Amela H. Review of the current situation and the risk factors of *Leishmania infantum* in Spain. Rev. Esp. Salud Publica. 2012; 6 (Supl.6):555-64.
- 60) Hotez PJ & NTDs V. "blue marble health"--neglected tropical disease control and elimination in a shifting health policy landscape. PLoS. Neql. Trop. Dis. 2013; 7:11.
- 61) Santos JM, Dantas-Torres F, Mattos MR, Lino FR, Andrade LS, Souza RC, Brito FL, Brito ME, Brandão-Filho SP & Simões-Mattos L. Prevalence of anti-Leishmania spp antibodies in dogs from Garanhuns, in the middle scrub zone (Agreste) of Pernambuco. Rev. Soc. Bras. Med. Trop.2010; 43(Supl.1):41-5.
- 62) Carvalho BM, Maximo M, Costa WA, de Santana AL, da Costa SM, da Costa Rego TA, de Pita Pereira D, & Rangel EF. Leishmaniasis transmission in an ecotourism area: potential vectors in Ilha Grande, Rio de Janeiro State, Brazil. Parasit. Vectors.2013; 6(Supl.2): 325.
- 63) Souza TD, Turchetti AP, Fujiwara RT, Paixão TA & Santos RL. Visceral leishmaniasis in zoo and wildlife. Vet. Parasitol 2014; (Supl.3-4): 233-241.
- 64) Albarracin K, Molina N, & Romero J. Prevalencia de leishmaniasis visceral canina en las localidades Topo I, Topo II y Las Cumbres de Zamora de la parroquia capital de San Mateo Municipio Bolívar, estado Aragua. Rev. Fac. Cs. Vets. UCV. 2014; 48(Supl. 2):85-95.
- 65) Oliveira LC, Araújo RR, Alves CR, Mouta-Confort E, López JA & Mendonça-Lima FW. Seroprevalence and risk factors for canine visceral leishmaniasis in the endemic area of Dias D'Avila, State of Bahia, Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2010; 43(4):400-4.

- 66) Caraballo W & Arrivillaga J. Registro de *Lutzomyia longipalpis* sensu lato asociada a una cueva, refugio de fauna silvestre. Estado Falcón, Península de Paraguaná, Venezuela. Bol. Mal. Salud Amb. 2009; 50 (Supl.2):153-156.
- 67) Reyes A. & Arrivillaga J. Fauna mammalia asociada a los focos de leishmaniasis neotropical. Situación en Venezuela. Bol. Mal. Salud Amb. 2009; 49:139-152.
- 68) Singh SP, Picado A, Boelaert M, Gidwani K, Andersen EW, Ostyn B, Meheus F, Rai M, Chappuis F, Davies C & Sundar S. The epidemiology of *Leishmania donovani* infection in high transmission foci in India. Trop. Med. Int. Health. 2010; (Supl.2):12-20.
- 69) Almeida PS, Sciamarelli A, Batista PM, Ferreira AD, Nascimento J, Raizer J, Andrade JD Filho & Gurgel-Gonçalves R. Predicting the geographic distribution of *Lutzomyia longipalpis* (Diptera: Psychodidae) and visceral leishmaniasis in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 2013; 108(Supl.8): 992-996.
- 70) Vallur AC, Duthie MS, Reinhart C, Tutterrow Y, Hamano S, Bhaskar KR, Coler RN, Mondal D & Reed SG. Biomarkers for intracellular pathogens: establishing tools as vaccine and therapeutic endpoints for visceral leishmaniasis. Clin. Microbiol. Infect. 2013; 14(Supl.2): 66-74.
- 71) Yücel S, Özcan D, Seçkin D, Allahverdiyev AM, Kayaselçuk F, & Haberal M. Visceral leishmaniasis with cutaneous dissemination in a renal transplant recipient. Eur. J. Dermatol. 2013; 23(Supl.6):892-3.
- 72) Singh N, Mishra BB, Bajpai S, Singh RK a& Tiwari VK. Natural product based leads to fight against leishmaniasis. Bioorg. Med. Chem. 2013; 22(Supl.1): 18-45.
- 73) Gatto M, Abreu MM, Tasca KI, Simão JC, Fortaleza CM, Pereira PC, & Calvi SA. Biochemical and nutritional evaluation of patients with visceral leishmaniasis before and after treatment with leishmanicidal drugs. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2013; 46 (Supl.6):735-40.
- 74) Fernández MS, Santini MS, Cavia R, Sandoval AE, Pérez AA, Acardi S, & Salomón OD. Spatial and temporal changes in *Lutzomyia longipalpis* abundance, a *Leishmania infantum* vector in an urban area in northeastern Argentina. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 2013; 108 (Supl.7):817-24.
- 75) De Melo EC & Fortaleza CM- Challenges in the Therapy of Visceral Leishmaniasis in Brazil: Public Health Perspective. J. Trop. Med. 2013; 31-34.
- 76) Barbosa DS, Belo VS, Rangel ME, y Werneck GL. Spatial analysis for identification of priority areas for surveillance and control in a visceral leishmaniasis endemic area in Brazil. Acta Trop. 2013; 131:56-62.
- 77) Holcman MM1, Sampaio SM, Rangel O & Casanova C. Spatial and seasonal distribution of *Lutzomyia longipalpis* in Dracena, a city in the western region of the State of São Paulo, Brazil, that is endemic with visceral leishmaniasis. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2013; 46(Supl.6):704-12.
- 78) De Los Ríos M., Terán Á., Silva R. & Cabrera M. Estandarización de la prueba aglutinación directa empleando antígenos autóctonos para el diagnóstico de la leishmaniasis visceral en zonas endémicas de Venezuela. Bol. Mal. Salud Amb. 2010; 50(Supl.1):53-63

NEUROCISTICERCOSIS: ENFERMEDAD INFECCIOSA DESATENDIDA, OLVIDADA Y EMERGENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

NEUROCYSTICERCOSIS: AN IGNORED, FORGOTTEN AND EMERGING INFECTIOUS DISEASE. A CASE STUDY

Rosirys Velasquez Salazar¹; Solimar Rojas²; Adriana Briceño³; Marco Prieto⁴

ABSTRACT

The case is a male patient of 31 years of age, who started presenting headaches from mild to severe intensity without calm, and vomiting several times a month prior to admission to the emergency room at the Central Hospital of Maracay. Then, he had and intermittent fever of 39°C and neurological symptoms characterized by an altered state of consciousness, right hemiplegia, motor aphasia, and a III, IV and VI level of cranial nerve paralysis. Computerized tomography showed extensive hypodense image in the right brain, irregular edges with mass effect deviated midline structures to the contralateral side. In the Brain Magnetic Resonance Imaging with contrast, revealed several numerous universal rounded images, which captured contrast on its periphery, including at the level of brain stem and midbrain, highly suggestive of neurocysticercosis. The patient died a few hours later. Clinical suspicion is important of this entity to guide studies for early diagnosis, due to the expected increase of incidence in the coming years. Pathogenesis, diagnosis and treatment of neurocysticercosis were reviewed.

KEY WORDS: Neurocysticercosis, cestode, *Taenia solium*.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 31 años de edad, quien un mes previo a su ingreso al servicio de emergencia del Hospital Central de Maracay, comenzó a presentar cefalea holocraneana de moderada a fuerte intensidad sin acalmia y vómitos en múltiples oportunidades, posteriormente fiebre de 39°C intermitente y clínica neurológica caracterizada por alteración del estado de consciencia, hemiplejía derecha, afasia motora, parálisis del III, IV y VI par craneal. La tomografía axial computarizada mostró imagen hipodensa extensa en hemisferio cerebral derecho, de bordes irregulares con efecto de masa que desviaba estructuras de la línea media al lado contralateral. En la resonancia magnética cerebral (RM) con contraste se evidenciaron múltiples imágenes redondeadas universales, que captaban contraste en su periferia, incluyendo a nivel de tallo cerebral y mesencéfalo, altamente sugestivas de Neurocisticercosis. El paciente fallece pocas horas después. Es importante la sospecha clínica de esta entidad para orientar los estudios al diagnóstico precoz, debido al previsible aumento de la incidencia en los próximos años. Revisamos la patogenia, diagnóstico y tratamiento de la neurocisticercosis.

PALABRAS CLAVE: Neurocisticercosis, cestodo, *Taenia solium*.

INTRODUCCIÓN

La Teniasis es la infección parasitaria producida por el adulto de *Taenia solium* y *Taenia saginata*, mientras que la cisticercosis es causada por el estadio larvario (cisticerco) de estos ténidos en hospedadores

intermediarios; el hombre puede de forma accidental adquirir la cisticercosis.^{1,2,3} La cisticercosis es una enfermedad tropical parasitaria ocasionada por un helminto *Tenia solium*, se encuentra incluida en el grupo de enfermedades infecciosas desatendidas (EID), priorizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la región de las Américas.³ Las EID, según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comparten los mismos indicadores sociosanitarios por estar estrechamente vinculadas con la pobreza, el aislamiento geográfico de las poblaciones, la estigmatización social, el subregistro, la carestía de recursos financieros para su control, la escasez de fármacos y la dificultad que enfrentan los centros de salud para tener acceso a los métodos de diagnóstico.^{3,4}

Recibido: Septiembre 2016

Aprobado: Octubre 2016

¹Medicina Interna. Hospital Central de Maracay. Coordinadora de PG de Medicina Interna UCSA. ²Adjunto Servicio de Emergencia Hospital Central de Maracay. Profesora UCSA. ³Médico Cirujano. UCSA. ⁴Residente de Postgrado Medicina Interna UCSA.HCM.

Correspondencia: rosirysvelasquez.salazar@hotmail.com

De allí que la neurocisticercosis es considerada como una enfermedad desatendida, a pesar de los planes emergentes diseñados para su control, permanece olvidada y en riesgo de convertirse en un "serio problema" no solo desde el punto de vista de la salud pública, sino también para el paciente que la padece, debido a las manifestaciones clínicas, específicamente por la presencia del parásito en el Sistema Nervioso Central (SNC). Las larvas de este cestodo, afectan preferencialmente al SNC y a los músculos, pudiendo también afectar al tejido celular subcutáneo y al ojo.^{5,6} La neurocisticercosis es una enfermedad que debe ser incluida en los diagnósticos de exclusión de las lesiones expansivas del SNC, sus manifestaciones clínicas son variables y dependen del número, la localización, tamaño y etapa del parásito, así como del grado de respuesta inflamatoria del huésped.^{7,8}

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 31 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, trabajador de una granja en labores de fumigación y aseo; quien según datos aportados por la historia clínica de ingreso al Hospital Central de Maracay-Estado Aragua Venezuela, inició sintomatología un mes previo a su hospitalización con cefalea holocraneana de moderada a fuerte intensidad sin acalmia, concomitantemente vómitos en múltiples oportunidades de contenido alimentario y fiebre de 39°C intermitente. Por presentar hemiplejía derecha, afasia motora, ptosis palpebral izquierda y alteración del estado de consciencia es trasladado por familiares al servicio de emergencia donde ingresa en malas condiciones generales, afebril, caquéxico, con signos de deshidratación, palidez cutánea mucosa generalizada y máculas hipercrómicas en tercio distal de miembros inferiores y tórax anterior. El examen físico muestra los siguientes signos: PA: 100/65, TAM: 76,6 mmHg, FC: 72 lpm, FR 14 rpm. Mucosa oral seca, con placas bien delimitadas de bordes elevados de color blanco en dorso anterior de lengua. Tórax hipoexpansible, con tiraje intercostal, roncus dispersos bilaterales y crepitantes finos en base de hemitórax derecho. Examen Neurológico: Glasgow 10 puntos (AO: 4 pts, RM: 5 pts, RV: 1 pts), Fascie asimétrica por ptosis palpebral izquierda, pupilas anisocóricas por midriasis izquierda hiporeactiva, parálisis de los músculos extraoculares en ojo izquierdo, nistagmo horizontal derecho. Hemiplejía derecha y disminución de la fuerza muscular en miembro inferior izquierdo (2/5). Reflejos osteotendinosos en miembros superiores conservados e hiporreflexia en miembros inferiores, ausencia de movimientos involuntarios, taxia y praxia conservada. Laboratorio: Leucocitos: 10.800, Neutrófilos: 88,4%, Linfocitos: 7,3%, Monocitos: 4%, Basófilos: 0,3%, Plaquetas: 123.000, Hemoglobina: 14,4 g/dl, Hematocrito:

43,4%, V.C.M. 79,6 fL, HCM: 26,4 pg. En TAC craneal simple, se evidenció imagen hipodensa extensa en hemisferio cerebral derecho de bordes irregulares que ejercía efecto de masa sobre el ventrículo lateral derecho. En estudio de RM cerebral con contraste, se evidenciaron múltiples imágenes en T2 redondeadas con captación de contraste en su periferia, incluyendo a nivel de tallo cerebral y mesencéfalo sugestivo de proceso infeccioso tipo Neurocisticercosis (NCC). El paciente presenta empeoramiento del cuadro neurológico, se intuba y conecta a ventilación mecánica y fallece 3 horas después de su ingreso, sin completar estudios diagnósticos respectivos.

Epidemiología y Patogenia

La cisticercosis es endémica en la mayor parte del mundo, sin embargo es considerada un marcador biológico de subdesarrollo socioeconómico, por lo que puede ser una enfermedad endémica de distribución restringida a los países en vías de desarrollo.⁹⁻¹¹ Las pruebas inmunológicas para cisticercosis humana han sido positivas en un 8-12% de los habitantes de algunas zonas endémicas.¹¹ De los países americanos solo Canadá y Estados Unidos parecen estar libres de la transmisión por el ciclo cerdo-humano siendo baja su prevalencia. En Argentina, Chile y Uruguay el registro de casos es esporádico; sin embargo, en los últimos años en estos países se está observando un aumento en la frecuencia de la infección en relación con la inmigración de personas de países vecinos donde la infección por *Tenia solium* tiene una alta prevalencia.^{9,10}

La NCC es la infección parasitaria más frecuente del SNC; no obstante, existen muchos casos asintomáticos, por tanto es difícil establecer su prevalencia; sin embargo, en estudios de autopsias realizadas en hospitales de México, país con una alta prevalencia de Cisticercosis, su frecuencia oscila entre 2,8 a 3,6%.¹⁰ Diferentes estudios epidemiológicos muestran la asociación significativa entre la seropositividad para anticuerpos contra cisticercosis con la Epilepsia sintomática en habitantes urbanos y rurales de América Latina, llegando inclusive a estimarse una frecuencia de 400.000 personas con NCC sintomática, siendo las crisis convulsivas la forma clínica más frecuente en la mayoría de los casos.¹²⁻¹⁴

En Venezuela no existen datos oficiales sobre prevalencia de morbimortalidad por esta infección parasitaria; sin embargo, ha sido demostrada la presencia de casos de cisticercosis humana por seroprevalencia en diferentes estados del país.¹⁵ En el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad

de los Andes en Mérida se estudiaron 1200 personas en el periodo 1995-1999 y obtuvieron 30% positivos en líquido cefalorraquídeo y 45% positivos en sueros.¹⁶ Se estima que los estados centro occidentales sean los más afectados.^{17,18} Esto pone en evidencia la necesidad de evaluar la prevalencia del binomio Teniasis/ Cisticercosis en salud pública. (Figura 1)

La *Taenia solium* es una de las 8 especies de cestodos que infectan a los humanos. Está compuesta por un escólex y un cuerpo con cientos de proglótides. El ciclo de vida de este parásito tiene 3 fases: huevo, larva y adulto.¹⁹ Involucra dos huéspedes: el cerdo y el humano como intermediarios y el hombre como único huésped definitivo.²⁰ La *Taenia* adulta mide de 2 a 4 metros y vive adherida, mediante un escólex, a la pared del intestino delgado de los humanos. Diariamente, algunas proglótides distales cargadas con miles de huevecillos son expulsadas por las heces y contaminan el agua y la tierra.²¹ Cuando no hay un buen manejo de las excretas y un cerdo se alimenta con éstas, los huevos fértiles en el intestino pierden su cubierta y liberan oncosferas. Éstas ingresan al sistema circulatorio y llegan a algún tejido, donde dan origen al cisticerco. La ingesta por los seres humanos de carne de cerdo contaminada, cruda o mal cocinada, permite que las larvas alcancen el intestino delgado, los escólex se adhieran a la pared intestinal y comiencen a formar proglótides.^{19,21} Posteriormente las proglótides se comienzan a multiplicar y maduran en un lapso de 4 a 6 meses.²⁰ La contaminación fecal-oral es la principal forma de contagio humano, a partir de individuos portadores de la *Tenia*. Las larvas pueden invadir cualquier tejido; sin embargo, éstas tienen una predilección por el SNC.²² Después de entrar en el SNC, el cisticerco se encuentra en su estado viable o vesicular, donde puede mantenerse por años. Una vez que el sistema inmune del huésped reacciona, el cisticerco degenera y pasa por un primer estadio conocido como estado coloidal, luego a un estado granuloso en el que ya no es viable y por último los remanentes se calcifican.²⁰

Características Clínicas

Las manifestaciones clínicas neurológicas de esta entidad van a depender de la localización de la lesión, del tamaño y número de los cisticercos dentro del tejido encefálico.^{23,24} No hay ninguna sintomatología patognomónica y esto hace que el diagnóstico en ciertas ocasiones sea tardío o por descarte de otras patologías neurológicas. La clínica puede presentarse meses o años después de la infección inicial y es ocasionada desde el punto de vista fisiopatológico por la reacción inflamatoria del huésped y el efecto de masa.¹ Las manifestaciones

clínicas más frecuentes son: convulsiones, cefaleas y los signos que derivan de la hipertensión endocraneana que se produce principalmente por dos mecanismos, debido a la presencia de quistes de gran tamaño que actúan como lesiones expansivas o debido a la cercanía de las lesiones con el sistema ventricular que ocasionan hidrocefalia obstructiva.^{25,26} Los pacientes con NCC del IV ventrículo pueden presentar oclusión transitoria del Acueducto de Silvio y los síntomas y signos que esto produce se han agrupado en el denominado Síndrome de Bruns, el cual se produce por una lesión móvil intraventricular generando una hidrocefalia obstructiva intermitente.

Este síndrome se caracteriza por cefalea, papiledema y pérdida del conocimiento, con una recuperación rápida provocada por movimientos rotatorios de la cabeza.²⁷ En general, las crisis convulsivas son más comunes en pacientes jóvenes, pudiendo ser parciales simples con generalización secundaria y/o crisis tónico clónicas. Se puede presentar estatus epiléptico en 1-3% de los casos.^{25,26} Con respecto a las cefaleas, algunos reportes han sugerido la asociación de NCC con cefaleas primarias, principalmente migraña o cefalea tensional.²⁸

Otras manifestaciones clínicas descritas son: síntomas de encefalitis, parálisis de los nervios craneales, trastornos de la marcha y ataxia, déficits focales, trastornos visuales, alteración del estado mental, síntomas neuropsiquiátricos y signos piramidales secundario a enfermedades cerebrovasculares.²⁵ La encefalitis por cisticerco ocurre como consecuencia de una intensa reacción inflamatoria del huésped ante la invasión masiva de cisticercos del parénquima cerebral. Es más frecuente en mujeres jóvenes y niños y se manifiesta con alteración de la conciencia, convulsiones, alteraciones visuales, cefaleas, vómitos y edema de papila.¹⁹ Se ha visto que las mujeres presentan un nivel incrementado de interleucinas (IL) IL5, IL6 e IL10, al igual de un recuento mayor de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) con respecto a los hombres. Tal vez por esta razón presentan casos más severos de NCC que se pueden relacionar con una respuesta inflamatoria de mayor magnitud.²⁹ La invasión de los espacios subaracnoideos puede causar engrosamiento de las leptomeninges; cuando este engrosamiento afecta a la base del cráneo y la cara ventral del tronco cerebral, puede atrapar el quiasma óptico y los nervios craneales, provocando su parálisis o disfunción.¹⁹

Los accidentes cerebrovasculares relacionados con la cisticercosis, son causados por cambios inflamatorios a nivel de la pared de las arterias

Pruebas de detección de antígeno para cisticercosis

La detección de antígenos parasitarios circulantes refleja la presencia de parásitos vivos, establece el inicio de una infección viable en ausencia de características radiológicas definitivas, además puede permitir la verificación cuantitativa del éxito del tratamiento. Sin embargo, estas pruebas carecen de la adecuada sensibilidad y especificidad debido a la gran reactividad cruzada con otras helmintiasis. La técnica diagnóstica del inmunoensayo enzimático (ELISA) convencional, que utiliza antígenos crudos o parcialmente purificados, ha sido la prueba inmunodiagnóstica más ampliamente utilizada pero su sensibilidad total es de aproximadamente 75% cuando solo el SNC está involucrado.^{36,37} La detección de antígenos específicos a través la técnica de Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una técnica molecular auxiliar que según reportes aislados ha mostrado una sensibilidad que varía entre 83 y 96.7%, mientras que la especificidad es 100%.¹³ Dado los inconvenientes relacionados con la baja sensibilidad y especificidad y a la incapacidad de diferenciar infecciones que afectan al sistema nervioso central, de aquellas que se limitan a músculos o tejidos subcutáneos, hace necesario complementar el diagnóstico, desde el punto de vista clínico, con los estudios de imágenes.

Estudios de Imagen

Los hallazgos en neuroimágenes de la NCC dependen del estadio larvario de la *Taenia solium*, del número y localización, (parenquimatoso, subaracnoideo e intraventricular), de la respuesta inmune del huésped (edema, gliosis, aracnoiditis) y del desarrollo de lesiones secundarias (arteritis, infartos e hidrocefalia).^{10,38-40} La RM específicamente con contraste y la técnica de FLAIR es más sensible que la TAC para el diagnóstico de la enfermedad dado que permite identificar un mayor número de lesiones, clasificar los distintos estadios de la NCC, evidenciar la presencia del escólex dentro del quiste y determinar el grado de respuesta inflamatoria (edema perilesional y ruptura de la barrera hematoencefálica).^{21,40}

La lesión característica en el tejido encefálico denominada cisticercos, es una vesícula de la larva de la *Taenia solium* que puede medir desde 5mm hasta 2 cm, con un tamaño promedio de 1cm, la cual posee en su interior el escólex como producto de una invaginación. La presencia del escólex dentro de la lesión quística es considerada patognomónica.⁴⁰ La búsqueda del escólex (porción cefálica del parásito) en las diferentes secuencias es por lo tanto un objetivo primordial. En

estas secuencias el escólex se observa como un foco excéntrico dentro del quiste hipointenso. El uso de medio de contraste identifica lesiones con realce nodular en los estadios coloidal y granulomatoso. La obtención de las secuencias T1 en fases tardías tras la administración de contraste incrementa la sensibilidad en la detección de lesiones.⁴¹ En las secuencias ponderadas en T1 y T2, el escólex es visualizado como un nódulo isointenso en relación con el parénquima cerebral, mientras que en las secuencias T2 el nódulo es leve a moderadamente hipointenso. Las secuencias de densidad de protones y FLAIR son las de mayor sensibilidad para determinar la presencia o no de escólex.⁴⁰

Según algunos autores la cisticercosis presenta 4 fases evolutivas: 1. Vesicular 2. Coloidal 3. Granular 4. Calcificada.^{33,38-40}

Cisticercos o Fase vesicular: Llamados quistes viables (forma viva del parásito dentro del parénquima cerebral), son lesiones redondeadas hipodensas bien demarcadas vistas en las TAC, de localización generalmente supratentorial y cortical. Pueden ser únicos, múltiples, de diferentes tamaño, carecen de edema perilesional, no incrementan su captación después de la administración del contraste y característicamente muestran un nódulo claro (una imagen de agujero con punto) en su interior, el cual representa al escólex.³⁶ En las secuencias ponderadas en T1 y T2, el escólex es visualizado como un nódulo isointenso en relación con el parénquima cerebral. En las secuencias T2 el nódulo es leve a moderadamente hipointenso.⁴⁰

Cisticercos o Fase Coloidal: En esta fase los parásitos están degenerándose y se presentan desde el punto de vista radiológico como lesiones nodulares quísticas no bien definidas, rodeadas por edema perilesional que capta el medio de contraste. Se suelen presentar en la TAC como lesiones hipodensas en menor cuantía, mientras que en la RM se ven como lesiones hipointensas en T1.³⁸⁻⁴¹

Cisticercos o Fase Granular: Los cisticercos granulares son parásitos degenerados vistos como lesiones nodulares hiperdensas que captan en forma anular o difusa el medio de contraste, rodeadas por edema o por un borde de gliosis. En las imágenes se muestran como "GRANULOMAS" Hiperdensos en la TAC e Hiperintensos en la RMN.⁴¹

Cisticercos calcificados o Fase Calcificada: Está representada en la TAC por imágenes nodulares pequeñas o puntiformes hiperdensas sin edema perilesional ni captación anormal después de la

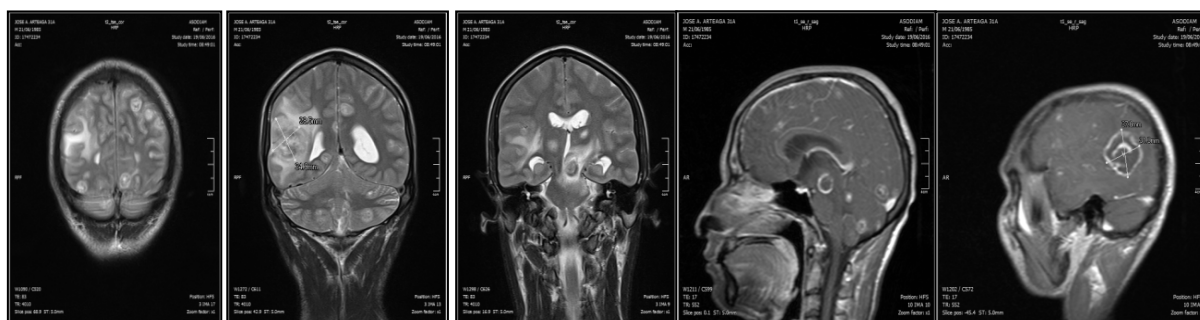


Figura 2: Caso JA. RM axial T2: (a): Lesiones circunscritas localizadas en la convexidad de la corteza cerebral rodeadas de un halo hiperintenso sin edema perilesional con nódulo excéntrico hiperintenso en su interior, correspondiente al escólex de cisticerco. (b): Lesión dominante nodular (28,5x34,9 mm) con halo difuso, contenido de intensidades mixtas localizada en la corteza parietal posterior derecha en adyacencia al cuerno posterior del ventrículo lateral ipsilateral, el cual se colapsa de manera parcial por una área reforzada de edema perilesional (Granuloma). Cisticerco coloidal en Hemisferios cerebelosos. (c) Granuloma localizado en tallo cerebral (mesencéfalo) edema perilesional se extiende hacia la protuberancia, lo que explica el compromiso de los pares craneales. (d)(e): RM sagital T1 Cisticercos Vesiculares múltiples, Lesiones hipointensas en esta Secuencia, con escólex excéntrico hiperintenso en su interior. Granuloma parietal derecho.

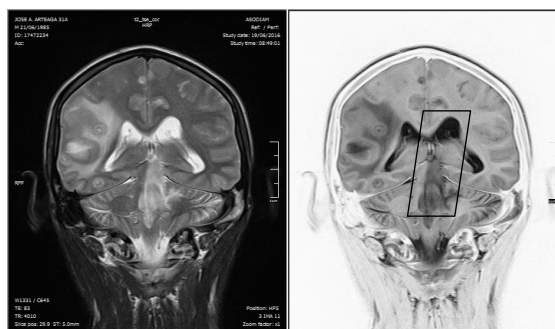


Figura 3: Caso JA: RM Axial T2: Cisticercos corticales vesiculares y coloidales Granuloma Parietal derecho con importante edema perilesional. Gliosis a nivel de tallo encefálico.

administración de contraste. Estas lesiones usualmente no son visibles con la RM. En esta etapa el parásito está muerto.^{33, 41} (Figura 2 y 3)

La hidrocefalia es el hallazgo tomográfico más común en la NCC subaracnoidea. Mientras que la mayoría de los quistes subaracnoideos localizados por encima de la convexidad de los hemisferios cerebrales son pequeños, las lesiones localizadas en el valle silviano o dentro de las cisternas basales pueden alcanzar en tamaño de 50mm o más, desplazando estructuras vecinas y comportándose como una lesión ocupante de espacio o lesión expansiva.⁸

Los quistes ventriculares aparecen en las TC como lesiones quísticas. Son inicialmente isodensos con

respecto al LCR pudiendo pasar inadvertidos. Sin embargo, su presencia puede ser inferida por la distorsión del sistema ventricular causando hidrocefalia asimétrica u obstructiva. Por el contrario, la mayoría de quistes ventriculares son bien visualizados con la RM porque las propiedades de su señal difieren de aquellas del LCR, particularmente cuando se usa la técnica de recuperación de la inversión atenuada de líquido FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery).⁴¹ Estos quistes también pueden moverse dentro de las cavidades ventriculares en respuesta a los movimientos de cabeza de los pacientes (signo de la migración ventricular), fenómeno que es mejor observado con el uso de la RM que con la TAC. Ocasionalmente este hallazgo facilita el diagnóstico en el caso de la cisticercosis ventricular.³⁸

Tabla 1.- Criterios Diagnósticos y grados de Certeza.

**Tabla 1: Criterios Diagnósticos y grados de Certeza.
Adaptado desde la referencia 6**

1. Criterios absolutos: permiten un diagnóstico inequívoco de la neurocisticercosis:

- Histología del cisticerco en la biopsia cerebral o medular.
- Tomografía Craneal o resonancia magnética con lesiones quísticas e imágenes de escólex en el interior.
- Visualización directa de parásitos subretinianos en el fondo de ojo.

2. Criterios mayores: sugieren el diagnóstico, pero no confirman la enfermedad:

- Neuroimagen con lesiones altamente sugestivas de neurocisticercosis.
- Identificación de anticuerpos anticisticerco en sangre mediante EITB
- Resolución de lesiones quísticas intracraneales después de tratamiento con albendazol o praziquantel.
- Resolución espontánea de pequeñas lesiones que captan en anillo (< 20 mm) en pacientes con crisis epilépticas, sin otros síntomas.

3. Criterios menores: son frecuentes pero no son específicos de la enfermedad:

- Lesiones compatibles con neurocisticercosis en estudios de neuroimagen.
- Manifestaciones clínicas sugestivas de neurocisticercosis, tales como crisis epilépticas, signos neurológicos focales, hipertensión intracraneal y demencia.
- Prueba de ELISA positiva en LCR para la detección de anticuerpos anticisticerco o antígenos anticisticerco.
- Evidencia de cisticercosis por fuera del SNC.

4. Criterios epidemiológicos: se refieren a la evidencia circunstancial a favor del diagnóstico de neurocisticercosis:

- Evidencia de contacto con un cohabitante infectado por *Taenia solium*.
- Individuos que vivan o hayan residido en países donde la neurocisticercosis es endémica.
- Historia de viajes frecuentes a áreas endémicas para neurocisticercosis.

1. Diagnóstico definitivo: en pacientes que tienen un criterio absoluto, o en aquellos que tienen 2 criterios mayores, un criterio menor y un criterio epidemiológico.

2. Diagnóstico probable: en pacientes que tienen un criterio mayor y 2 menores, y en aquellos que tienen un criterio mayor, un criterio menor y un criterio epidemiológico. También en los casos en los que se tienen 3 criterios menores y un epidemiológico.

Adaptado a partir de DelBrutto OR y Colaboradores.⁶

Tratamiento

El tratamiento de los pacientes debe ser individualizado con base a las manifestaciones clínicas, la localización, fase de desarrollo del quiste (viabilidad), nivel de inflamación y las complicaciones.¹ Todos los pacientes requieren de una adecuada terapia sintomática (anticonvulsivantes, analgésicos, manitol, entre otros); es controversial el uso de drogas antiparasitarias por el beneficio o riesgos asociado a su uso en todos los casos.²

El régimen de tratamiento antihelmíntico específico para la NCC intraparenquimal con quistes

viables recomendado es Albendazol, 15mg/kg/d vía oral, por 7 días o más. El tratamiento con Albendazol usualmente puede causar una severa respuesta inflamatoria por degeneración y muerte de los cisticercos viables por lo que, los esteroides deben ser usados para suprimir esta respuesta.² Se aconseja administrarlo simultáneamente con Dexametasona a una dosis de 0,1mg/kg/d durante al menos 7-10 días. Una droga antiparasitaria alternativa, Praziquantel, puede ser usada oralmente en un régimen de un solo día dividido en 3 dosis de 25mg/kg dado en intervalos de 2 horas o en el régimen estándar de 50-100mg/kg/d durante 15 días. La eficacia del curso de un solo día es buena, tanto en pacientes con un solo quiste como en aquellos con baja carga de quistes, pero es menos eficaz en quienes

presentan una alta carga quística. En general, el Praziquantel tiene una ligera menor eficacia en la eliminación de quistes y sus niveles séricos disminuyen con el uso de los esteroides.^{1,2,8,42-44.}

No existe razón para el uso de Cestocidas en el tratamiento de quistes calcificados (formas no viables). Se considera la neurocisticercosis subaracnoidea como una clara indicación para el uso de terapia antiparasitaria, la dosificación mínima por 4 semanas y puede requerir varios cursos de tratamiento.⁸ La Ivermectina, un compuesto ampliamente usado en el mundo como antiparasitario humano, con gran eficacia y mínimos o escasos efectos indeseados, parece ser una excelente alternativa terapéutica en el manejo de la NCC, especialmente en aquellos pacientes que no responden al tratamiento convencional con Albendazol y/o Praziquantel.⁴⁵

Especial mención merece el tratamiento adecuado de los pacientes portadores del estado adulto de la *Taenia solium* para interrumpir la transmisión de la cisticercosis: Niclosamida (2gr) o de Praziquantel (5mg/kg) dosis única.⁴⁵

CONCLUSIONES

El diagnóstico definitivo de la Cisticercosis es complicado dado que podría requerir la comprobación de la presencia del parásito en el tejido afectado. Una serología negativa para cisticercos en suero o en LCR tiene un alto valor predictivo para las afecciones neurológicas no-cisticercósicas; sin embargo, debe

enfatzarse que ante la presencia de una TAC o una RM características, una prueba serológica negativa nunca excluye el diagnóstico de cisticercosis. Por lo general la presentación clínica y los hallazgos imagenológicos especialmente TC y RM son suficientes para establecerlo. La NCC en especial es un cuadro clínico complicado, que puede llegar a ser mortal como el caso clínico que se presenta, donde a pesar de la magnitud y variabilidad de los hallazgos imagenológicos, la clínica neurológica fue manifiesta pocos días antes de su ingreso al hospital y horas antes de la muerte. Es necesaria que esta infección tropical, parasitaria, endémica, desatendida y olvidada en los países subdesarrollados sea considerada por las autoridades del sector salud con el fin de evitar una epidemia.

La solución a este serio problema de Salud Pública debe estar básicamente dirigida a prevenir la enfermedad mediante un cambio en las condiciones de vida de los grupos socioeconómicos menos favorecidos, la promoción de educación para la salud, la adecuada disposición de excretas y residuos sólidos, control veterinario de la cría de cerdos y de la venta clandestina de su carne, además del mejoramiento en la formación de los trabajadores de la salud, en el manejo adecuado y el acceso fácil y oportuno a las técnicas de diagnóstico y tratamiento. Esto implica la inversión de recursos económicos, organización y tiempo, lo cual dificulta imaginar su alcance en un futuro cercano, por lo que es necesario mantenerla incluida como diagnóstico diferencial de cualquier síntoma o signo neurológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Cantey P, and et al. Neglected Parasitic Infections in the United States: Cysticercosis. *Am J Trop Med Hyg.* 2014. 90(5):805-809.
- 2) Woodhall D, and et al. Neglected Parasitic Infections: What Every Physician Needs to Know. *Am Fam Physician.* 2014. 89(19):803-811.
- 3) Cabezas, C. Enfermedades infecciosas desatendidas: un permanente reto para la salud pública y la equidad en el Perú. *Rev Peru Med Exp.Salud Publica.* 2014;31(2):326-35.
- 4) Ferrer E. Teniasis/Cisticercosis: Avances en diagnóstico inmunológico y molecular. *Bol Mal Salud Amb* [Internet]. 2006 Jul [citado 2016 Sep 02]; 46(1): 1-13. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-46482006000100001&lng=es
- 5) Frieiro, C, and et al. Neurocisticercosis pediátrica: a propósito de dos casos. *Rev Neurol* 2013; (56): 86-90.
- 6) Del Brutto OR, Rajshekhar V, and eat. Proposed diagnostic criteria for neurocysticercosis *Neurology* [Internet]. 2001 [citado 2016 Sep 02]; 52(2):171-177. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/evals/eflink.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=>
- 7) Pinilla-Monsalve G. D, Rueda-Ochoa O. L. Hemiparesia ipsilateral y calcificaciones en ganglios basales: Reporte de un Caso. *ActaNeurolColomb.* [Internet]. 2014 Oct [cited 2016 Sep 02] ; 30(4): 314-321. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482014000400012&lng=en.
- 8) Saavedra H, Gonzales I, Alvarado MA, Porras MA, Vargas V, Cjuno RA, et al. Diagnóstico y manejo de la neurocisticercosis en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2010; (27): 586--91.
- 9) Román G, Sotelo J, Del Brutto O, Flisser A, Dumas M, Wadia N, et al. A proposal to declare neurocysticercosis a international reportable disease. *Bull World Health Organ.* 2000; (78):399--406.
- 10) Organización Panamericana de la Salud (OPS), Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y el Buró Internacional para la Epilepsia (IBE). [Internet]. Panamá; 2008[citado Octubre 2016] Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica: 18-19. Disponible:<https://www.google.co.ve/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Informe+sobre+la+epilepsia+en+Latinoam%C3%A9rica>.
- 11) Carpio A. Neurocysticercosis: An uptape. *Lancet Infect Dis.* 2002 Dec; 2(12):751-62.
- 12) González Isidro, Miranda Jaime and eat. *Tropical Medicine & International Health.* 2015 April; 20(4): 546-552.
- 13) OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Asamblea Mundial de la Salud, 56; 2003 [citado 21 octubre 2016]. Control de la neurocisticercosis: informe de la Secretaría. Disponible: <http://www.who.int/iris/handle/10665/79988>.
- 14) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud OPS/OMS [Internet]. Colombia: 2015 [citado Octubre 2016]. Informe Primera Reunión Regional sobre control de Taenia solium en América Latina. Disponible:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=35686&Itemid=270details... Link: primera-reunion-regional-control-tena-solium-americas-2015.pdf
- 15) Rojas G, Aguilar C, Ferrer E. Cisticercosis Humana: una dolencia olvidada. *Salus* [Internet]. 2007 [citado Octubre 2016]; 11(1):53-57. Disponible: http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/contenido_salus11_s1.pdf.
- 16) Rangel F, Valvuela C. Determinación de la prevalencia de cisticercosis en dos poblaciones del Estado Mérida. [Tesis de Grado]. Universidad de los Andes. Escuela de Bioanálisis. Facultad de Farmacia. Mérida. Venezuela; 1995.
- 17) Alarcón de Noya, B., Dávila I., Fernández I., Bruces A.C., Spencer L., Medina L., García M.F. y Colmenares C. Utilidad de la determinación simultanea de IgG e IgM específicas en suero y liquido cefalorraquídeo para el diagnóstico de la neurocisticercosis en Venezuela. *Arch. Venezolanos Med. Trop.* 1997; (1): 81-92.
- 18) Peñaloza C. Epilepsia de inicio tardío. Memorias de las Primeras Jornadas de la Liga Andina Contra la Epilepsia. Mérida. Venezuela. 1997; 24-29.
- 19) Del Brutto O. Neurocysticercosis: Areview. *The scientific World Journal* 2012, Article ID 159821, 8 pages, 2012.doi: 10.1100/2012/159821.
- 20) Del Brutto OH. Neurocisticercosis: actualización en diagnóstico y tratamiento. *Neurología.* 2015; (20): 412-418.
- 21) Kelvin E A, Carpio A, Bagiella E, et al. Seizure in people with newly diagnosed active or transitional neurocysticercosis. *Seizure* 2011; (20):119-125.
- 22) Sarria Estrada, L. FrasccheriVerzelli, S. SiuranaMontilva, C. Auger Acosta y A. Rovira Cañellas. Neurocisticercosis. Hallazgos radiológicos. *Radiología.* 2013; 55(2):130--141
- 23) Herrera AW, Herrera RM, Baumgartner RM. Neurocisticercosis y trastornos neuropsiquiátricos. *Revista Cúpula* 2001, 22(1).
- 24) Carabin H, Ndimubanzindimubanzi PC, Budke CM et al. Clinical manifestation associated with neurocysticercosis: A systemic review. *PLoS Nengl TropDis* 2011; 5(5):e1152.
- 25) Holmes E. N, Iles E. Linda, Danks A et al. Neurocysticercosis causing sudden death. *Am J Forensic Med Pathol* 2010; (31):117-119.

- 26) Coyle CM, Tanowitz HB. Diagnosis and treatment of neurocysticercosis. *Interdiscip Perspect Infect Dis.* 2009; 180742.
- 27) Del Brutto O, Del Brutto Victor. Calcified neurocysticercosis among patients with primary headache. *cephalalgia* 2011;32 (3): 250-254.
- 28) Esquivel M, Ostoa P, Morales J, et al. Immunodiagnosis of Neurocysticercosis: Ways to Focus on the challenge. *Journal of Biomedicine and Biotechnology* Volume 2011, Article ID 516042, 11 pages doi:10.1155/2011/516042
- 29) García H, Gilman R, Nash T, and eat. Nuevos conceptos en el diagnóstico y manejo de la neurocisticercosis (taeniasolium) *CES Medicina [en línea]* 2007, 21 (Enero-Junio) :
- 30) Shin Dong Ah, Hyun Chul Shin. A Case of Extensive Spinal Cysticercosis Involving the Whole Spinal Canal in a Patient with a History of Cerebral Cysticercosis. *Yonsei Medical Journal*[Internet] 2009.[Citado 2016 Sep 03]; 50(4): 582-584. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730624>
- 31) Collister RE, Dire DJ. Neurocysticercosis presenting to the emergency department as a pure motor hemiparesis. *J Emerg Med.*1991; (9): 425---9.
- 32) Del Brutto OH, Rajshekhar V, White Jr AC, Tsang VC, Nash TE, Takayanagui OM, et al. Proposed diagnostic criteria for neurocysticercosis. *Neurology.* 2001; (57):177---83.
- 33) Ferrer E. Teniosis/Cisticercosis: del diagnóstico convencional al diagnóstico molecular. *Salus.* 2007;11 (Supl 1):57-61
- 34) Hancock K, Pattabhi S, Greene RM, et al. Characterization and cloning of GP50, a *Taeniasolium* antigen diagnostic for cysticercosis. *MolBiochemParasitol* 2004; (133):115-24.
- 35) Garcia H, Del Brutto OH, Nash ThE, White Jr C, Tsang V, Gilman RH. Nuevos conceptos en el diagnóstico y manejo de la neurocisticercosis (*Taeniasolium*). *Rev CES Med* 2007; 21(Supl 1):9-20
- 36) Wilkins PP, Allan JC, Verastegui M, et al. Development of a serologic assay to detect *Taeniasolium* taeniasis. *Am J Trop Med Hyg* 1999; (60):199-204.
- 37) Hernández, G. et al. Herramientas auxiliares de diagnóstico en neurocisticercosis (2011). *Archivos de Neurociencias* 2011; 16(2): 90-97.
- 38) Cuéllar, René. et al. Neurocisticercosis, diagnóstico y evolución por imagen. Presentación de un caso. *Medicina Interna de México* 2011; 27(6): 603-608.
- 39) García HH, Del Brutto OH. *Taenias oliumcysticercosis.* *Infect Dis Clin North Am.* 2000;(14): 97-119.
- 40) Lucato LT, Guedes MS, Sato JR, Bacheschi LA, Machado LR, Leite CC. The role of conventional MR imaging sequences in the evaluation of neurocysticercosis: impact on characterization of the scolex and lesion burden. *AJNR Am J Neuroradiol.* 007; (28):15 01-4.
- 41) Saavedra, H. and et al. Diagnóstico y manejo de la Neurocisticercosis en el Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública.* 2010; 27(4):586-91.
- 42) Del Brutto. Neurocisticercosis: Actualización diagnostica y Tratamiento. *Neurología.* 2015; 20(8):412-418.
- 43) Álvarez-Rodríguez E., Torres-Gárate R., Gutiérrez Larráinzar A., Cabello J., Espinós Pérez D. Neurocisticercosis: recomendaciones de tratamiento a propósito de tres casos. *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2004 Ago [citado 2016 Sep 03]; 21(8): 24-28. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004008800005&lng=es.
- 44) Diazgranados-Sánchez. J, and et al. Ivermectina como alternativa terapéutica en neurocisticercosis resistente al tratamiento farmacológico convencional. *REV NEUROL* 2008; 46 (11): 671-674.
- 45) Jeri C, Gilman RH, Lescano AG, et al. Species diagnosis after treatment for human taeniasis. *Lancet* 2004; (363): 949-50

INFECCIÓN POR *SPOROTHRIX SCHENCKII* EN AGRICULTORES DEL CASERÍO "PEÑÓN DE GABANTE". MUNICIPIO TOVAR. ESTADO ARAGUA. VENEZUELA.

INFECTION CAUSED BY *SPOROTHRIX SCHENCKII* IN FARMERS FROM THE VILLAGE "PEÑÓN DE GABANTE". TOVAR MUNICIPALITY. ARAGUA STATE. VENEZUELA

Sarina K. González,¹ Luisana A. García,¹ David E. Flores,¹ Rosa E. Pérez,¹ Juan J. Luis-León,² Johana G. Mota-Alvarez,^{2,3} Rosa C. Pérez²

ABSTRACT

In Aragua state (Venezuela) there are farming communities such as the Tovar municipality that meet geographical and climatic conditions favourable for the development of the fungus *Sporothrix schenckii*, in which farmer workers would be particularly exposed and at risk of infection and development of sporotrichosis. Accordingly, it was determined the prevalence of this infection in 148 farmers of both sexes from the village "Peñón de Gabante" through the intradermoreaction to esporotrichin. The overall prevalence was 24% and the frequency of infection increased with the age of the farmers, the time working as farmers and it was higher in men (27.6%) than in women (20.8%), reaching values of 39.1% in persons of 50 years and older and 28% in those with more than 10 years occupied in agriculture, although it was independent of these variables. Also, it was found a lower percentage of intradermal positivity (21.8%) in farmers that reported regular use of protective equipment in compare to those whom used it irregularly (27.9%) even though the differences weren't statistically significant. Statistically significant association ($p < 0.005$) was found between the clinical signs referred by farmers and the intradermopositivity to the esporotrichin, direct contact with plants with thorny branches and/or fruits of prickly shell ($p < 0.001$) and direct contact with the soil during the process of preparation, fertilization and sowing the crops ($p < 0.005$). These findings suggest that the studied area is endemic to *Sporothrix schenckii* and farmers found in occupational risk of acquiring this infection.

KEY WORDS: Sporotrichosis, *Sporothrix schenckii*, Esporotrichin, Farmers, Intradermoreaction.

RESUMEN

En el estado Aragua, Venezuela, existen comunidades agrícolas como las del municipio Tovar, que reúnen condiciones geográficas y climáticas favorables para el desarrollo del hongo *Sporothrix schenckii*, en las que los agricultores estarían particularmente expuestos y a riesgo de adquirir la infección y desarrollar esporotricosis. En consecuencia, se determinó la prevalencia de esta infección en 148 agricultores de ambos sexos del caserío "Peñón de Gabante", mediante la intradermoreacción a la esporotriquina. La prevalencia fue 24% y la frecuencia de infección incrementó con la edad de los agricultores, el tiempo desarrollando esta labor y fue mayor en hombres (27,6%) que en mujeres (20,8%), alcanzando valores de 39,1% en las personas con edades de 50 años o más y de 28% en aquellos con más de 10 años laborando en la agricultura, aunque resultó independiente de estas variables. Se halló un menor porcentaje de positividad (21,8%) en los agricultores que utilizan en forma regular equipos de protección en comparación con aquellos que lo hacen irregularmente (27,9%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la intradermopositividad a la esporotriquina y los signos clínicos relacionados a la esporotricosis ($p < 0,005$), el contacto directo tanto con plantas de ramas espinosas y/o frutos de cáscara espinosa ($p < 0,001$) y con el contacto directo con la tierra durante el proceso de preparación, abono y/o siembra de sus cultivos ($p < 0,005$). Estos hallazgos sugieren que la zona estudiada es endémica para *Sporothrix schenckii* y los agricultores se encuentran en riesgo ocupacional de contraer esta infección.

PALABRAS CLAVE: Esporotricosis, *Sporothrix schenckii*, Esporotriquina, Agricultores, Intradermoreacción.

Recibido: Febrero 2016 Aprobado: Septiembre 2016

INTRODUCCIÓN

¹Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Maracay. Venezuela. ²Laboratorio de Investigaciones Microbiológicas "Dr. Carlos Palacios". Departamento de Microbiología. Escuela de Bioanálisis "Profa. Omaira Figueroa". Facultad de Ciencias de la Salud, sede Aragua. Maracay. Venezuela. ³Departamento Socioepidemiológico. Escuela de Bioanálisis "Profa. Omaira Figueroa". Facultad de Ciencias de la Salud, sede Aragua. Universidad de Carabobo. Maracay. Venezuela.

Correspondencia: juanluisleon83@gmail.com

La esporotricosis humana es una patología micótica subcutánea o profunda, de curso subagudo o crónico, ocasionada por hongos dimórficos que forman parte del complejo *Sporothrix* o *Sporothrix schenckii*, el cual incluye a cinco especies: *S. albicans*, *S. brasiliensis*, *S. globosa*, *S. mexicana* y *S. schenckii*, siendo esta última la especie predominante como causante de esta micosis.¹⁻⁴ Estos agentes micóticos se presentan en la naturaleza en forma micelial que es la

forma infectante y en el individuo infectado el hongo desarrolla la forma de levadura (o fase parasitaria).⁴ Esta micosis se caracteriza por la presencia de lesiones que siguen el trayecto de los vasos y ganglios linfáticos, dando lugar a la forma linfagítica que es la presentación clínica más común. Afecta a individuos de ambos sexos y de cualquier edad aunque es más común en personas entre 15-16 a 30-35 años y en individuos inmunodeficientes el hongo se comporta como oportunista.^{1,2,4-7}

Debido al polimorfismo de la esporotricosis existen muchas clasificaciones clínicas, algunas muy complejas, que tratan de dar explicaciones a todos los casos diagnosticados.¹⁻⁷ Esta micosis se ha clasificado en dos modalidades: cutánea y extracutánea; la cutánea incluye la forma linfagítica o esporotricosis cutáneo linfática que representa 70-75% de todas las presentaciones clínicas, se manifiesta por una lesión no dolorosa ni pruriginosa, que se inicia como una pápula en el sitio de inoculación que después se transforma en un nódulo o goma, el cual posteriormente se ulcera y tiende a cicatrizar, formando así el denominado chancro esporotricótico; con el tiempo aparecen nuevas lesiones que siguen el trayecto de los vasos y ganglios linfáticos. Las localizaciones más frecuentes son las extremidades, en particular las superiores y la cara.^{1,2,4,5,7} Esta modalidad también se manifiesta como esporotricosis cutánea fija o localizada, en la que se presenta una lesión única en el sitio de inoculación que crece en extensión pero no se disemina a otras parte de la piel, dando lugar a una lesión cuyo aspecto puede adoptar forma de placa, de úlcera, verrugosa, ulcero-verruginosa o acneiforme. Esta forma clínica se presenta en 20 a 30% de los casos, aunque en países como Japón y Costa Rica se registra entre 40 a 60%; por lo general, el paciente cursa con una adecuada respuesta inmune y tiene gran tendencia a la curación espontánea.^{1,2,4,5,7}

Las formas de esporotricosis diseminadas se presentan con menor frecuencia y se producen por diseminación hematogena, probablemente a partir de un foco pulmonar o cutáneo preexistente. Esta presentación clínica incluye la denominada esporotricosis cutánea diseminada en la que se afecta a varias regiones de la piel sin afectación de órganos extracutáneos. Adicionalmente se presenta la esporotricosis diseminada sistémica, la cual se considera una infección oportunista grave que afecta a tejidos y órganos internos, tales como huesos, articulaciones, pulmones u otros órganos, incluso sistema nervioso central. En algunos casos se manifiesta con fungemia, casi siempre de pronóstico letal. Estas formas diseminadas se asocian con alcoholismo crónico, tratamientos inmunosupresores prolongados y estados de inmunodeficiencia celular primaria y secundaria.^{1,2,4,5,7}

Las modalidades extracutáneas son poco frecuentes, se relacionan con factores de inmunosupresión y puede afectar muchos tejidos, e incluye a la esporotricosis pulmonar primaria, la cual es adquirida por la inhalación de conidios del agente etiológico y la sintomatología es muy similar a la de una tuberculosis. Adicionalmente, estas modalidades afectan con frecuencia huesos y articulaciones, probablemente a partir de una esporotricosis pulmonar primaria; puede haber tenosinovitis, periostitis, osteólisis y/o artritis. También puede haber presentaciones extracutáneas en las que se afecten conjuntivas, humor acuoso y área lagrimal, así como formas sinusales.^{1,2,4,5,7}

Desde el punto de vista ecológico, *S. schenckii* por lo general habita en climas con un promedio de temperatura de 20-25°C, humedad relativa de 90% o superior, una precipitación pluvial de 500-1000 mm/año y altitud 1000-1500 msnm.⁴ La esporotricosis es la micosis subcutánea más ampliamente difundida en el mundo, se ha reportado en zonas muy específicas de todos los continentes, predominando en las regiones tropicales y subtropicales.^{1,2,4,7} En América, los países con mayor número de casos son Brasil, México, Colombia, Perú, Uruguay, Venezuela, Costa Rica, Guatemala y los Estados Unidos de Norteamérica. En Asia, Japón, India, China oriental y Corea del Sur. En Africa, la República de Africa del Sur. En Oceanía, predomina en Australia y en Europa, se conocen focos endémicos pequeños en España, las Islas Británicas y en la región sur de Italia.^{1,2,4,7} En Venezuela constituye la micosis subcutánea de mayor incidencia y las zonas más afectadas son los estados centrales (incluido el estado Aragua), Mérida, Táchira y Bolívar.⁸

Sporothrix schenckii se aísla con frecuencia del suelo, detritus vegetal, vegetales, madera, musgo, hojas, ramas de plantas espinosas, paja, pasto, flores de plantas ornamentales (ej. rosas, dalias y claveles) y otros sustratos, por lo que aquellos trabajos que impliquen su manipulación predisponen al contagio.¹⁻⁷ En este sentido, esta patología micótica es más frecuente en agricultores, jardineros, cultivadores y vendedores de flores, trabajadores de los viveros y carpinteros, por lo que se ha considerado como una enfermedad ocupacional.^{1,2,4,5}

La esporotricosis es generalmente una infección de inoculación cutánea primaria y ocasionalmente por inhalación de esporas o conidios, que surgen de la fase micelial del hongo en su hábitat natural, causando entonces primo infección pulmonar. El contagio se adquiere fundamentalmente a través de heridas en la

piel ocasionadas por traumatismos diversos con material o sustrato contaminado por el hongo.¹⁻⁷ En individuos aparentemente sanos, la infección por *S. schenckii* puede ser detectada a través de la prueba intradérmica de hipersensibilidad retardada con esporotriquina.^{1,2,4,9,10} En Venezuela se utiliza la esporotriquina celular preparada a partir de una suspensión de levaduras de *S. schenckii* muertas por el calor.¹⁰ Una intradermorreacción positiva indica que el paciente ha estado en contacto con el hongo, y en presencia de lesiones sugestivas de esporotricosis tiene valor diagnóstico.^{4,8,10} Asimismo, la prueba intradérmica tiene valor epidemiológico, ya que detecta casos de infección, aún antes de que se manifiesten signos y síntomas de la enfermedad, de allí su utilidad en la realización de estudios orientados a identificar zonas endémicas donde circula el hongo.¹⁰⁻¹⁴

La presencia de una enfermedad como la esporotricosis hace necesaria la demarcación de áreas geográficas endémicas para *Sporothrix schenckii*, por lo que es importante la realización de investigaciones dirigidas con este propósito, particularmente en poblaciones con alto riesgo de adquirir la infección, ya que la información obtenida podría sustentar la aplicación de programas de detección de casos precoces de la enfermedad por parte de los organismos oficiales competentes y, en consecuencia, la administración del tratamiento apropiado a las personas afectadas. En Venezuela se han realizado escasos estudios destinados a tal fin, a pesar que se encuentran zonas que, por sus características geográficas y climáticas, presentan condiciones favorables para el crecimiento y circulación de este agente micótico, tales como las comunidades agrícolas del municipio Tovar (estado Aragua), en las que los agricultores estarían particularmente expuestos y a riesgo de adquirir la infección y desarrollar esta patología micótica.^{8,14} Cabe destacar, que se han documentado la presencia de casos autóctonos de esporotricosis en esa región.¹⁵ Adicionalmente, orientados por un caso clínico de esta patología procedente del municipio Tovar, Mendoza et al., en 2007,⁸ reportaron por primera vez en esta región el aislamiento de *S. schenckii* a partir de muestras de la tierra del sitio donde la paciente realizaba sus cultivos. Con base a lo expuesto, la presente investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de infección por *S. schenckii* mediante la aplicación de la prueba intradérmica con esporotriquina en agricultores del caserío "Peñón de Gabante", Municipio Tovar, estado Aragua.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló una investigación epidemiológica de tipo descriptivo y de corte transversal, con un diseño

de campo. La población estuvo integrada por los agricultores del caserío "Peñón de Gabante". El tamaño de la muestra se calculó según metodología establecida para poblaciones finitas,¹⁶ con base a un nivel de confianza de 95%, una precisión de 5% y una proporción esperada de 24% según los resultados reportados por Aular et al.,¹⁴ quedando establecida en 148 agricultores de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre 14 y 60 años.

La muestra poblacional quedó integrada por aquellos agricultores que decidieron por voluntad propia participar en el estudio y las pruebas intradérmicas fueron aplicadas durante los meses de junio a agosto de 2014. No se incluyeron en la investigación aquellas personas con intradermorreacciones negativas a la candidina ni mujeres embarazadas. Para los aspectos éticos fueron consideradas las normas concordantes con la Declaración de Helsinki de 1964, enmendada en 2008, y el Código de Ética para la Vida del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias de la República Bolivariana de Venezuela.¹⁷ Se solicitó el consentimiento informado de participación en la investigación a los individuos adultos o a sus representantes legales si era menor de 18 años.

La información se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta a cada agricultor y complementada con los resultados de las pruebas intradérmicas. Se construyó una base de datos utilizando para ello el programa MS Access versión 2010.

Los antígenos utilizados fueron esporotriquina (1:20) y candidina (1:100) (concentración inicial de proteínas según método de Lowry: 0,48 g/L y 6,6 g/L respectivamente). La candidina fue utilizada para descartar posibles estados de anergia cutánea. Todos los antígenos fueron donados por la Dra. Mireya Mendoza (Laboratorio de Micología, Instituto "Jacinto Convit", Hospital "Dr. José María Vargas", Caracas). Para la realización de las pruebas se administró por vía intradérmica y en la cara anterior de cada antebrazo, 0,1 mL de cada uno de los antígenos mediante el uso de jeringas desechables de insulina de 1cc de capacidad, previa antisepsia con alcohol isopropílico al 70% v/v. Las lecturas se llevaron a cabo a las 48 horas y la prueba se consideró positiva si el promedio de los dos diámetros perpendiculares de la induración resultó igual o mayor a 5mm.

Para la presentación de resultados se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Igualmente para el análisis se aplicó el test Chi-Cuadrado

con un nivel de significancia de 5% ($\alpha=0,05$), utilizando el programa IBM SPSS Statistics versión 20.0.

RESULTADOS

Se encontro una prevalencia de 24,32% de positividad a la esporotriquina y la distribución (Figuras 1 y 2), evidencia un incremento sostenido a medida que la edad se hace mayor, hasta alcanzar 39,1% de positividad en los individuos de 50 o más años. No obstante, el análisis estadístico no reporto diferencias significativas entre los grupos etarios, lo que sugiere que la probabilidad de adquirir la infección por este hongo no se ve afectada por la edad.

Según el tiempo de desempeño en las labores agrícolas. (Figura 3) los resultados reflejan un aumento de positividad a medida que el tiempo de trabajo en la agricultura se hace mayor, alcanzando valores de 28% en los individuos con más de 10 años en dicha ocupación. A pesar de esto, se pudo evidenciar, al análisis estadístico, que la adquisición de la infección es independiente del tiempo durante el cual los individuos se han desempeñado en la agricultura.

La distribución según el sexo de los agricultores con intradermorreactores positivos, evidencia un leve predominio del sexo masculino sobre el femenino, y el análisis estadístico reporta que la probabilidad de infección por *S. schenckii* es independiente del sexo de las personas expuestas. (Figura 4)

Los resultados encontrados según la frecuencia de utilización de equipos de protección tales como: guantes, botas, pantalón de tela gruesa y/o camisa de mangas largas o sobremanga, durante la ejecución de sus actividades agrícolas, (Figura 5) revelan que la intradermopositividad a la esporotriquina (27,9%) es mayor en aquellos agricultores que no utilizan equipos de protección en forma regular, con respecto a los agricultores que si lo hacen (21,8%), aunque estadísticamente las diferencias no fueron significativas.

La relación entre las intradermorreacción a la esporotriquina y los antecedentes de signos clínicos vinculados a la esporotricosis referidos por la muestra de la población objeto de estudio, reporta una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. (Tabla 1)

De igual forma, la asociación entre el contacto directo con plantas de ramas espinosas y/o frutos de cáscara espinosa y los resultados de las intradermorreacciones a la esporotriquina (Tabla 2), evidencia diferencias estadísticamente significativas.

Se encontro igualmente asociación estadísticamente significativa entre la manipulación de la tierra y la intradermopositividad a la esporotriquina. (Tabla 3)

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en esta investigación sugieren que el caserío "Peñón de Gabante" posee condiciones geográficas y climáticas favorables para el crecimiento y diseminación de *S. schenckii*. Asimismo, el desarrollo de actividades agrícolas constituye un factor de riesgo ocupacional para la adquisición de la infección por este microorganismo.

La prevalencia de infección por *S. schenckii* encontrada en este estudio, tiene concordancia con lo reportado en otras investigaciones realizadas en comunidades rurales del estado Miranda, Venezuela en las cuales se han identificado áreas geográficas donde circula este microorganismo (Paracotos: 27,96%; Jarillo Centro: 27,1%),^{11,12} así como el estudio desarrollado en pobladores mestizos e indígenas de la etnia Pemón del municipio Gran Sabana, estado Bolívar donde se reportó 27% de prevalencia general con 33% de intradermopositividad en la población indígena.¹³ Asimismo, se ha reportado una prevalencia de 24% en agricultores del caserío "Las Hernández" del municipio Tovar, estado Aragua¹⁴ que es una comunidad agrícola relativamente cercana al caserío "Peñón de Gabante" y con características ecológicas y climáticas similares.

Es factible que dichas características de las zonas donde se realizaron estas investigaciones, así como la constitución y ocupación de la población participante en tales estudios, puedan haber incidido en los niveles de prevalencia reportados. En este sentido, en la investigación llevada a cabo por González-Ramos¹³ discriminado por comunidades de la etnia Pemón permitió detectar el menor porcentaje de positividad en Manak-Krü (22%), la cual se encuentra prácticamente integrada a la población mestiza de Santa Elena de Uairén en la que se encontró 8% de intradermopositividad, mientras que en comunidades indígenas, alejadas relativamente de este centro poblado y con alto grado de exposición en las labores del campo, los porcentajes fueron: Betania (24%), Maurak (34%) y Waramasén (45%), evidenciando el riesgo ocupacional de adquirir la infección. Destaca el hecho que entre los pemones, los más altos porcentajes de intradermopositividad fueron obtenidos en aquellos que se desempeñaban como agricultores y en mujeres, con oficios del hogar, pero que acuden al campo para realizar labores agrícolas.

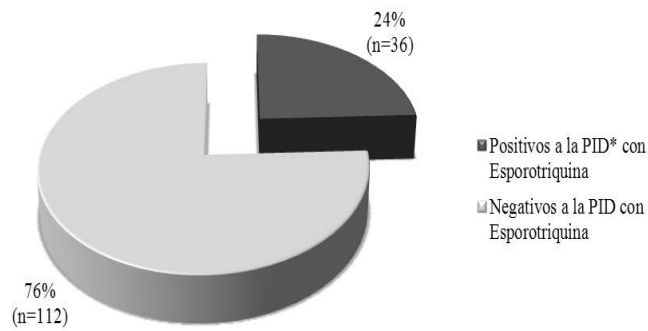


Figura 1. Prevalencia de la infección por *Sporothrix schenckii* en agricultores del caserío “Peñón de Gabante”. Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio Agosto 2014

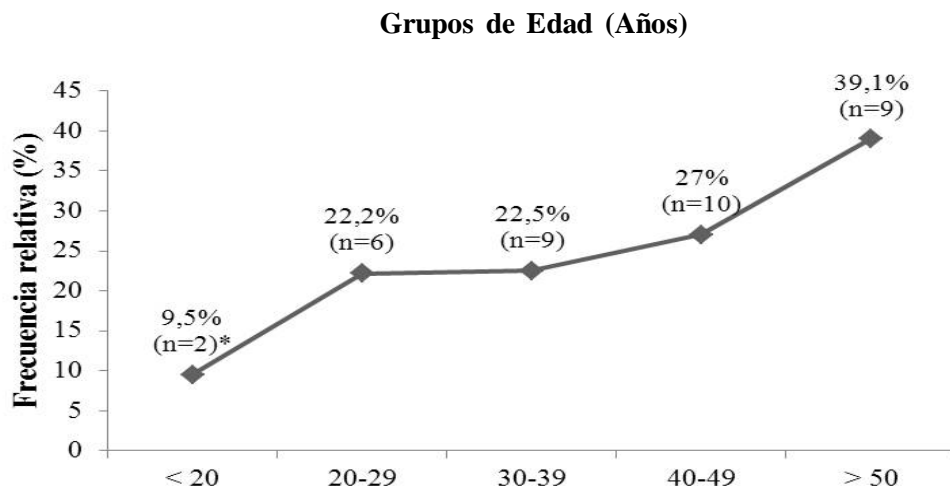


Figura 2. Distribución según la edad de los agricultores intradermorreactores positivos a la esporotriquina. Caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio-Agosto 2014.

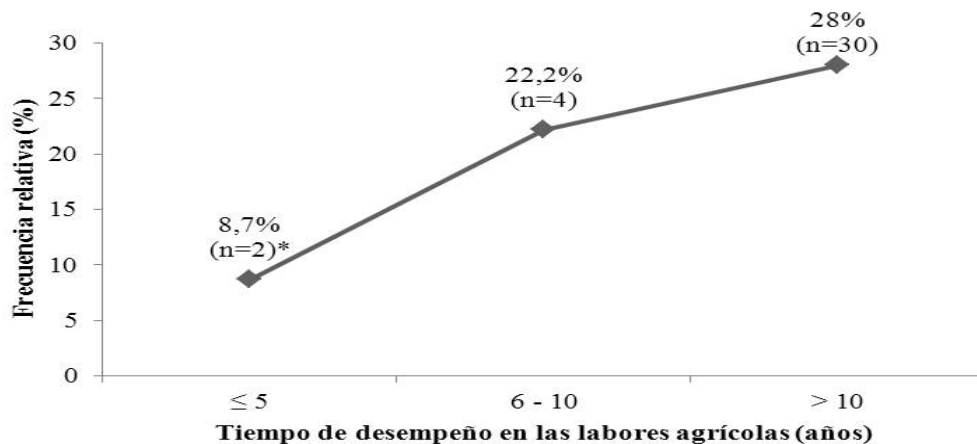


Figura 3. Distribución según el tiempo de desempeño en las labores agrícolas de los agricultores intradermorreactores positivos a la esporotriquina. Caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio-Agosto 2014

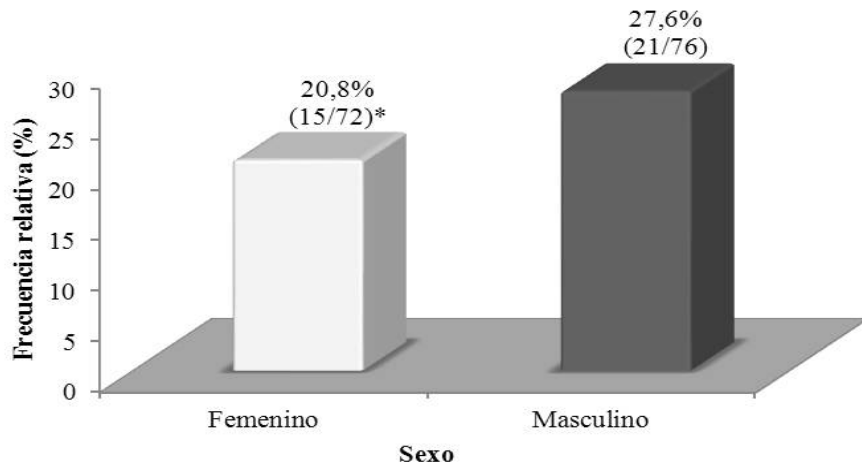


Figura 4. Distribución según el sexo de los agricultores intradermorreactores positivos a la esporotriquina. Caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio-Agosto 2014

* Número de intradermorreactores positivos / Número de individuos por sexo

$p > 0,05$ (Prueba Chi-Cuadrado)

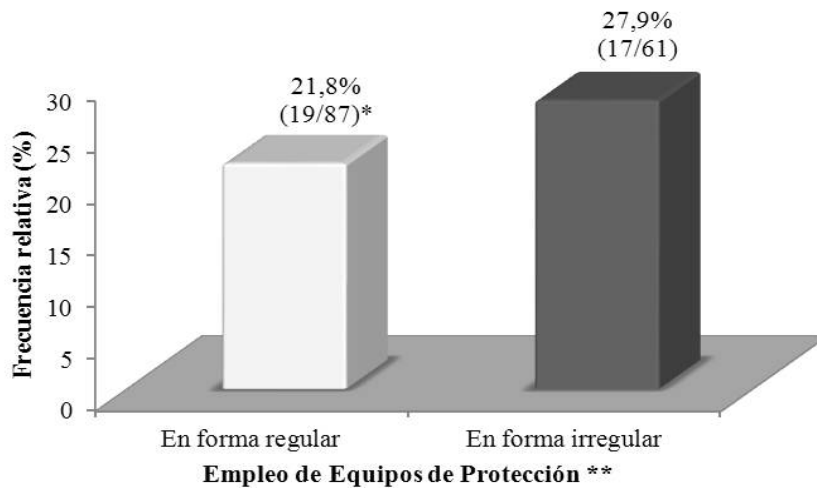


Figura 5. Distribución según el empleo de equipos de protección en los agricultores intradermorreactores positivos a la esporotriquina. Caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio-Agosto 2014

* Número de intradermorreactores positivos / Número total de individuos

** Guantes, botas, pantalón de tela gruesa y/o camisa de mangas largas o sobremanga

$p > 0,05$ (Prueba Chi-Cuadrado)

Tabla 1. Asociación entre los signos clínicos referidos por agricultores y las intradermorreacciones a la esporotriquina. Caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio-Agosto 2014

Signo Clínico*	Prueba Intradérmica		Total
	Positiva	Negativa	
Presente	11	13	24
Ausente	25	99	124
Total	36	112	148

* Gomas, nódulos y/o úlceras en brazos, piernas y/o cara
 $p > 0,05$ (Prueba Chi-Cuadrado)

Tabla 2. Asociación entre el contacto directo con plantas de ramas espinosas y/o frutos de cáscara espinosa y las intradermorreacciones a la esporotriquina. Caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio-Agosto 2014

Refiere Contacto	Prueba Intradérmica		Total
	Positiva	Negativa	
Sí	36	99	135
No	0	13	13
Total	36	112	148

$p > 0,001$ (Prueba Chi-Cuadrado)

Tabla 3. Asociación entre el contacto directo con tierra durante el proceso de preparación, abono y/o siembra de sus cultivos y las intradermorreacciones a la esporotriquina. Caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Junio-Agosto 2014

Refiere Contacto	Prueba Intradérmica		Total
	Positiva	Negativa	
Sí	30	92	122
No	6	20	26
Total	36	112	148

$p > 0,05$ (Prueba Chi-Cuadrado)

En este trabajo se observó un incremento sostenido de la intradermopositividad con respecto a la edad de los agricultores. Estos resultados encuentran apoyo en lo reportado por González-Ramos,¹³ quien observó que los porcentajes de positividad se incrementaron con la edad de los indígenas, alcanzando valores de 74,2% en aquellos que tenían 40 o más años y de 19,3% en aquellos menores de 20 años. De igual forma, Aular et al.,¹⁴ reportaron un incremento sostenido de la intradermopositividad, encontrado 32% de positividad en los individuos de 50 o más años y 16% en el grupo de individuos más jóvenes (20 años). Posiblemente, las desigualdades encontradas en los porcentajes de positividad entre los grupos etarios de estos estudios, podrían ser consecuencia de diferencias con respecto al grado de endemicidad de *Sporothrix schenckii* entre las zonas geográficas.

Por otra parte, los hallazgos de esta investigación plantean que la adquisición de la infección se incrementa a medida que aumenta el tiempo de trabajo en la agricultura. Estos resultados se corresponden con lo publicado por Aular et al.,¹⁴ quienes reportan valores de 28% en las personas con más de 15 años en dicha ocupación, mientras que en el grupo de personas con 5 o menos años dedicados a estas labores observaron una positividad de 17%, sugiriendo así que el desempeño de actividades agrícolas predispone un mayor riesgo de adquirir la infección por este hongo.

La distribución de la intradermopositividad a la esporotriquina de acuerdo al sexo, permitió evidenciar que prevalece en los hombres; estas diferencias probablemente pudieron ser consecuencia de una mayor exposición al agente micótico por la duración de su jornada laboral; sin embargo, no se encontró asociación estadística significativa entre el sexo y la posibilidad de adquirir la infección. Este resultado contrasta con lo reportado por González-Ramos¹³ quien encontró 35% de intradermopositividad en las mujeres frente a 29% en los hombres, y con los hallazgos de Aular et al.¹⁴ quienes encontraron que la frecuencia de infección fue mayor en mujeres (30%) que en hombres (20%), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Los resultados de este trabajo revelaron que en los agricultores que no utilizan medios de protección en forma regular (guantes, botas, pantalón de tela gruesa y/o camisa de mangas largas o sobremanga) existe un mayor porcentaje de intradermopositividad a la esporotriquina en comparación con aquellos que si lo hacen, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, coincidiendo con lo reportado por Aular et al.¹⁴ quienes encontraron una frecuencia de infección

menor en agricultores que refirieron el uso de guantes y/o botas (24%) en comparación con aquellos que no utilizan ninguno de estos medios de protección (27%). Sin embargo, los hallazgos obtenidos parecieran indicar que los medios de protección referidos por estas personas son insuficientes para prevenir la infección por *Sporothrix schenckii*.

Por otro lado, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la intradermopositividad a la esporotriquina y los antecedentes de signos clínicos vinculados a la esporotricosis referidos por los agricultores. Una asociación similar fue reportada por Aular et al.,¹⁴ lo cual probablemente sea consecuencia del valor diagnóstico que tiene la aplicación de la intradermorreacción con esporotriquina, en individuos con elevado riesgo de adquirir la infección y que presenten lesiones sugestivas de esta patología.

En virtud de los hallazgos obtenidos, y tomando como base el contacto directo con plantas de ramas espinosas y/o frutos de cáscara espinosa, como factor de riesgo para la adquisición de la infección por *S. schenckii*, se determinó la asociación entre los resultados de la intradermorreacción a la esporotriquina y la referencia del contacto directo con plantas y/o frutos con las características descritas, y fue posible evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre las variables. Esta asociación podría ser reflejo de que la infección se adquiere fundamentalmente por inoculación traumática a través de heridas en la piel ocasionadas con material o sustrato contaminado por el hongo.^{2,5,7,8}

De igual forma, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el contacto directo con tierra durante el proceso de preparación, abono y/o siembra de sus cultivos y las intradermorreacciones a la esporotriquina. Este hallazgo se encuentra en concordancia con la investigación llevada a cabo por Mendoza et al.,⁸ quienes con base a un caso clínico de esporotricosis autóctono del municipio Tovar, reportaron el aislamiento de *S. schenckii* a partir de muestras de tierra abonada y no abonada del sitio donde la paciente realizaba sus cultivos, confirmando por primera vez en Venezuela la presencia del hongo en muestras del medio ambiente de un área endémica. Se trató de una mujer de 51 años que residía en la Colonia Tovar, con una prueba intradérmica positiva a la esporotriquina y que presentaba una lesión granulomatosa, no dolorosa, en el dedo índice de la mano derecha producida por un traumatismo durante la preparación de tierras para fertilización.

En conclusión, el área geográfica estudiada es una zona endémica para *S. schenckii* y la prevalencia de la infección en agricultores es alta. Se recomienda incluir a la esporotricosis dentro de los programas de control llevados a cabo por los organismos oficiales de salud en zonas endémicas.

AGRADECIMIENTO

Los autores manifiestan su agradecimiento a la Dra. Mireya Mendoza (Laboratorio de Micología, Instituto "Jacinto Convit", Hospital "Dr. José María Vargas", Caracas), por la donación de los antígenos utilizados en esta investigación. A la comunidad del caserío "Peñón de Gabante", Municipio Tovar. Estado Aragua, por su valiosa colaboración. También al señor Henry y familia, miembros del Consejo Comunal por su hospitalidad y colaboración en el trabajo de campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bonifaz A, Vázquez-González D. Sporotrichosis: an update. *G Ital Dermatol Venereol* 2010; 145(5):659-673.
- 2) Bonifaz A. Micología médica básica. Tercera edición. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2010. p. 179-196.
- 3) Bonifaz A, Vázquez-González D, Perusquía-Ortiz AM. Subcutaneous mycoses: chromoblastomycosis, sporotrichosis and mycetoma. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 8(8):619-627.
- 4) Hernández-Hernández F, Millán-Chiu BE. Esporotricosis. [Artículo en línea] [Revisión 24 noviembre 2011]. [Consulta: Abril 16, 2013]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/micologia>.
- 5) Arenas R. Esporotricosis. Una micosis cosmopolita. *Más Dermatol* 2010; (10):22-25.
- 6) Ramos-e-Silva M, Vasconcelos C, Carneiro S, Cestari T. Sporotrichosis. *Clin Dermatol* 2007; 25(2):181-187.
- 7) Arenas R. Micología médica ilustrada. Tercera edición. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2008. p. 149-160.
- 8) Mendoza M, Díaz E, Alvarado P, Romero E, Bastardo de Albornoz MC. Aislamiento de *Sporothrix schenckii* del medio ambiente en Venezuela. *Rev Iberoam Micol* 2007; (24):317-319.
- 9) Rodríguez-Acar M, Lizárraga-García C, Jurado-Santa Cruz F. Intradermoreacciones en dermatología. *Dermatología Rev Mex* 2008; 52(4):160-174.
- 10) Bastardo de Albornoz M. Esporotricosis. En: Bastardo de Albornoz M, editora. *Temas de Micología Médica*. Caracas, Venezuela: Litografía y Tipografía ELARCA, SRL; 1996. p. 103-128.
- 11) Albornoz MC, Albornoz R. Estudio de la sensibilidad específica en residentes de un área endémica a la paracoccidiodomicosis en Venezuela. *Mycopath Mycol Appl* 1971; (45):65-75.
- 12) Chirinos R, Coronado Y. Determinación de la respuesta inmune celular al antígeno del *Sporothrix schenckii* en la comunidad de Jarillo Centro estado Miranda 2001-2002. [Trabajo de grado para optar al título de Licenciado en Bioanálisis]. Maracay (estado Aragua): Universidad de Carabobo; 2002.
- 13) González-Ramos RA. Epidemiología de la esporotricosis en pobladores mestizos e indígenas del municipio Gran Sabana, estado Bolívar. *Saber UDO* 2006; 18(1):11-16.
- 14) Aular JE, Manzano J, López E, Luis-León JJ, Pérez RC, Mota-Alvarez JG. Prevalencia de la infección por *Sporothrix schenckii* en el Caserío "Las Hernández", municipio Tovar. Estado Aragua. Venezuela. *Avances en Ciencias de la Salud* 2012; 2(1):26-31.
- 15) Grupos de trabajo de micología en Venezuela. Boletín Informativo Las Micosis en Venezuela. Casuística 2002-2003. Año XVII-XVIII, Año 2004-2005; Nro. 37-38, p. 8-9.
- 16) Pita-Fernández S. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria* 1996; (3):138-141.
- 17) República Bolivariana de Venezuela. Código de Ética para la Vida. Ministerio del Poder Popular para la Ciencias, Tecnología e Industria Intermedias DL N° 1 F. 74620021743673 Caracas, 2010.

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES: REFLEXIONES SOBRE EL CONTEXTO COLOMBIANO DESDE EL MODELO DE SCHALOCK Y VERDUGO.

QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS: REFLECTIONS ON THE COLOMBIAN CONTEXT FROM SCHALOCK AND VERDUGO MODEL.

Elizabeth Fajardo Ramos¹; Leonor Córdoba Andrade²; Jhon Elkin Enciso Luna³

ABSTRACT

This article presents a reflection on the quality of life of older adults in Colombia, from the measurement model and explanation proposed by Schalock and Verdugo, in which three themes are proposed: independence, participation and social welfare. Each of these axes compiles the dimensions of quality of life. It is expected (with these reflections) to contribute to understanding and meeting the real needs that this age group presents, with the central aim of contributing to the achievement of a better quality of life.

KEY WORDS: Quality of life, older adults, welfare, psychosocial and cultural model.

RESUMEN

El presente artículo presenta una reflexión sobre la calidad de vida de los adultos mayores en Colombia, desde el modelo de medición y explicación propuesto por Schalock y Verdugo, para lo que se proponen tres ejes temáticos: independencia, participación social y bienestar. Cada uno de estos ejes compila las dimensiones de la calidad de vida. Con estas reflexiones se espera aportar a la comprensión y satisfacción de las necesidades reales que este grupo etario presenta, con el fin último de contribuir al logro de una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, adultos mayores, bienestar, modelo psicosocial y cultural.

INTRODUCCIÓN

El mundo experimenta una transformación demográfica sin precedentes caracterizada por un incremento notable en el número de personas mayores de 60 años, de tal forma que a partir del año 2015 habrá un predominio en el crecimiento de la población de adultos mayores,¹ y para el 2050 se espera un aumento entre 10% hasta 21% en el número de adultos con más

de 60 años,² configurándose esta situación como un fenómeno de alcance mundial, tanto para los países desarrollados, como para aquellos en desarrollo, con implicaciones en el individuo, la familia y la sociedad, de manera particular en el sistema de seguridad social y dentro de él, en aquellos sectores comprometidos con la atención integral a la adultez mayor.

En Colombia, para el año 2050, 18.7% de la población será mayor de 60 años,¹ convirtiéndose esto en un motivo de preocupación acuciante porque este envejecimiento de la población conducirá a reducir el crecimiento económico del país, debido a que los costos derivados de la satisfacción de las necesidades de este grupo poblacional crecerá mucho más rápido que el recaudo de recursos para asegurar su sostenibilidad.¹ Asimismo, a medida que las personas envejecen, se incrementa el riesgo de padecer enfermedades físicas,

Recibido: Febrero, 2016

Aprobado: Abril, 2016

¹Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Tolima. Colombia. ²Departamento de Estudios Interdisciplinarios. Universidad del Tolima. Colombia. ³Grupo Configuraciones. Universidad del Tolima. Colombia.

Correspondencia: lcordoba@ut.edu.co

mentales y cognitivas asociadas con este estado evolutivo, lo que acentúa el costo económico y social de esta situación, que impide atender de manera oportuna los requerimientos reales de este grupo poblacional.¹

Por estas razones, y con el agravante de las condiciones políticas, sociales y económicas que vive la región en la actualidad, como consecuencia a su vez de la crisis económica mundial, para América Latina y el Caribe, se planteó la Estrategia regional de implementación del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento en el año 2002, así como la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) en el 2007, con el objetivo de promover el mantenimiento de la funcionalidad de los adultos mayores, con una combinación de subsidios económicos y alimentarios, con formación de recurso humano en tecnologías propias de la atención de la vejez para estas poblaciones, focalizados en la atención primaria de salud.²

En el caso de Colombia, desde la Constitución Política Nacional de 1991³, se promueve la disminución de la vulnerabilidad y una mejor calidad de vida de los colombianos. Así, la misma Constitución establece que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.² Desde estos presupuestos constitucionales, se expidió el Documento CONPES 2793 de 1995, sobre Envejecimiento y Vejez,⁴ que traza los lineamientos de política relativos a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial, a las necesidades de este colectivo, que constituyó el preámbulo para la Política Pública sobre envejecimiento y vejez,⁵ la cual articula a todos los estamentos del gobierno y a la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez.

Uno de los retos que plantea esta política, tiene que ver con "la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas mayores".⁵ Para los fines de esta revisión, el interés de los autores se centra en la calidad de vida, por cuanto todos los esfuerzos orientados a mantenerla o mejorarla, se constituye en un factor protector frente a la enfermedad, la discapacidad y la dependencia, que conllevan a costos de diversa índole a nivel personal, familiar, social y comunitario.

El modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo

La calidad de vida es un constructo potencialmente transformador de las prácticas

profesionales, que puede valorarse desde lo objetivo y lo subjetivo,^{6,7} constituyéndose en un eje decisivo para renovar las prácticas profesionales y los servicios dirigidos a diversas poblaciones y a posibilitar actuaciones en los niveles personal (microsistema), organizacional (mesosistema) y social (macrosistema).⁸

Desde la investigación y la acción se asume este constructo como marco de trabajo para el cambio, por cuanto enfatiza en la equidad, la inclusión social y el empoderamiento de las personas en búsqueda de alcanzar la satisfacción en aquellos aspectos de la vida que son importantes para ellas.⁷ Se trata de un concepto multidimensional en torno al que se han realizado numerosos estudios sistemáticos en los últimos años orientados principalmente a su evaluación, por cuanto se ha adoptado como indicador de impacto de la atención integral a las personas, tanto en las prácticas profesionales, como en las organizacionales.

Son diversas las aproximaciones a la conceptualización y evaluación de la calidad de vida desde sus múltiples dimensiones; no obstante, un grupo de investigadores en el tema que han realizado estudios constantes sobre esto, a través de comparaciones interculturales e informadas en diversas fuentes de la literatura científica internacional, dan cuenta de siete dominios o dimensiones de la calidad de vida, que a su vez, se agrupan en factores y se traducen en indicadores, que favorecen su medición, tal como se observa en la tabla 1.

Con relación a la calidad de vida de los adultos mayores, hablar de supervivencia y aumento en la expectativa de vida no es suficiente, por eso, es indispensable valorar la calidad con que se vivirán esos años, y en consecuencia con esto, se sabe que *"la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida"*.⁹

Dicho esto, valiéndonos del modelo explicativo y de medición de calidad de vida desarrollada por Schalock y Verdugo, en este documento presentamos algunas reflexiones en torno a cada uno de los factores, en función de las características particulares del contexto colombiano.

Comprensión del factor de Independencia

Se observa un avance importante en los países desarrollados, particularmente, en el marco del espacio europeo de la educación superior, de la Universidad de la Experiencia, mediante la cual se *"trata de impulsar la*

Tabla 1. Estructura conceptual de calidad de vida desde el modelo de Schalock y Verdugo

Factor	Dominio	Ejemplo de Indicadores
Independencia	Desarrollo Personal	Nivel educativo, Habilidades personales.
	Autodeterminación	Elecciones/decisiones, autonomía, objetivos personales.
	Relaciones Interpersonales	Redes sociales, amistades, actividades sociales, interacciones.
Participación social	Inclusión social	Participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos.
	Derechos	Humanos y legales
	Emocional	Seguridad y protección, ausencia de estrés.
Bienestar	Físico	Salud, estado nutricional, recreación, ocio.
	Material	Estado financiero, empleo, vivienda.

Fuente: Tomado de Schalock R.L., Bonham G.S, & Verdugo M.A.⁶

plenitud del ser humano a través de la educación ampliando la cobertura, y avanzar en el logro de igualdad de oportunidades en el aprovechamiento del ocio y el tiempo libre".¹⁰ Sin duda, esta Universidad impacta de manera importante en la vida de los adultos mayores, la mayoría jubilados, que acuden a ella, en un intento afortunado por poner en juego su "sabiduría", pero también, como un pretexto efectivo, para mantener o generar redes de apoyo social, considerando que la idea de sabio aparece relacionada a "experto" con conocimientos y cualidades intelectuales adecuadas para la solución de problemas concretos y de tipo pragmático.¹¹

En un intento por transferir esta experiencia al contexto de Colombia, se evidencia que la sabiduría del adulto mayor está mediada por diversas variables del contexto, entre las que pueden citarse la edad de jubilación; la diversidad de los ámbitos laborales; la

multiculturalidad del país, entre otras. A manera de ejemplo, podemos citar el valor que se le otorga al adulto mayor en función de las características del contexto laboral. En un ambiente académico, la sabiduría de los profesores mayores, denominados "profesores eméritos" es altamente valorada en todos los procesos curriculares-administrativos, y muchos de ellos son convocados como asesores; mientras que en el contexto de un trabajo "de actividad física", la sabiduría del trabajador mayor pierde valor, frente a demandas de productividad, y se privilegia la contratación de una persona de menor edad, en correspondencia con sus características físicas y la relación proporcional de estas, con las demandas de producción.

Estos planteamientos nos interpelan respecto hasta qué punto, esta concepción de sabiduría, como característica socialmente relacionada con el adulto mayor en nuestro contexto, influye en las oportunidades

de desarrollo personal que desde la familia y la comunidad se les proporciona a los adultos mayores. ¿Deberíamos retomar el modelo exitoso de la universidad de la experiencia y adoptarla como una estrategia privilegiada para favorecer el desarrollo personal de nuestros adultos mayores? o ¿Existen otras estrategias igualmente válidas para cumplir con este cometido?

Sin duda, la respuesta principal frente a este segundo cuestionamiento se focaliza en la familia. A través de ella, se pueden generar estrategias "simples" como contribución relevante a la calidad de vida de nuestros adultos mayores. El primer y trascendental paso, es el reconocimiento de las características físicas, psicosociales y culturales de un adulto mayor, así como el valor que ellos tienen en términos de funcionamiento de la familia. Cabría entonces preguntarnos: ¿Cómo mejoraría nuestro funcionamiento familiar, si nos apoyáramos en la sabiduría de nuestros viejos, su inteligencia práctica, su capacidad de responder de manera menos emotiva frente a las situaciones problemáticas, cuando los demás no encuentran salida?

De la mano con esto, debemos avanzar en la promoción de la autodeterminación de las personas mayores, entendida como la capacidad para tomar decisiones sobre la vida, con la menor injerencia externa posible,^{12,13} siendo la autonomía uno de sus principales componentes. En los adultos mayores colombianos, esta autonomía debe favorecerse desde el propio núcleo familiar, debido a que un buen número de estas personas conviven con sus familias, bien sea en su residencia de origen, o en las viviendas de sus hijos, debe garantizárseles el ejercicio pleno de su autonomía a las personas mayores para tomar decisiones que son trascendentales para ellos, como aquellas relacionadas con la salud, la vida afectiva y el manejo del tiempo libre, entre otras, como contribución a su calidad de vida.¹⁴

Comprensión del factor Participación Social

Las relaciones interpersonales de los adultos mayores giran en torno a conceptos como redes sociales, amistades y actividades comunitarias o de interacción social. Conviene precisar cómo estos indicadores se asocian a la salud mental y el bienestar subjetivo de este grupo etario, comprendido este en el entramado de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez.¹⁵ Precisamente, una de las características del bienestar subjetivo en las personas mayores son las relaciones positivas con los demás, "la importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales

componentes de la salud mental, y un criterio de madurez".¹⁵ Las relaciones interpersonales a su vez están intrínsecamente asociadas con la participación en la comunidad y el apoyo social, considerado éste como un concepto multidimensional que incluye apoyo social percibido, apoyo en términos de información, apoyo emocional, existencia de redes, entre otros.¹⁵

En síntesis, la calidad de vida en el adulto mayor va a estar supeditada a las oportunidades y las formas en cómo transcurre la vida de esta persona, la cual no solo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula, cómo lo hace, a dónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, y a quién frecuenta.¹⁶

Entre los dominios de calidad de vida contemplados en el factor de participación social están los derechos humanos tales como respeto, dignidad e igualdad y los derechos legales. Para el grupo poblacional que aquí nos ocupa, los adultos mayores colombianos, un paso de trascendental importancia, para promover una mejor calidad de vida, lo constituyó la promulgación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez para el periodo 2007-2019,⁷ mediante la cual se expresa el compromiso del Estado para propiciar que las personas mayores de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos, en consonancia con la Constitución Política de Colombia, específicamente en su artículo 46.³ No obstante, este marco normativo amplio, amparado de forma internacional, y encaminado a reconocer y respetar los derechos de las personas mayores, en la cotidianidad, resulta ilusorio. Para ilustrarlo, un dato reciente da cuenta que solo 30% de los colombianos mayores de 60 años reciben una pensión de jubilación,¹⁷ de ellos, el mayor porcentaje, percibe un salario mínimo legal vigente (aprox. 246 \$USD) y el incremento anual es irrisorio (con el índice anual de precio al consumidor -IPC-)¹⁸ que para el año 2014 fue de 3.66%.

Frente a estos datos y hechos surgen numerosas preguntas. Esbozamos aquí solo algunas: ¿puede llevar una vida digna una persona mayor que percibe unos ingresos mensuales de 246 \$USD, cuando el sistema de salud es tan precario y en muchas ocasiones debe recurrir a un servicio médico particular y comprar los medicamentos formulados en este servicio?; ¿se puede hablar de igualdad cuando hay adultos mayores que reciben mesadas pensionales de 10 millones de pesos en promedio (3000 USD), mientras que el grueso de los adultos mayores, no cuentan con una pensión de jubilación y los que la reciben, en nada se ajusta a sus

necesidades reales?; ¿hasta qué punto se les está brindado un trato personal y preferencial a los adultos mayores en el sistema de seguridad social, particularmente, en los servicios de salud, cuando se evidencia cada vez más un buen número de adultos que presentan una discapacidad y consecuentemente, una pérdida de su funcionalidad?

En consonancia con la Política Nacional, se formulan en las diversas regiones de Colombia, las políticas públicas para el envejecimiento y la vejez. Una de ellas es la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en Bogotá Distrito Capital para el periodo 2010-2025,¹⁹ que muestran como en esta ciudad, durante los últimos 15 años, se presentó un crecimiento de 5.3% en la población de más de 60 años, casi el doble de la tasa de crecimiento de la población total en la ciudad, correspondiente a 2.7%.

Igualmente, se confirman estos datos, por medio de las cifras de la encuesta de calidad de vida realizada en Bogotá durante el 2007,¹⁹ que revelan la existencia de 80.597 hogares con necesidades básicas insatisfechas, entre estos 19.879 hogares con personas de más de 60 años de edad, y de ellas 46.303 personas (7.5%) están fuera del sistema de seguridad social en cuanto a salud. Así mismo, señala como el acceso a los medicamentos es un problema que requiere una atención importante, dada la tendencia a crear barreras que imposibilitan el acceso a un servicio que por derecho les corresponde, en vista de que en Bogotá solo 56.3% de los adultos mayores reciben la totalidad de los medicamentos prescritos.¹⁹

En igual dirección, se identifica que 15.3% de las personas mayores (94.368) tienen al menos una limitación permanente que afecta su calidad de vida. El mayor esfuerzo del cuidado de las personas mayores recae en algún integrante del hogar (54.7%) y 8.8% de las personas mayores no tenía quien lo cuidara,¹⁹ aunque se supone que la Ley enfatiza en la especial protección constitucional y legal que debe dársele a las personas mayores en estado de indigencia o pobreza extrema.

Comprensión del factor Bienestar: emocional, físico y material

El bienestar desde el modelo de Schalock y Verdugo se concibe como un factor de calidad de vida, y hace referencia a estar bien. Coincidiendo con los planteamientos de Nussbaum y Sen, esta sensación de bienestar, de plenitud en lo físico, lo material y lo emocional está, sin duda, relacionada con derechos,¹⁷ e implica trascender el bienestar que se traduce como

beneficencia, es decir, el que se asocia a una visión asistencialista, desde la que las personas mayores son consideradas, por lo general, como objetos de altruismo.¹⁷ Esta visión confronta la manera inapropiada en la que socialmente se representa la vejez y a las personas mayores, equiparándolas con pobreza y necesidad de asistencialismo y se avanza en la comprensión de los adultos mayores, "*como parte integrante de la sociedad y como sujetos de derechos*".¹⁷

Al profundizar en este Factor, los autores plantean tres dominios o componentes centrales del bienestar: emocional, físico y material. Estos dominios se interrelacionan entre sí, de tal forma, que desde la visión sistémica que soporta este modelo, el desequilibrio en alguno de ellos, de una u otra forma, tiene implicaciones en los demás.

En primer lugar, el bienestar emocional está relacionado entre otros indicadores de calidad de vida, con ausencia de niveles altos de estrés, experiencias positivas, seguridad y protección para las personas mayores. Indicadores que son incompatibles con las condiciones de vida que presentan un buen número de adultos mayores, que en Colombia, experimentan niveles excesivos de estrés como consecuencia de diversas circunstancias, algunas ya fueron mencionadas antes, como son los limitados recursos económicos, la carencia de redes de apoyo social, las dificultades para relacionarse con el sistema de salud, provocadas principalmente, por la incapacidad de los servicios y los profesionales de entender sus necesidades reales, y el incumplimiento permanente de la normativa nacional e internacional que aboga por sus derechos fundamentales, entre ellos, el derecho a la salud y a la vida.

Estos componentes del bienestar subjetivo antes descritos, se amalgaman en la vejez, y en algunos adultos mayores determinan su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida, en general.

El segundo componente, corresponde al bienestar físico que está relacionado, sin duda, con el concepto de salud, asumida desde una concepción que va más allá de la ausencia de enfermedad, que se define como "*un estado completo de bienestar físico, mental y social ...*";²⁰ que se hace evidente en las personas a lo largo del ciclo vital, pero, de manera especial en las personas mayores, en las que el deterioro físico o si queremos verlo en sentido positivo, el bienestar físico, se encuentra vinculado con la percepción de salud que

a la vez depende, en buena medida, de su capacidad funcional, en el que sentirse útil, con capacidad para realizar cualquier actividad, favorece el desarrollo de la autoestima, una mejor sensación de satisfacción con la vida y una reducción en los estados depresivos, que han demostrado tener relaciones significativas con indicadores objetivos como son la presencia de enfermedades crónicas, el tiempo con el que han convivido con la enfermedad, y la complicación de la enfermedad, entre otros.²¹

De ahí que, el bienestar emocional y la percepción de la salud, sean utilizados como indicador de una mejor calidad de vida,^{15,21} y estén condicionados por la autopercepción de la condición de salud de los adultos mayores y el grado de actividad física que manejan en su vida cotidiana.²²

Sumado a esto, se identifica una notoria presencia de problemáticas de salud mental en nuestros adultos mayores, sin hacer referencia aquí, a un deterioro cognitivo leve o patológico, sino más bien, como consecuencia de dificultades en la autoaceptación, por la falta de oportunidades en la sociedad para lograr un funcionamiento óptimo; por las barreras existentes en el contexto para que el adulto mayor construya ambientes acordes a sus propias condiciones físicas; y por los limitados apoyos brindados desde la familia, y la sociedad, en general, para que la persona mayor reconozca su propio potencial para crecer como persona, consideradas estas condiciones básicas para garantizar una óptima salud mental.¹⁵

Por último, está el bienestar material, y dentro de él, la situación económica del adulto mayor, a la que ya nos hemos referido de manera transversal a lo largo de este trabajo. No obstante, conviene esbozar aquí, algunas ideas adicionales, para cerrar esta visión integral del bienestar en los adultos mayores, concernientes a los contextos en los que interactúa la persona mayor. Uno de estos contextos, es el barrio o vecindario, en el que puede compartir espacios físicos con diferentes grupos de personas. Es allí, en donde se generan dinámicas de interacción que permiten fomentar el desarrollo de redes sociales.²³ Sin embargo, en el ámbito colombiano, aunque un buen número de adultos mayores viven aún en barrios, caracterizados por la unidad de los vecinos en torno a causas comunitarias, que favorecen su inclusión en las diversas actividades que se realizan, otros residen en edificios o conjuntos de apartamentos, en los que contrariamente, se refuerza el aislamiento social. Por lo general, estas unidades habitacionales se caracterizan por ser espacios reducidos y presentan condiciones de habitabilidad que no corresponden con

las necesidades de este grupo poblacional como son el acceso a través de escaleras, la iluminación y la ventilación limitadas, pisos desnivelados, que repercuten en sus condiciones de salud física y emocional.²⁴

En definitiva, las condiciones de vivienda han sido consideradas como uno de los principales determinantes de la salud humana, que tiene repercusiones en toda la población mundial, específicamente, en las poblaciones más vulnerables, entre las cuales se encuentran los adultos mayores, debido a que ellos permanecen durante un prolongado tiempo en su vivienda. Entre esta población, es una problemática que afecta principalmente a las mujeres y a los adultos mayores de 85 o más años de edad, ya que a medida que aumenta la edad, las condiciones de la vivienda se agravan, los recursos económicos se reducen considerablemente y las limitaciones físicas, empiezan a aparecer.²⁴

En concordancia con lo expuesto antes, es de anotar además, que el cambio de lugar de residencia en los adultos mayores, se constituye de manera especial, en un evento vital que les genera altos niveles de estrés, no solo por las redes sociales con las que cuentan en su sector de vivienda, sino por las condiciones de movilidad y seguridad que el vecindario de siempre, les proporciona.²³

A la par con estas barreras resultantes de las características de la vivienda, los adultos mayores en Colombia, deben someterse a la falta de accesibilidad en el transporte público, en las instituciones prestadoras de servicio de salud, en los bancos y en las calles, en las que continuamente corre peligro su vida, por cuenta de los carros, las motocicletas, las bicicletas y los propios congéneres, que no toman conciencia de su condición de adultos mayores.

ALGUNOS COMENTARIOS FINALES

El aumento en la expectativa de vida de las personas, trae como consecuencia que los adultos mayores tengan que enfrentarse a múltiples desafíos propios de su etapa evolutiva, y que en algunas ocasiones los llevan a vivir experiencias de pérdida y amenaza a su bienestar personal, deteriorando de manera notable su calidad de vida.²¹ Esto se debe a la existencia de una cultura en torno a este grupo etario dentro de la sociedad, que se caracteriza por delimitar su funcionalidad a través de imaginarios sociales, los cuales están impregnados de prejuicios y estereotipos que se toman como marcos de referencia que delimitan la forma de definir y actuar de los adultos mayores dentro de los

contextos en los que se desarrollan,^{25, 26} configurando una visión errónea acerca de este colectivo, que se puede advertir en un temor infundado hacia el envejecimiento, lo que conlleva a un total desconocimiento de este proceso natural como una experiencia única, heterogénea y rodeada de una variedad de significados que surgen de la interacción entre ellos mismos, con sus pares y con el mundo.^{25, 14}

Por esta razón, es indispensable contribuir a la remoción de las barreras sociales y culturales que les impiden a las personas envejecer con calidad de vida, y desempeñarse óptimamente dentro de su familia y la sociedad en general, aportando desde sus saberes, necesidades y potencialidades acumulados a lo largo de su existencia, al desarrollo de las nuevas generaciones.
^{27, 21}

El constructo calidad de vida ha tenido desarrollos teóricos y empíricos importantes en las dos últimas décadas, y en diversas áreas,^{28, 29, 7, 30, 8} por eso consideramos de interés retomarlo como eje de la presente reflexión. Desde este marco de referencia, el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo^{7, 31} ha demostrado un ajuste óptimo para la descripción y análisis de la vida de las personas mayores en el contexto colombiano; sin embargo, son muchos los aspectos que se dejan sin revisar, y que seguramente, serán objeto de próximas reflexiones por parte de nosotros, o de otros autores, pero, consideramos que esta mínima contribución a un tema con tanto impacto personal, familiar y comunitario, debe trascender a la realidad de los adultos mayores colombianos, y si bien, la Constitución Política Colombiana, en su artículo 46 responsabiliza del adulto mayor, al estado, la sociedad y la familia,³ estamos aún muy distantes, de que esto se materialice.

En esta dirección, es necesario enfatizar, el papel relevante que cumple o debería cumplir la familia, como proveedora primaria de apoyos para los adultos mayores, particularmente, en relación con la atención y protección hacia los procesos físicos y mentales que viven en esta etapa evolutiva, específicamente, cuando esta población no tiene fuentes de apoyo formal.²¹ Se ha comprobado que los adultos mayores que conviven con sus familias

presentan mejores niveles de salud física, mental y emocional en contraste con las personas mayores, que viven solas. No obstante, resulta contradictorio, como, en algunos casos, al interior de la familia se evidencia falta de atención y de compromiso con la calidad de vida de estas personas, y lo que es más preocupante se desconoce sus derechos y se los maltrata, de diferentes maneras.

Si se tiene en cuenta, que la familia es considerada como la institución base y formadora de la sociedad, se hace necesario gestar procesos de cambio que promuevan una mayor autodeterminación de las personas mayores, a partir del reconocimiento de sus sentimientos, necesidades y habilidades,³² para que puedan compartir su dinámica de vida con cada uno de sus miembros, y así, generar espacios de participación en los que el adulto mayor pueda tomar decisiones acerca de sus ideales y propósitos de vida de manera autónoma, además, de poder ser un miembro activo del núcleo familiar.^{32, 33}

A partir de esta mirada, se debe generar una resignificación del envejecimiento, en la que este proceso no sea sinónimo de debilidad, sufrimiento y minusvalía,¹⁴ sino más bien de goce, reconocimiento y autonomía, ya que las personas pertenecientes a este grupo, buscan llenar y enriquecer sus vidas a través de las múltiples experiencias y aprendizajes realizados a lo largo de los años, los cuales los han equipado con una fuerza para irrumpir en la búsqueda y demanda de respuestas para sus necesidades más significativas dentro de los contextos en los que se desenvuelven.³⁴

Por todo ello, se espera a través de las reflexiones realizadas por los autores de este escrito, facilitar y proponer el desarrollo de estrategias y acciones que promuevan la inclusión social de los adultos mayores en los diferentes contextos socioculturales en los que se desenvuelven, con miras a aportar a la comprensión y satisfacción de las necesidades más significativas de este grupo poblacional, con el objetivo último de contribuir a una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Lee R, Mason A, Catlear D. Some economic consequences of global aging. A discussion Note for the World Bank. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2010. Disponible en: <http://www.apapr.ro/images/BIBLIOTECA/demografie/2010%20wb%20global%20ageing.pdf>.
- 2) Cardona D, Segura AM. Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2011. 46 (2): 96-99. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/50350770_Public_health_policies_as_regards_the_elderly_in_Colombia.
- 3) Congreso Nacional de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá D.C.: Congreso Nacional de la República de Colombia; 1991.
- 4) Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. CONPES 2793. Política pública sobre Envejecimiento y Vejez. Bogotá. D.C.: CONPES; 1995.
- 5) Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Bogotá: Autor; 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%20C3%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>.
- 6) Schalock R, Verdugo M. Quality of life: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and program Planning*. 2008; (31): 181-190.
- 7) Schalock, RL, Verdugo MA. Calidad de Vida. Manual para profesionales de educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
- 8) Verdugo M, Navas P, Gómez L, Schalock R. The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2012; 57 (11): 1036-1045.
- 9) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003; 9 (2): 9-21.
- 10) García AJ, Troyano Y. Docencia Universitaria de calidad para personas mayores en el espacio europeo de educación superior. *Revista de Enseñanza Universitaria*. 2006; (27): 33-41.
- 11) Pelechano V, González Leandro P, García L. Teoría lega de sabiduría en adultos y relaciones con el Yo ideal. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2006. 32 (141): 65-83. Disponible en: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewFile/2135/2108>.
- 12) Wehmeyer ML. Autodeterminación y personas con discapacidades severas. En Verdugo MA, Jordán de Urriés FB. (Coord.) *Rompiendo inercias. Claves para avanzar*. Salamanca: Amarú Ediciones 2006: 89-100.
- 13) Wehmeyer ML, Abery B, Zhang D, Ward K, Willis D, Palmer S, et al. Personal self-determination and moderating variables that impact efforts to promote self-determination. *Exceptionally*. 2011; (19): 19-30.
- 14) Maya LH. Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. Costa Rica: Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación; 2003. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm>
- 15) Mella R, González L, D'Appolonia J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*. 2004; (13): 79-89.
- 16) Flores Villavicencio ME, Cervantes Cardona GA, Cruz Ávila M, Cerquera Córdoba AM. Concepto de Calidad de vida en relación con el adulto mayor. En: Flores Villavicencio ME, Vega López MG, González Pérez GJ. (Coords). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara; 2011: 87-98.
- 17) Dulcey E, Arrubla DJ, Sanabria P. Envejecimiento y vejez en Colombia. Bogotá: Profamilia; 2013. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20Colombia/3%20COLOM%20Envejecimiento%20y%20vejez%20en%20Colombia%202010.pdf>
- 18) Asociación Probienestar de la Familia Colombiana-Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2010. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady407.pdf
- 19) Alcaldía Mayor de Bogotá. D.C. Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital (2010-2015). Bogotá: Autor; 2010. Disponible en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_politicas_publicas/pol%20C3%20ADtica_publica_para_el_envejecimiento_y_la_veje.pdf
- 20) Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS; 1946. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- 21) Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*. 2012; 30 (2): 23-29.
- 22) Moreno González A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2005; 5(19): 222-237.
- 23) Torres Hidalgo M, Rioseco Hormazábal R, Quesada Venegas M, Ducci Valenzuela MJ. Calidad de vida en adultos mayores pobres de un programa de vivienda social: Región Metropolitana, Chile. En Flores Villavicencio MH, Vega López MG, González Pérez GJ. *Condiciones sociales y calidad de vida en adultos mayores México*: Universidad de Guadalajara; 2011: 119-134.

- 24) Flores Villavicencio ME, Troyo Sanromán R. Calidad de vida en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. En Flores Villavicencio ME, Vega López MG, González Pérez GJ. Condiciones sociales y calidad de vida en adultos mayores. México: Universidad de Guadalajara; 2011. 99-117.
- 25) Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014. 25 (2): 57-62. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- 26) Osorio P, Torrejón MJ, Vogel N. Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. Revista de Psicología. 2008. 17 (1): 101-108. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412982005>
- 27) Botero de Mejía BE, Pico Mechán ME. Calidad de vida relacionada con salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la promoción de la salud. 2007; (12): 11-24.
- 28) Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. J. Intellect.Disabil.Res. 2004; 48, 203-216.
- 29) Schalock RL. Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo. En: Verdugo MA, Crespo M, Nieto T. Aplicación del paradigma de Calidad de Vida. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad, SAID, Colección Actas 6. Salamanca: INICO; 2010. 11-18.
- 30) Schalock RL, Bonham GS, Verdugo MA. The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. Evaluation and Program Planning. 2008; (31):181-190.
- 31) Schalock R, Verdugo M. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Revista Española sobre discapacidad intelectual. 2007; 38(4): 21-36.
- 32) Osorio P, Torrejón MJ, Meersohn C, Anigstein MS. Comprensión de la calidad de vida en adultos mayores semivalentes en Chile. Salud y sociedad. 2011; 2(2): 203-217.
- 33) Carmona Valdés, SE. El bienestar personal en el envejecimiento. Voces y contextos. 4(2): 48-65.
- 34) Bugallo Carrera C, Gandoy Crego M, Gómez Cantorna C. La calidad de vida de los sujetos usuarios de un centro social de personas mayores. Gerokomos. 2014; 25(3): 103-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n3/04_comunicacion2.pdf.

EL ABANDONO DE LA ADHERENCIA EN LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL: UNA ALARMA EN SALUD PÚBLICA.

THE ABANDONMENT OF TREATMENT COMPLIANCE IN RENAL REPLACEMENT THERAPY: AN ALARM IN PUBLIC HEALTH.

Juan Diego Villegas-Alzate¹, Sebastián Vera-Henao¹, María Camila Jaramillo-Monsalve¹, Laura Isabel Jaramillo-Jaramillo¹, Lina María Martínez-Sánchez¹, Gloria Inés Martínez-Domínguez¹, Iván Villegas-Gutiérrez²

ABSTRACT

The loss of renal function is a life threatening disease, it's management is complicated and has always been a challenge for the health staff members, given that the number of patients with Chronic Kidney Disease in dialysis is increasing, having high rates of non-compliance, the risk of mortality and hospital stance is becoming a concern in public health. Therefore, the review seeks to research the sanitary impact of non-adherence to medication in renal replacement therapy. Research was done on data of Pubmed, Scielo, ScienceDirect, Redalyc using the terms as MESH (peritoneal dialysis, adherence, renal dialysis). The effectiveness of a treatment depends on numerous factors; however, the mutual collaboration between the patient and the health caregivers is highlighted. Published research - regarding the patient compliance to renal dialysis - have shown that the patient's commitment is low, in which increases the risk of mortality and hospitalization in both patients, either hemodialysis or peritoneal dialysis ones. After bibliographic research and manuscript redaction, it's concluded that, the Renal Replacement Therapy compliance is low and it has become necessary to intervene with complex strategies that involve different factors that affect the patient compliance.

KEY WORDS: Renal replacement therapy, peritoneal dialysis, patient compliance, medication adherence.

RESUMEN

La pérdida de la función renal amenaza la vida, su manejo es complicado y siempre ha sido un desafío para el personal de salud; debido a que el número de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en diálisis va en aumento, es por esto que con porcentajes elevados de no adherencia el riesgo de mortalidad y hospitalizaciones comienza a convertirse en una preocupación importante en salud pública. Por esta razón se busca conocer el impacto sanitario de la no adherencia terapéutica a las terapias de reemplazo renal. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scielo, ScienceDirect, Redalyc utilizando los términos MESH (peritoneal dialysis, adherence, renal dialysis). La eficacia de un tratamiento depende de numerosos factores, pero entre ellos se destaca la colaboración mutua entre el personal de la salud y de los pacientes. Los estudios publicados sobre la adherencia de pacientes en diálisis renal muestran que el compromiso en estos pacientes es bajo, aumentando el riesgo de mortalidad y hospitalización tanto en pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Conclusión: Posterior a la búsqueda bibliográfica y a la redacción del presente manuscrito, se concluye que la adherencia a la Terapia de Reemplazo Renal es baja y que para una adecuada intervención en la adherencia terapéutica se deben establecer estrategias complejas que involucren diferentes puntos que afectan el cumplimiento de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Terapia de reemplazo renal, diálisis peritoneal, adherencia a los medicamentos, adherencia del paciente.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX se realizaron las primeras descripciones de pacientes en condiciones severas y estado terminal, con un cuadro clínico, caracterizado por

edema, hematuria y proteinuria, además de algunos hallazgos de laboratorio característicos. Desde ese momento hasta la actualidad la patología renal crónica ha sido ampliamente estudiada, hoy en día se sabe que esta comprende un espectro de numerosos procesos fisiopatológicos asociados con una función renal anormal y una disminución progresiva de la filtración glomerular.¹ A nivel mundial, la enfermedad renal crónica (ERC por sus siglas en español o CKD por sus siglas en inglés Chronic kidney disease) representa un problema para la salud pública,² se estima que más de 3 millones de personas en Colombia y más de 20 millones de adultos en Estados Unidos tienen una CKD moderada a severa y que aproximadamente 2 millones de personas a nivel

Recibido: Junio, 2016

Aprobado: Julio, 2016

¹Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.² Instituto del Riñón. Medellín, Colombia. Hospital Manuel Uribe Ángel, Envigado, Colombia.

Correspondencia: linam.martinez@upb.edu.co

mundial dependen de la terapia de reemplazo renal (TRR por sus siglas en español o CRRT por sus siglas en inglés Continuous Renal Replacement Therapy) para sobrevivir.³⁻⁴

En esta enfermedad y en todas las catalogadas como crónicas, la adherencia al tratamiento es un problema frecuente al que todo el personal de salud se ve enfrentado en su práctica. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en algunos países alcanza niveles de incumplimiento de hasta 50%.⁵ Además, hasta donde se tiene información por parte de los autores, en Colombia y en el mundo hay pocos estudios que muestren la adherencia en un programa grande de diálisis peritoneal. Por esto, es necesario el aporte de suficiente información que permita identificar las posibles barreras que impiden la correcta adherencia terapéutica, ya que la inadecuada adhesión al tratamiento prescrito en esta enfermedad compromete la vida del paciente e incrementa los costos para el sistema de salud.⁵

Enfermedad renal crónica

La ERC se define como cualquier alteración renal estructural o funcional, presente por un periodo de más de 3 meses, independientemente de la causa y sus implicaciones para la salud.⁶ Esta definición incluye la presencia de daño renal, con dos o más de las siguientes características: albuminuria ≥ 30 mg/día, anomalías en el sedimento urinario, alteraciones electrolíticas debidas a trastornos tubulares, anomalías detectadas por biopsia, cambios estructurales detectados por imágenes y/o historia de trasplante renal; o por una disminución de la tasa de filtración glomerular (GFR por sus siglas en inglés Glomerular Filtration Rate) < 60 ml/min/1.73 metros cuadrados.⁶ Según lo anterior, la ERC se clasifica en diferentes estadios según la GFR y albuminuria, con la finalidad de proporcionar una guía de manejo, incluyendo la estratificación del riesgo de progresión y complicaciones de la ERC para los pacientes; esta escala es una herramienta importante para enfocar el tratamiento y determinar la intensidad de monitoreo según el riesgo, además de ofrecer educación pertinente al paciente sobre su enfermedad, progresión y oportunidades terapéuticas a futuro.^{1,6}

Fisiopatológicamente, ocurre una injuria renal que desencadena una serie de mecanismos, que conducen a la disminución progresiva de la GFR como consecuencia de los cambios hemodinámicos a nivel renal.⁷ En un primer momento, la lesión renal genera pérdida de cierto número de nefronas, reduciendo así la masa renal; esto, desencadena respuestas mediadas por hormonas vasoactivas, citoquinas y factores de

crecimiento, generando hipertrofia e hiperfiltración de las nefronas restantes, acompañado de una disminución de la resistencia arteriolar y un aumento en el flujo plasmático glomerular como principal mecanismo de adaptación, minimizando así las consecuencias funcionales de la pérdida de nefronas.⁷ Con el tiempo, estas adaptaciones a corto plazo llegan a ser perjudiciales, ya que el aumento de la presión y el flujo dentro de la nefrona predisponen a la deformación de la arquitectura glomerular, aumentando el radio de los poros de la membrana basal glomerular, alterando la función de los podocitos e interrumpiendo la barrera de filtración, lo cual conduce a esclerosis y pérdida de las nefronas restantes.¹ Este proceso puede ser resultado de múltiples causas, desde enfermedades renales adquiridas hasta condiciones hereditarias, siendo la principal la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, la cual predispone a daño renal en algunos de los pacientes que la padecen, como consecuencia de la alteración de los mecanismos de autorregulación renal.⁸ Otras causas, en orden de frecuencia, incluyen: glomerulonefritis, hipertensión arterial (HTA), enfermedad renal poliquística autosómica dominante y otras nefropatías tubulointersticiales y quísticas.¹ A pesar de los avanzados estudios realizados para determinar las causas, aproximadamente en 20% de los pacientes se desconoce la etiología de la ERC.^{1,9}

Terapia de reemplazo renal

1. La ERC genera una reducción progresiva e irreversible de la función renal, que lleva a la necesidad del empleo de la CRRT, la cual es una técnica que suple algunas de las funciones de filtración, desecho y metabólicas de los riñones.^{10,11} Los métodos de tratamiento de CRRT incluyen hemodiálisis (HD por sus siglas en inglés y en español), diálisis peritoneal (DP o PD por sus siglas en inglés peritoneal dialysis) y trasplante renal.² En Estados Unidos de América se reportó que aproximadamente 64,9% de los pacientes con enfermedad renal en estadio terminal (ESRD por sus siglas en inglés End-Stage Renal Disease) recibían HD, mientras que solo 4,8% se encontraban empleando diálisis peritoneal.¹² En Colombia, de 30.000 pacientes en CRRT, 33% está en DP, y es uno de los países del mundo con porcentaje más alto en este tipo de terapia. En los países del primer mundo, como Japón y en general los de Europa (exceptuando Gran Bretaña), la situación es similar a la de USA en cuanto a distribución de la CRRT. Esto podría explicarse por diferentes factores, como la falta de información a los pacientes y a sus familiares, el número creciente de unidades de HD, y la facilidad de simplemente llevar a un paciente a una sala de HD y dejarlo allí al cuidado del personal de salud.^{13,14}

De las formas de CRRT, la más común es la HD, aproximadamente 11% de la población recibe este tratamiento; el cual permite remover del torrente sanguíneo los solutos innecesarios y tóxicos, mediante el paso de la sangre a través de un dializador. Esta se compone de procesos de filtración, absorción, difusión o una combinación de estos para eliminar el exceso de agua o solutos.¹¹ Los pacientes en tratamiento con HD reciben la terapia entre 2 y 3 veces por semana de manera intermitente, lo que genera que exista un mayor riesgo de sobrecarga de volumen en los espacios entre las diálisis, razón por la cual, los pacientes deben seguir un estricto régimen terapéutico y dietario.^{2,15}

Por otra parte, la DP es una técnica subutilizada, a pesar de sus casi 40 años de instauración; está compuesta por dos modalidades distintas, que son: la diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD por sus siglas en inglés Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) y la diálisis peritoneal automatizada (APD por sus siglas en inglés automated peritoneal dialysis).¹⁴ En la primera se realizan varios intercambios diarios, mientras que en la segunda se conecta el paciente a una máquina durante un periodo determinado, usualmente en la noche, con permanencias de los líquidos más cortas que en la CAPD.^{14,16} En general, la complicación más común es, sin lugar a dudas, la infección peritoneal, sin embargo, varios estudios han demostrado que el riesgo es significativamente menor con DPA comparado con la DPCA, 21% vs. 47% a un año y 59,4 vs. 55,3% a dos años, respectivamente.¹⁷ En cuanto a la supervivencia, se sugiere que no hay diferencias significativas entre las dos modalidades de DP; sin embargo, otros estudios muestran que la supervivencia al año es mejor en DPA, aún estratificando por edad, menores y mayores de 55 años y enfermedad, diabéticos vs no diabéticos, aun así los datos no son suficientes para afirmar que la DPA es superior en cuanto a supervivencia vs la DPCA.^{18,19} Un aspecto importante que se debe destacar en la PD; es el alto nivel de compromiso por parte del paciente que requiere el proceso de la diálisis, asegurando la asepsia y tiempos adecuados con el fin de evitar infecciones peritoneales u otras complicaciones.¹²

Como se ha mencionado previamente, la HD es la TRR más utilizada, esto se debe a numerosos factores, entre ellos el poco conocimiento acerca de los beneficios de la DP, la insuficiente capacitación del personal para el manejo de la DP, entre otros; sin embargo, es importante entender las grandes ventajas de la DP en los pacientes que requieren TRR. Otero et al, llevó a cabo un estudio en el cual comparó diferentes desenlaces de los pacientes con HD vs DP y encontró que los pacientes que iniciaron con HD tenían una peor supervivencia a 10 años en

comparación con los pacientes que recibieron tratamiento inicial con DP, además se evidenció más del doble de tiempo de supervivencia para los pacientes que iniciaron con DP (6.93 años) en comparación con los de HD (4.44 años).²⁰ De igual manera los resultados obtenidos en el estudio de Bavanandan et al,²¹ revelaron que la HD es un tratamiento más costoso en comparación con la DP debido a la estructura y recursos humanos necesarios, así mismo a pesar de que tiene menores costos que la DP en cuanto a los suministros necesarios para el mantenimiento de la terapia, se ha estimado que incrementar la proporción de pacientes en DP puede disminuir potencialmente los costos asociados a la diálisis,²¹ incluso aspectos como las posibilidades de mantener un empleo aún estando en TRR se inclinan a favor de la DP. Ching-Law et al, encontró en un estudio de corte transversal que los pacientes con DP automatizada tenían un aumento en la posibilidad de estar empleados; datos similares a los arrojados por un estudio realizado por Martínez et al, sobre la relación de la calidad de vida y el tipo de TRR, donde se demuestra que es un predictor independiente y estadísticamente significativo, en especial para los síntomas de enfermedad renal y situación laboral, siendo la diálisis peritoneal el predictor de mejor calidad de vida en comparación con los pacientes sometidos a hemodiálisis.^{22,23}

El trasplante renal es el tratamiento de elección para la ESRD, debido a que mejora a corto y largo plazo el estado del paciente, e igualmente su calidad de vida.²⁴ En las guías americanas y canadienses se establece que todo paciente con ESRD debe ser considerado para trasplante renal, siempre y cuando los riesgos no excedan los beneficios y no existan contraindicaciones.²⁵

La CRRT mediante HD o PD es una técnica necesaria en los pacientes con ESRD, sean o no candidatos a trasplante renal (o mientras se practican los estudios previos para éste) y que ya no tienen control sobre la volemia ni eliminan efectivamente las sustancias tóxicas de la sangre; sin embargo, esta misma puede traer consigo complicaciones para el paciente.²⁶ En un estudio retrospectivo se encontró que la hipotensión era el principal efecto adverso asociado a la HD, seguido de náuseas, vómito, fiebre y escalofríos, las dos últimas principalmente asociadas a accesos vasculares infectados; otras complicaciones se derivan del aclaramiento excesivo que puede llevar a la pérdida de aminoácidos, vitaminas y otros compuestos circulantes necesarios.^{26,27} A pesar de que estas terapias permiten prolongar la vida del paciente con ESRD, la mortalidad es 6.3 a 8.2 veces mayor en comparación con personas de su misma edad sin la patología. Los principales factores de riesgo que influyen son la vejez, el deterioro

físico y nutricional, la falla cardíaca, el infarto del miocardio, las arritmias y la depresión.^{8,28} Dentro de todas las CRRT, la más recomendada es el trasplante renal, ya que un trasplante exitoso tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida del paciente y reduce el riesgo de mortalidad en comparación con las terapias dialíticas.²⁹

EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad tiene una prevalencia entre 3-5% en la población general, además de una incidencia que ha venido en aumento. En Colombia entre los años 2008 y 2014 se presentó un aumento de 45% en la incidencia de casos de ESRD en CRRT, y a nivel mundial se ha llegado a estimar un incremento cerca del 60% para el 2020 en comparación con el 2005.^{2,10,30} La ERC afecta todas las razas, pero es más común en pacientes afroamericanos, y en pacientes de edad avanzada (>60 años).³ Se estima que más de 20 millones de adultos en Estados Unidos tienen ERC moderada o severa.³ En Latinoamérica la prevalencia de ESRD es de 447 pacientes por millón de habitantes, y la incidencia es de 147 pacientes por millón de habitantes.³¹ En cuanto a Colombia se estima una prevalencia aproximada de 700 pacientes por millón de habitantes, con una incidencia de aproximadamente 100 casos por millón de habitantes para el año 2013. Según el Ministerio de Salud y Protección de Colombia, para este año se estimó una prevalencia de 772 pacientes por millón de habitantes en el departamento de Antioquia, ocupando el cuarto lugar dentro de los departamentos con mayor prevalencia.^{32,33}

El estadio ESRD es una causa muy importante de mortalidad a nivel mundial; según datos de la United States Renal Data System (USRDS) se estimó una tasa de mortalidad del 20% para el año 2013 en los Estados Unidos; además de asociarse con una disminución de la calidad de vida de los pacientes y una alta carga de la enfermedad.^{8,28} En Colombia, la mortalidad anualizada en HD es 15% y en DP 10%, mucho menor a la de Estados Unidos. La mortalidad se ve en gran medida influenciada por las comorbilidades, principalmente DM, obesidad e HTA, que presentan la mayoría de los pacientes renales crónicos, impactando en especial los desenlaces cardiovasculares, los cuales son una de las primeras causas de mortalidad.³⁴

Adherencia terapéutica y CRRT

La eficacia de un tratamiento depende de numerosos factores, pero entre ellos se destaca la colaboración mutua entre el personal de la salud y de los pacientes. Parte de esta cooperación incluye la

adherencia que tengan los pacientes tanto para los medicamentos como para las indicaciones que se les dan; este aspecto ha sido ampliamente estudiado durante los últimos años, con el fin de encontrar los inconvenientes más relevantes que evitan una buena adherencia y las medidas para mejorar esta en los pacientes.³⁵

La OMS define la adherencia terapéutica como "el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas y se rige a las diferentes intervenciones empleadas para el tratamiento de las enfermedades crónicas". Para que pueda cumplirse con esta definición, se necesita un rol activo del paciente que incluye su compromiso, la aceptación de las recomendaciones dadas por los médicos y una responsabilidad compartida con el equipo de salud.³⁶

En la ESRD, es necesario un alto compromiso con numerosos aspectos del tratamiento por parte del paciente, que va más allá de la toma correcta de los medicamentos, e incluye el seguimiento de la dieta recomendada, restricciones de líquidos según la indicación y la ejecución de los cambios en el estilo de vida; dichos factores son igualmente importantes para el desenlace clínico del paciente.³⁶ Adicionalmente, la asistencia regular y constante a las sesiones de diálisis son fundamentales, ya que se estima que la mortalidad puede incrementarse hasta en 30% con la omisión de una única sesión en un mes cuando se reciben 3 sesiones semanales.³⁷

Cuando se habla de adherencia a la CRRT se deben tener en cuenta diferentes factores para analizar en el tratamiento del paciente. Con respecto a los medicamentos que se evalúan para observar el grado de adherencia de estos pacientes están: medicamentos antihipertensivos (y otros fármacos cardiovasculares), análogos de la Vitamina D, agentes gastrointestinales, agentes endocrinos (que incluye medicamentos para diabetes como hipoglicemiantes e hipolipemiantes), psicotrópicos (como antidepresivos), antitrombóticos, antiplaquetarios, analgésicos y quelantes de fosfato, entre otros.³⁹ Sin embargo, no solamente abarca el concepto de los medicamentos, sino que también incluye los parámetros dietarios exigidos para el tratamiento por las pautas dietéticas establecidas en las guías de nutrición de la "Kidney Disease Outcome Quality - National Kidney Foundation" (KDOQI), en la cual se contempla la restricción de alimentos ricos en sodio, potasio, fósforo y líquidos.³⁹ Con respecto a los estilos de vida, el personal de la salud analiza en el paciente los parámetros de la ganancia de peso interdialítica (IDWG, por sus siglas en inglés), el consumo de cigarrillo, alcohol

y otras sustancias psicoactivas, los cuales deben ser evitados.¹² Por último se evalúa qué tan adherente es un paciente a las sesiones dialíticas y revisiones programadas.¹² La determinación de la adherencia es difícil ya que los métodos usados en su mayoría son muy subjetivos y no hay una estandarización de su uso en patologías renales. Entre los métodos más usados se puede encontrar el "cuestionario simplificado de adherencia al tratamiento", otro método usado es la proporción de posesión de medicamentos (MPR, por sus siglas en inglés), cuya fórmula es la siguiente.^{35,40}

$$\text{MPR} = \frac{\text{Total de Días suministrados} - \text{Ultimo día suministrado}}{\text{Días en Periodo}}$$

* Se considera que hay adherencia cuando un paciente tiene $\text{MPR} \geq 80\%$.

Existen otros métodos menos generales para la evaluación de la adherencia; en el estudio de Chiu YW et al. sobre la adherencia a los quelantes de fosfato, se empleó un método que consistía en calcular la relación de la toma de medicamentos consumidos contra la cantidad esperada para la fecha. Este número se calculó como la diferencia entre las pastillas que se le entregaron al principio del estudio al paciente y las que tenía al final del mismo. El número previsto de pastillas que el paciente debía haber tomado fue calculado como el producto de la carga de pastillas diarias de quelantes de fosfato y el intervalo (en días) entre la última entrega de medicamentos y la visita al final de la investigación³⁸. En cuanto a la dieta, las mediciones se hacen por medio de cuestionario DDFQ (por sus siglas en inglés = Dialysis Diet and Fluid Non-adherence Questionnaire).³⁶

Otra forma de evaluar la adherencia dietética es por medio de la toma de muestras para medir niveles de fósforo, potasio, sodio y albúmina; se considera adherente a un paciente en diálisis renal cuando presenta resultados de laboratorio con niveles séricos de fosforo de 3.5 a 5.5 mg/dL y de potasio menores de 5.5 mEq/L; aunque es un método no muy confiable, por lo que es preferible hacer uso de cuestionarios en conjunto a la toma de los niveles, tal como lo realizó Arenas et al., obteniendo un resultado estadísticamente significativo en cuanto a un nivel de fósforo $>5,5$ mg/dL y no adherencia según dos cuestionarios establecidos.³⁹ Con respecto a la adherencia del tratamiento dietético, se ha reportado que la tasa de no cumplimiento es alta en pacientes con DP sin importar el estadio y mortalidad de

la enfermedad, lo que compromete gravemente la efectividad del tratamiento general y disminuye la percepción de bienestar de los pacientes.^{12,41}

Con relación al estilo de vida, se considera un paciente no adherente cuanto tiene un IDWG > 1.5 kg (o más alto que 5.7% del peso corporal).⁴² En cuanto a la toma de medicamentos se considera adherente si se toma entre 80% a 120% del número esperado de píldoras.³⁸

Los estudios publicados sobre la adherencia de pacientes en diálisis renal muestran que el compromiso en estos pacientes es bajo.⁴³ En una comparación llevada a cabo en Madrid entre los pacientes en HD y PD se demostró que 72.9% y 85.2% de pacientes respectivamente mostraban déficit de adherencia al tratamiento⁴⁴. Otros estudios concuerdan con que más del 80% de los pacientes en HD en Estados Unidos presentan falta de adherencia.⁴³ En Bogotá, Colombia, durante el periodo comprendido entre los años 2006-2007 se llevó a cabo un estudio sobre adherencia de los pacientes con ERC en HD, en el cual se encontró que 98,6% de los pacientes eran adherentes, resultados que no concuerdan con el resto de la literatura a nivel mundial.⁴⁵

Está comprobado que la no-adherencia es un factor importante que determina el resultado en la diálisis peritoneal ya que esta muestra aumentos en el riesgo de mortalidad y hospitalización tanto en pacientes de HD y PD lo que resulta en altos.¹⁷ En la literatura se muestra, que la falta de adherencia sobre la terapia de DP que varía a través de los estudios. Una de las principales oscilaciones es la toma de los medicamentos, cuya no-adherencia tiene un intervalo de 3,9 a 85%, seguido por los intercambios de diálisis (proceso de llenar y drenar el abdomen) que presenta una no-adherencia del 2,6 a 53%, y 14,4 a 67% para las restricciones de la dieta / fluido.¹⁷

A pesar de los niveles de no adherencia presentados, según un estudio realizado en Hong Kong, los pacientes se presentaban con niveles altos de adherencia tanto para la medicación como la diálisis, siendo respectivamente 83 y 93%; pero sí reconocían niveles bajos en cuanto al control de líquidos y la dieta, con niveles de 64% y 38% respectivamente.⁴⁶

Es posible que las tasas tan bajas de adherencia que se encuentran sean debidas a diversas causas que, según la OMS se dividen en cinco factores principales: socioeconómicos, relacionados con el paciente, con la terapia, con la condición de vida y con el sistema de atención en salud.³⁶ Estos son descritos en la literatura

con los siguientes ejemplos: olvido de la toma del medicamento, dificultad para deglutir, costos del tratamiento, cantidad de píldoras, transporte a las revisiones y farmacias, larga duración del tratamiento, el ser una persona joven, falta de apoyo familiar y bajo conocimiento del tratamiento por mala relación médico-paciente, falta de motivación y factores psicosociales como la depresión, el estrés y la ansiedad. Otros factores culturales pueden afectar un buen seguimiento de la dieta y el mejoramiento del estilo de vida.^{36,42}

Asociación epigenética

La epigenética se refiere a un cambio en el patrón de expresión génica que no necesariamente está mediada por alteraciones en la secuencia de nucleótidos primaria sino que está relacionado con factores ambientales del individuo.⁴⁷ Los cambios epigenéticos pueden ser responsables de la “memoria metabólica” y el desarrollo de algunas patologías clínicas como las complicaciones micro y macrovasculares de la DM o el mantenimiento de la homeostasis glomerular, lo que a largo plazo se podría manifestar como una enfermedad renal.⁴⁸ Esta memoria metabólica está condicionada por dominios reguladores que dirigen la transcripción de genes inflamatorios clave; de igual manera, es la responsable de que situaciones como el progreso de la nefropatía diabética se de aún en pacientes bien controlados, debido a que muy probablemente el ambiente hiperglicémico alteró el patrón de expresión genética que está involucrado en la patogénesis.⁴⁹ Es importante aclarar que los factores genéticos desempeñan un papel predominante en aproximadamente un tercio de los trastornos renales crónicos en la edad adulta y se estima que 10-20% de los adultos con enfermedad renal crónica tienen una enfermedad genética hereditaria de base.^{49,50}

El diagnóstico y tratamiento de los pacientes se ve influenciado por los trastornos genéticos y su interacción con el ambiente. Debe tomarse en cuenta que la CRRT puede variar su efectividad por muchos factores como la adherencia terapéutica y la epigenética implícita en el asunto. Los genes pueden afectar indirectamente al tratamiento de los pacientes con falla renal, ya que algunos factores de riesgo predisponentes de la enfermedad renal pueden verse agravados por la expresión génica. Entre algunos factores se encuentra el papel de la inflamación, la resistencia a la insulina, la dislipidemia y la calcificación vascular que pueden afectar los esquemas de tratamiento o incluso la efectividad de

una buena adherencia al mismo.⁵² Es por esto que se hace importante el análisis epigenético de los sujetos, ya que todos los posibles condicionantes pueden conducir a diferentes respuestas de los pacientes frente al tratamiento a pesar de la adecuada adherencia terapéutica; es decir, se deben abordar dos de los grandes determinantes de la eficacia de una terapia (contexto epigenético y adherencia terapéutica) con el fin no solo de dilucidar el proceso sino también desarrollar nuevas técnicas en el tratamiento y asesoramiento médico.⁵⁰

Conclusión

Como se ha visto a lo largo de esta revisión, la adherencia terapéutica es una compleja cadena construida por el médico y el paciente, siendo este último el eslabón clave, cuyo cumplimiento con los diferentes requisitos permite mejorar el desenlace clínico, dado que la falta de adherencia, desde el incumplimiento con la terapia dialítica hasta la poca continuidad con los medicamentos son factores determinantes que incrementan la mortalidad del paciente en un alto porcentaje.³⁷

Para una adecuada intervención en la adherencia terapéutica se deben establecer estrategias complejas que involucren diferentes puntos que afectan el cumplimiento de los pacientes, entre ellas la educación del paciente y la familia es un aspecto importante para fortalecer la adhesión, ya que el desconocimiento acerca de efectos adversos e incluso muchos mitos respecto a la toma de los mismos hacen que los pacientes abandonen el tratamiento; el apoyo social y financiero también es un factor importante, especialmente en países en desarrollo donde las prioridades pueden ser otras y el cuidado se vuelve una carga; así mismo, el uso de instrumentos o medidas, como llamadas, mensajes de texto, diarios, etc, para evitar la poca adherencia a causa de los olvidos podría ser un elemento clave para impactar los bajos porcentajes de adherencia en enfermedades crónicas como la renal.

Es por esto, que para lograr una intervención integral, se requiere una elaboración ardua de medidas que permitan concientizar a los pacientes del importante impacto que tiene su continuidad con las diferentes recomendaciones y, así mismo, se debe buscar una sincronización con el sistema de salud para que este cumpla con las entregas oportunamente.^{17,36}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bargman JM, Skorecki K. Chronic Kidney Disease. En: Shanahan JF, Davis KJ. Harrison's principles of internal medicine. 19ª ed. Estados Unidos de América: McGraw-Hill; 2015. p.1811-21.
- 2) Moonaghi HK, Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Emamimoghadam Z, Ebrahimzadeh S. A comparison of face to face and video-based education on attitude related to diet and fluids: Adherence in hemodialysis patients. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17 (5):360-4.
- 3) Wells SA. Determinants of adherence to living on dialysis for mexican americans. *SAGE Open Med.* 2015; 1-12.
- 4) Eggers PW. Has the incidence of end-stage renal disease in the USA and other countries stabilized? *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2011;20(3):241-5.
- 5) Del Duca D, Iqbal S, Rahme E, Goldberg P, De Vatennes B. Renal failure after cardiac surgery: Timing of cardiac catheterization and other perioperative risk factors. *Ann. Thorac. Surg.* 2007;84(4):1264-71.
- 6) KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2013; (3): 5.
- 7) Remuzzi G, Bertani T. Pathophysiology of progressive nephropathies. *N Engl J Med.* 1998;339(20):1448-1456.
- 8) Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *Int. J. Nurs Stud.* 2014; (51): 208-16
- 9) Shlipak M. Diabetic nephropathy. *BMJ Clin Evid.* 2009;0606.
- 10) Pasyar N, Rambod M, Sharif F, Raffi F, Mohammadi-Pourali N. Improving adherence and biomedical markers in hemodialysis patients: The effects of relaxation therapy. *Complement Ther Med.* 2015; (23):38-45.
- 11) Blanco FC, Ortega G, Qureshi FG. Renal replacement therapy in children. *Semin Pediatr Surg.* 2015; (24): 25-31.
- 12) Griva K, Lai AY, Lim HA, Yu Z, Yin Foo MW, Newman SP. Non-Adherence in patients on peritoneal dialysis: A systematic review. *Plos One.* 2014; 9(2):1-11.
- 13) Pecoits-Filho R, Rosa-Diez G, Gonzalez-Bedat M, Marinovich S, Fernandez S, Lugon J, et al. Renal replacement therapy in CKD: an update from the Latin American registry of dialysis and transplantation. *J Bras Nefrol.* 2015;37(1):9-13.
- 14) Moreiras-Plaza M. De dónde venimos y adónde vamos en diálisis peritoneal: identificando barreras y estrategias de futuro. *Nefrología.* 2014; 34(6):756-67.
- 15) Clark-Cutaia MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevick MA. Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: Influence of patient characteristics, self-efficacy and perceived barriers. *J Ren Nutr.* 2014; 24(2): 92-9.
- 16) Aragón S, Sánchez M, Quintela M, Alicarte AI, Vera M. Diálisis peritoneal automática adaptada: un método de prescripción eficaz, eficiente y seguro. *Enferm Nefrol.* 2014; 17(3):202-8.
- 17) Verger C, Ryckelynck JP, Duman M, Veniez G, Lobbedez T, Boulanger E, et al. French peritoneal dialysis registry (RDPLF): Outline and main results. *Kidney Int.* 2006; (70): S12-20.
- 18) Badve SV, Hawley CM, McDonald SP, Mudge DW, Rosman JB, Brown FG, et al, for The ANZDATA Registry PD Working Group. Automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis have similar outcomes. *Kidney Int.* 2008; (73): 480-8.
- 19) Guo A, Mujais S. Patient and technique survival on peritoneal dialysis in the United States: Evaluation in large incident cohorts. *Kidney Int.* 2003;64(Suppl 88):S3-S12.
- 20) Otero-Gonzalez A, Iglesias-Forneiro A, Camba-Caride MJ, Perez-Melon C, Borrajo-Prol MP, Novoa-Fernandez E, et al. Survival for haemodialysis vs. peritoneal dialysis and technique transference. Experience in Ourense, Spain, from 1976 to 2012. *Nefrol.* 2015;35(6):562-6.
- 21) Bavanandan S, Ahmad G, Teo AI, Chen L, Xiaoqing-Liu F. Budget Impact Analysis of Peritoneal Dialysis versus Conventional In-Center Hemodialysis in Malaysia. *Value Health Reg Issues.* 2016; (9): 8-14.
- 22) Ching-Law M, Ming-Chow K, Fun-Fung SK, Chun-Szeto C, Tao-Li K. Employment status in peritoneal-dialysis patients. *Hong Kong J Nephrol.* 2016; (18):11-4.
- 23) Martínez H, Restrepo C, Arango F. Calidad de vida y estado funcional de ancianos con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica. *Acta médica colombiana.* 2015; 40 (1): 13-19.
- 24) El-Nono IH, Telha KA, Al-Alimy GM, Ghilan AM, Abu Asba NW, Al-Zkri AM, et al. Challenges in renal transplantation in Yemen. *Ann Transplant.* 2015; (20): 92-6.
- 25) Kabbali N, Mikou S, El Bardai G, Najdi A, Ezziani M, Zahra F, et al. Eligibility for renal transplantation: A Moroccan interregional survey. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2015; 26(1): 153-60.
- 26) Prabhakar, Singh RG, Singh S, Rathore SS, Choudhary TA. Spectrum of intradialytic complications during hemodialysis and its management: a single-center experience. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2015;26(1):168-72.
- 27) Ronco C, Ricci Z, De Backer D, Kellum JA, Taccone FS, Joannidis M, et al. Renal replacement therapy in acute kidney injury: controversy and consensus. *Crit Care.* 2015;19(146):1-11.
- 28) United States Renal Data System, 2014 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2014.

- 29) Oniscu G, Brown H, Forsythe J. Impact of Cadaveric Renal Transplantation on Survival in Patients Listed for Transplantation. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2005; (16): 1859-1865.
- 30) Alarcón JC, Lopera JM, Montejo JD, Henao CM, Rendón R. Perfil epidemiológico de pacientes en diálisis, CTRB y RTS sucursal Medellín 2000-2004. *Acta Médica Colombiana.* 2006;31(1):4-12.
- 31) Gámez AM, Montell OA, Ruano V, Alfonso de León J, Puente M. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Rev Méd Electrón[Internet].* 2013 Jul-Ago [25 marzo 2014]; 35(4).
- 32) Gamarra G. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. *Acta Med Colomb.* 2013; 38(3):138.
- 33) Acuña LM, Soler LA, Sanchez P, Martínez DM, Torres L, Mercado E et al. Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2013. [Internet]. Bogotá, Colombia: Citygraf Impresores Ltda; 2014.
- 34) González MT, Ramalle E, Castellón E, Bover J, Gómez C, ENOD-SEDYT. Características clínicas y analíticas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en España. Proyecto ENOD (Estudio Nacional de Optimización de Diálisis). *Dial Traspl.* 2008; 29(4): 150-65.
- 35) Park H, Rascati KL, Lawson KA, Barner JC, Richards KM, Malone DC. Adherence and persistence to prescribed medication therapy among Medicare part D beneficiaries on dialysis: comparisons of benefit type and benefit phase. *J Manag Care Spec Pharm.* 2014;20(8):862-76.
- 36) Kugler C, Maeding I, Russell CL. Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *J Nephrol.* 2011;24(3):366-75.
- 37) Herrera-Añazco P, Palacios-Guillen M, Mezones-Holguin E, Hernández AV, Chipayo-Gonzales D. Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. *An Fac Med.* 2014; 75(4): 323-6.
- 38) Chiu Y-W, Teitelbaum I, Misra M, de Leon EM, Adzize T, Mehrotra R. Pill burden, adherence, hyperphosphatemia, and quality of life in maintenance dialysis patients. *Clin J. Am. Soc. Nephrol CJASN.* 2009;4(6):1089-96.
- 39) Mayoral MT de las H, Rincón CM. Conocimiento y percepción nutricional en diálisis: su influencia en la transgresión y adherencia; estudio inicial. *Nutr Hosp.* 2014;31(3):1366-75.
- 40) Huertas-Vieco MP, Pérez-García R, Albalade M, de Sequera P, Ortega M, Puerta M, et al. Psychosocial factors and adherence to drug treatment in patients on chronic haemodialysis. *Nephrol Publ Of Soc. Esp. Nephrol.* 2014; 34(6):737-42.
- 41) Arenas MD, Malek T, Gil MT, Moledous A, Álvarez-Ude F, Reig-Ferrer A: Challenge of phosphorus control in hemodialysis patients: a problem of adherence? *J Nephrol* 2010, 23(5):525-534.
- 42) Lohman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Manag Care.* 2003; 9(2):155-71.
- 43) Schmid H, Hartmann B, Schiffel H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *Eur J Med Res.* 2009; 14(5):185-90.
- 44) García-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema.* 2013; 25(1):79-86.
- 45) Saad Acosta G, Sepúlveda G, Ibañez E, Flórez C, Herrán M, Márquez N, Pachecho K. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., 2006 2007. *Rev Colomb Enferm.* 2008;3(3).
- 46) Lam, L.W., Twinn, S., Chan, S.W.C. Self-reported adherence to a therapeutic regimen among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing.* 2010; (66):763-773.
- 47) DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Romano A. CURRENT Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology. [Internet]. 11a ed. Estados Unidos de América: McGraw-Hill; 2013.
- 48) Dwivedi RS, Herman JG, McCaffrey TA, Raj DSC. Beyond genetics: epigenetic code in chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2011 Jan;79(1):23-32.
- 49) Guillen-Navarro E, Ballesta-Martínez MJ, López-González V. Genética y enfermedad. Concepto de genética médica. *Nefrol.* 2011; 2(1):3-10.
- 50) García-López E, Carrero JJ, Suliman ME, Lindholm B, Stenvinkel P. Risk Factors for Cardiovascular Disease in Patients Undergoing Peritoneal Dialysis. *Perit Dial Int.* 2007 Jun 1; 27(Supplement 2):S205-9.

ENFOQUES EMERGENTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA: UNA MIRADA DESDE LA TRANSDISCIPLINARIEDAD.

EMERGING APPROACHES OF EPIDEMIOLOGY: A VIEW FROM THE TRANSDISCIPLINARITY.

Mariela Mata-Orozco¹; Mayra López-Caldera²; Daisy Meza Palma³; Alejandro Labrador Parra⁴; Johny Sarco Lira⁵; Henry Pérez⁶; María Triolo-Mieses⁷; Arturo Martínez Santos⁸; Carmen Gimón Uzcategui⁹; Desiree Cuberos Guedez¹⁰; Rosa Goldcheid Martínez¹⁰; Gregoria González,¹¹ Evelin Escalona¹²

ABSTRACT

Epidemiology has a historical debt to humanity. In this context, new theoretical and epistemological approaches from transdisciplinary and complementarity arises, to address the complex health-disease process, so far dominated by the hegemonic biomedical model of conventional epidemiology, which has generated significant contributions to humanity. However, the complexities announce the need for the conceptual reconfiguration from the conventional epidemiology to emancipatory paths that generate the neohumanism. Knitting or weaving disciplines as possibility of humanity in completeness, that allows overcome the limitation and fragmentation of the subject of their socio-cultural and historical context, which complicates the problem in its fullness, and thus, building solutions is a challenge we must conquer. Critical epidemiology, through the integration of complementary approaches must maintain an epistemological vigilance on the uses and limits of the respective approaches to such techniques, avoiding frozen ahistorical notion of phenomena. Performing the analysis of socio-historical process under the approach to social determination is an obligation, which allows seeing beyond the social determinants associated with classical risk factors and individual lifestyles. Finally, there is a need to move from a more complex concept, integrating the social determinants of health, with critical ecology, to the conquest of a good living. Health inequalities can fill the gaps in this way, moving towards transformation and emancipation of human beings in complexus with the planetary life.

KEY WORDS: Conventional and critical epidemiology; transdisciplinarity; social determinants; social determination of health.

RESUMEN

La epidemiología tiene una deuda histórica con la humanidad. En este contexto, urgen nuevos enfoques teóricos y epistémicos que desde la transdisciplinarietà y la complementariedad, aborden el complejo proceso salud-enfermedad, hasta ahora dominado por el hegemónico modelo biomédico, de la epidemiología convencional, el cual ha generado importantes aportes a la humanidad. Sin embargo, las complejidades anuncian la necesidad de la reconfiguración conceptual de la epidemiología convencional, hacia caminos emancipatorios, que generen el neo humanismo. Tejer o entretejer las disciplinas como posibilidad de una humanidad en completud, que permita vencer la limitación y fragmentación del sujeto de su contexto socio-cultural e histórico, que impide ver el problema en su plenitud y por ende construir las soluciones, es un desafío que debemos conquistar. La epidemiología crítica, a través de la integración de los enfoques complementarios debe mantener una vigilancia epistemológica sobre los usos y límites de las técnicas respectivas a dicho enfoques, evitando la noción ahistórica y congelada de los fenómenos. Es ineludible realizar el análisis del proceso socio histórico bajo el enfoque de la determinación social, que permite ver más allá de los determinantes sociales, asociados a los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales. Finalmente se plantea la necesidad de transitar desde un concepto más complejo, que integre la determinación social de la salud, con la ecología crítica, hacia la conquista del buen vivir. Solo así es posible subsanar las desigualdades sanitarias, transitando hacia la transformación y la emancipación del ser humano en complexus con la vida planetaria.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología convencional y crítica, transdisciplinarietà, determinantes sociales, determinación social de la salud.

Recibido: Junio, 2016

Aprobado: Septiembre, 2016

¹Laboratorio de Práctica Profesional de Parasitología. Departamento Clínico Integral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo Sede-Aragua. ²Laboratorio Clínico Servicio Médico del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) Caracas. ³Dpto. Socioepidemiológico. Escuela de Bioanálisis. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo- Núcleo Aragua. ⁴Escuela de Ingeniería de Proceso, Universidad Central de Venezuela, Núcleo Cagua, estado Aragua. ⁵Departamento Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo Núcleo -Aragua. ⁶Departamento de Ciencias Morfopatológicas. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. Valencia. ⁷Departamento de Estudios Clínicos. Facultad de Ciencias de

la Salud. Universidad de Carabobo Sede-Carabobo. ⁸Dirección Municipal de Salud Distrito Sanitario Revenga. Estado Aragua. ⁹Departamento de Medicina Interna. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo Sede-Aragua Hospital Central de Maracay, Aragua. ¹⁰Hospital Dr. Luis Razetti. Hospital Materno Infantil Samuel Darío Maldonado IVSS. Barinas. ¹¹Unidad en Investigación de Lípidos y Lipoproteínas. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. ¹²Programa de Doctorado en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua.

Correspondencia: daisymeza64@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La Concepción de la Salud-Enfermedad como Proceso Social: Una Mirada desde la Epidemiología Convencional

En el estudio de la epidemiología como proceso social colectivo, es importante resaltar los aportes de Arango¹ así como también reconocer que, fue a mediados de 1895 cuando Weber² se sitúa firmemente en la promoción de las libertades políticas, al señalar que: *No puede haber paz en la lucha económica por la existencia; solo el que confunda la apariencia con la realidad puede creer que el disfrute pacífico de la vida es lo que les reserva el futuro a nuestros descendientes, no es misión nuestra enseñar a nuestros sucesores el camino a la paz y la satisfacción humana, sino mostrarle la lucha eterna por el mantenimiento y cultivo de nuestra integridad...* Esta disertación de Weber de la época, abre paso a las nociones de las ciencias epidemiológicas como cualquier otra operación, como expresión simbólica, transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad, permitiendo este tipo de relaciones de poder explicar una historia de diseños científicos de la epidemiología, dando lugar a definiciones más holísticas como la que propone Breilh.³ Es por ello que el paradigma de riesgo versus la epidemiología crítica, da lugar a los determinantes sociales de salud, donde se pugna por definir el campo de la salud colectiva, su contenido y su práctica.

La aceleración del ritmo de reproducción capital en la economía global, implica en el contexto histórico una epidemiología hegemónica que va hacia un modelo instrumentalizado y más funcionalista en cuanto a las concepciones de la salud pública, lo que propicia una lógica de la supervivencia y desmantela los derechos sociales y humanos del colectivo, amenazando el sistema social en su conjunto y articulando el círculo de análisis con las raíces socioeconómicas del poder y las relaciones sociales del capital. Todo ello para dar paso a nuevas mutaciones de otras concepciones epidemiológicas transcendentales desde la ciencia que estudia el proceso salud-enfermedad, hacia las tendencias revolucionarias latinoamericanas de Breilh,⁴ tales como la denominada epidemiología crítica, uno de los ejes de la salud colectiva, donde la construcción de sujetos históricos capaces de pensar y transformar la realidad generan espacios de inclusión, concentración y acción, enriqueciendo a esta epidemiología crítica con los dos enfoques: El cuantitativo que mira las particularidades y el cualitativo que mira la totalidad. El objetivo de ambos enfoques es la búsqueda de la verdad, la reflexión, la discusión cívica, la importancia de la tendencia hacia lo social, lo colectivo,

la equidad, la calidad, lo ecológico, los determinantes sociales de salud, la corresponsabilidad, y el nuevo paradigma de la salud pública. Aún así, la epidemiología convencional, ha dado muchos aportes a la medicina antigua y moderna.

Recuperación del Análisis Histórico-Contextual en Epidemiología

Como ya hemos esbozado con cierta sutileza en el análisis previo, la salud pública era en sus orígenes esencialmente ecológica y relacionaba la salud y la enfermedad con el medio ambiente y las características de la comunidad.⁵ Posteriormente, nace la teoría de unicausalidad de la enfermedad,⁶ donde los organismos infecciosos tornaron el factor "ambiental" relevante,⁷ siendo la teoría causal de la enfermedad, la más aceptada en cada época. En el siglo XX el aumento de las enfermedades crónicas hizo que se buscaran nuevos factores causales. El interés se desplazó de los factores ambientales a los factores de nivel individual y la investigación se enfocó hacia las características comportamentales y biológicas como factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Las causas de enfermedad, que se buscaban antes en el ambiente en su conjunto, pasaron a buscarse en factores específicos del ambiente (agentes infecciosos) y conductas de los individuos. Este proceso de cambio del modelo de causación de la enfermedad ha ido acompañado de una "individualización" progresiva del riesgo, lo que perpetúa la idea de que el riesgo se determina individual y no socialmente y hace que se mire con desinterés la investigación desde un enfoque de análisis contextual, es decir, desaparece entonces el estudio de los problemas de salud pública desde un enfoque de análisis contextual, dejando a un lado los "estilos de vida" y las "conductas personales" de los individuos, y lo disocian de los contextos sociales que los delimitan y restringen, prevaleciendo esta tendencia que explica los patrones de salud y enfermedad exclusivamente por las características de los individuos.⁸

En tal sentido, ignorar el papel de las variables de nivel grupal o macro puede llevar a una comprensión incompleta de los determinantes de enfermedad en los individuos, así como en las poblaciones.⁹ Asimismo existen en la actualidad otros investigadores^{8,10} que se oponen a este método individualista y proponen que la interpretación de los efectos a nivel individual debe tener presente la relación con los procesos a nivel macro. Sin embargo, la posibilidad de incluir variables de niveles macro y micro en los estudios epidemiológicos plantea problemas difíciles tanto desde el punto de vista metodológico como desde el punto de vista teórico. Para

que sea significativa, requiere el desarrollo de modelos causales de enfermedad que abarquen diversos niveles y expliquen cómo las variables de nivel individual y grupal conforman la salud y la enfermedad conjuntamente.

La mayor parte de la literatura sobre el problema del nivel de análisis en epidemiología se refiere a las falacias de inferir relaciones en un nivel a partir de datos de otro nivel.¹¹ Quizás el aspecto más difícil y más interesante del análisis contextual, es que requiere una teoría causal que integre variables de los niveles micro y macro y explique las relaciones e interacciones entre niveles. ¿Cómo se supone que operan las variables de nivel grupal? ¿Cómo interactúan los individuos con sus contextos? Puede ser que estos nuevos modelos exijan ir más allá de la noción simplista de causalidad de la que se parte en muchas investigaciones epidemiológicas al incorporar otros niveles de determinación, como por ejemplo la determinación estructural u holística.¹²

En definitiva, aunque el desarrollo de la enfermedad es un fenómeno biológico individual, es posible que ciertos determinantes importantes de la enfermedad no se pueden operacionalizar completamente a nivel individual, y desde nuestra perspectiva hay que repensar en el tipo de estudio de investigación, donde no solo se tome en cuenta las características individuales, ver al objeto de estudio como algo inerte, sino que se ve afectado por otras variables que están relacionadas con su entorno social, comunitario, geográfico. Por lo que es apropiado comenzar a desarrollar modelos epidemiológicos que integren, fortalezcan y revitalicen la investigación de los determinantes sociales y colectivos de la salud.

Subsanar Las Desigualdades en una Generación

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Para subsanar las desigualdades y la inequidad sanitaria, es necesario realizar una evaluación de las políticas sociales y económicas existentes en cada país, la comisión sobre determinantes sociales de la salud ha realizado diversos aportes para lograr que los países ejerzan influencia sobre estos, lo cual es imperativo y urgente ante la situación existente, es realmente injusto que existan diferencias abismales entre el estado de salud de una población entre los distintos países y la población de cada país, la distribución desigual a nivel mundial, nacional y local se ha debido a una nefasta combinación

de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.¹³

Para poder llevar a cabo la eliminación de estas desigualdades y poderlas subsanar en una generación es necesario introducir cambios que afecten a todo el ciclo vital, desde las primeras fases de la vida y a lo largo de esta, además de grandes cambios en las políticas sociales, los programas económicos y la acción política, las intervenciones deben centrarse en dotar de autonomía al individuo a las comunidades y a los países.¹⁴ La formación y consolidación de los sistemas único de salud en los países es un elemento primordial para la solución del problema, los diferentes modos de acceso a la salud en los distintos países, el aumento de las desigualdades entre ricos y pobres, las condiciones de empleo, la inequidad de género, las diferencias entre las áreas rurales y urbanas son apenas algunos aspectos que se conjugan con el estado de salud de la población.

El actual modelo dominante no es el único que existe; podemos entre todos construir un mundo mejor. Para ello es necesario establecer alianzas entre los gobiernos progresistas para romper el poder hegemónico mundial, y ante este poder es necesario repensar la humanidad defendiendo el buen vivir, apoyar la creación de sistemas de seguridad social y de salud universal, gratuita, integral y pública, elevar la capacidad científica del personal de salud trabajando en su vocación humanista y no solo de este sino de toda la sociedad, promover la participación social para decidir el estado de democracia y de Estado como expresión de soberanía popular. Solo así es posible subsanar las desigualdades sanitarias en una generación.¹⁴

Lo más destacable de esta postura, radica en la necesidad de un plan de intervención sobre el conjunto de los determinantes sociales, generar conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y difundirlo, crear políticas relacionadas con los mismos, así como la realización de evaluaciones a nivel mundial.¹⁴

No obstante, a todo lo anterior y a pesar de los avances que se han logrado en estas últimas décadas, aún persisten grandes desigualdades entre los países y dentro de los mismos países que han impedido el avance hacia una distribución equitativa y justa de los recursos, las inequidades existentes son producto de un mundo unipolar hegemónico en el cual ha existido un proceso de adormecimiento de los colectivos sociales y de la sociedad en general, la salud como elemento fundamental en una sociedad no ha sido vista enmarcada en los determinantes sociales de la salud lo que ha generado extrema pobreza y diferencias abismales difíciles de subsanar.

Esta propuesta constituye una vía para salir de la situación actual en la que se encuentran los distintos países, en donde la salud debido a las inequidades existentes se ha convertido en un factor importante de debate en los últimos años debido a la presencia de una economía basada en el mercantilismo que cada día empobrece más a los más pobres y da mayor riqueza a los ricos, propiciando el despojo del cual hemos sido víctima que nos ha llevado al deterioro de la salud, así como la situación socioeconómica como factores considerados por la comisión de determinantes sociales de la salud¹³ como aspectos importantes en los cuales hay que trabajar, llamando a la acción a todos los gobiernos para que empleen políticas efectivas y a la sociedad en general para que de forma organizada y planificada modifiquen esta situación alarmante, estas inequidades que podrían ser subsanadas con voluntad y esfuerzo, es una cuestión de justicia social.

Limitaciones Metodológicas de la Epidemiología Moderna y una Alternativa para superarlas: La Epidemiología Sociocultural

Algunas de las limitaciones metodológicas que están presentes en la epidemiología moderna, se refieren a estudios observacionales, a los aportes de una epidemiología de raigambre sociocultural,¹⁵ que aluden a una necesaria ampliación epistemológica y también metodológica de la epidemiología.

Los cuestionamientos centrales que se hacen en cuanto a tales limitaciones metodológicas y epistemológicas son; por un lado, que la epidemiología a través de la publicación de resultados de investigación inciertos y en ocasiones contradictorios genera en el público inquietud, falsas expectativas y finalmente, incredulidad y por el otro lado, que la naturaleza misma de los diseños de investigación epidemiológica está llena de fallas y debilidades metodológicas. Estos no son los únicos cuestionamientos a la epidemiología. En realidad, los predicamentos conceptuales y empíricos de la disciplina han sido una constante a lo largo de su desarrollo histórico y proceden de su propio entorno, así como de otras ciencias relacionadas con el estudio de la salud y la enfermedad.

Es importante destacar que a través del reportaje titulado "La epidemiología enfrenta sus límites"¹⁶ hecho por opiniones de connotados epidemiólogos y bioestadísticos, se explicaban algunos problemas metodológicos elementales que la epidemiología no ha superado cabalmente, como disciplina científica que pretende ser, al reconocer y confrontar sus límites, lo cual da paso a la posibilidad de

avanzar y desarrollarse en aspectos de la salud y enfermedad que le son desconocidos o que no han sido pertinentemente estudiados.

Es posible predecir entonces que los esfuerzos de líderes del pensamiento epidemiológico, antropológico, social y de otras disciplinas científicas le darán solidez teórica y metodológica. Por ello la epidemiología sociocultural puede ser una disciplina que lidere cambios que incidan en: (a) El replanteamiento teórico y metodológico de cómo estudiar los fenómenos de salud y enfermedad; (b) el enriquecimiento práctico de la respuesta sanitaria mediante el impulso de nuevos programas académicos que atenúen y en el largo plazo borren el paradigma biomédico dominante en la formación de estudiantes interesados en la salud y (c) la integración de las personas y comunidades no únicamente como sujetos de curiosidad científica, sino también como agentes activos capaces de involucrarse decididamente en la solución de los problemas de salud que les aquejan.¹⁵

La Concepción de la Salud-Enfermedad como Proceso Social: Una Mirada desde la Epidemiología Crítica

Desde los años sesenta existe un amplio y controvertido debate sobre la acepción de la enfermedad, donde se cuestiona si ésta tiene carácter social o es solo parte de un proceso biológico. El cuestionamiento sobre esta concepción, surge en el contexto histórico de finales de los años sesenta, como se señaló anteriormente, en medio de la crisis política y social, entretendida a su vez con la económica. Época ésta en la cual surge una nueva etapa de luchas sociales por la satisfacción de las necesidades de los/as trabajadores/as.¹⁷ Con el transcurrir del tiempo, esta lucha ha ido avanzando y ganando espacios en todos los ámbitos para la construcción de un buen vivir saludable, donde también hace parte de ese movimiento la lucha por las ideas, por la direccionalidad de las organizaciones y la construcción de esas nuevas significaciones que son indispensables para que la energía social se enlace con las utopías que brotan y se ahogan todo el tiempo en un mundo de pesadas contradicciones.¹⁸

El paradigma que conceptualiza la enfermedad como un proceso biológico individual (médico biologicista), se ha caracterizado por la dificultad para dar explicaciones y respuestas a los problemas de salud que aquejan a la humanidad, ya que este está impedido para generar nuevos conocimientos. Esta problemática de generación de nuevos conocimientos, no solo dificulta la comprensión del proceso salud-enfermedad,

sino que también incide sobre la formación de las/os médicas/os, reflejándose ésta en la práctica médica, reproduciendo estos la visión de la enfermedad solo desde lo biológico individual, omitiendo su carácter social, histórico y colectivo. En este sentido, la medicina clínica no es capaz de ofrecer soluciones a los problemas de salud ni dar respuestas para mejorar las condiciones de la salud de la colectividad. Sin embargo, a pesar de las limitaciones de la concepción biologicista, hay que reconocer que ha generado importantes conocimientos durante una larga etapa histórica.^{17, 18}

Por su parte, el carácter socio-histórico de la concepción del proceso salud-enfermedad está inmerso en el paradigma histórico social, cuyas principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras.¹⁹ Es imperativo que se demuestre el carácter social de la enfermedad y su utilidad práctica.¹⁷ Para ello es necesario, estudiar el carácter histórico social tanto de la salud, como de la enfermedad, abordado desde la colectividad humana y definir el objeto de estudio que permita comprender en profundidad cómo ocurre el proceso salud-enfermedad como proceso social y conociendo el perfil patológico de esos grupos a lo largo del tiempo, como producto de las transformaciones de la sociedad.

La Determinación Social: Una Propuesta de Construcción al Buen Vivir

Es ineludible realizar el análisis del proceso socio histórico bajo el enfoque de la determinación social ya que este permite ver más allá de los "determinantes sociales" que tienden a ver el proceso de una manera aislada y fragmentada y bajo una mirada reduccionista, son asociados con los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales. Analizar las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico, no solo permite demostrar el carácter socio histórico de la enfermedad, sino que permite ahondar en cuáles son los determinantes sociales del perfil patológico.^{3,4} Así pues, el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el ser humano se apropia de la naturaleza en un momento determinado; apropiación que se realiza a través del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción.⁴

Desde la perspectiva de la determinación social, la epidemiología crítica propone una construcción innovadora de la salud urbana, esto motivado a que las ciudades han sido tomadas como campo de producción industrial, con alta composición social y espacios de

habitación que generaron una transformación profunda de las condiciones naturales con la disminución de la biomasa y la biodiversidad.^{3,20,21}

Una manera de esa llamada construcción innovadora de la salud urbana es a través de la propuesta de Breilh²² donde plantea la determinación social de la salud, junto a otras categorías como la reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza, que conforman una invitación a la ruptura del paradigma hegemónico de la salud pública. Asimismo, propone la construcción de modos de vivir sustentables, soberanos, solidarios, saludables y bioseguros.²⁰

La Academia, la Ciencia y el Saber Colectivo como Herramienta para la Emancipación de la Salud Social

Los departamentos de las universidades, las agencias gubernamentales locales y nacionales y hasta las organizaciones no gubernamentales siguen en la línea de programas inefectivos e inoivos, muchos de los cuales son sostenidos por costosos aparatos propagandísticos. Programas que no van a las raíces de los problemas y que terminan reproduciendo y reforzando las propias reglas del juego neoliberal.²⁰

Desde esta perspectiva planteamos que las universidades deben integrarse en las luchas de los pueblos, sobre la base de sus necesidades, tomando en cuenta sus saberes, cultura, historia, posición geográfica para abordar los problemas que puedan existir no solamente sobre la salud sino desde una visión integral, transdisciplinaria donde se involucre al ser humano y su relación armónica con la naturaleza, de construyendo la lógica imperante hegemónica que se basa en el paradigma individualista-reduccionista. En este sentido, las universidades deben enfilarse su arsenal para desarrollar proyectos que vayan en consonancia con las necesidades de las realidades de su país y más específicamente de su colectividad. Debemos trabajar en la construcción social equitativa, dejando de lado la codicia impuesta por las grandes corporaciones y por el contrario aportar y a su vez aprender desde la mirada del doliente (salud colectiva), revirtiendo el sentido perdido que nos imponen, empoderándonos del saber de los sabios, viviendo la belleza de los artistas, aprovechando la experiencia agrícola, industrial y artesanal donde el color y la forma del diseño puedan ser apreciadas.

Epidemiología no Convencional: Ejemplos de su Aplicación en el Campo de la Investigación

El abordaje de la epidemiología crítica, en el siglo XXI, implica una nueva mirada que establezca una

ruptura con la vieja lógica de la epidemiología convencional, sostenida en la episteme de la modernidad, a partir de los fundamentos que sustentan al pensamiento positivista y estructural-funcionalista, caracterizados estos por entender los problemas de salud y enfermedad desde los determinantes sociales que se estructuran desde una visión a priori, con explicaciones de orden biologicistas y en algunos casos economicistas e historicistas que intentan presentarse de manera lineal y homogeneizando a todos los sujetos o actores sociales de la salud y la enfermedad e invisibilizando los rostros de cada micro mundo constituido por las diversidades de géneros, etnias, territorios y clases sociales, cuya complejidades, anuncian la necesidad impostergable de una reconfiguración conceptual de la epidemiología convencional hacia rumbos emancipatorios, generadores de un neohumanismo.

Lograr este desafío, se cruza por la construcción de nuevos imaginarios colectivos y representaciones sociales acerca de la salud, la enfermedad, la epidemiología y la sustitución de los determinantes por determinaciones sociales, rescatando "las Tres S de la salud".²² Además, ello también sugiere trazar caminos epidemiológicos que evidencien desde los principios de complementariedad y transdisciplinariedad, una opción de saberes colaborativos y emergentes, así como de métodos y técnicas que propicien la búsqueda de aquellos procesos epidemiológicos que poco se abordan y de esta manera estructurar vías que trasciendan lo explicativo hacia lo transformador.

Tal es el caso de las experiencias epidemiológicas referidas a un estudio no convencional de grandes contribuciones al sector educativo del nivel de educación básica, en el que se proponen: "Estrategias Participativas en la Identificación de las cargas de trabajo y problemas de Salud de las docentes de Escuelas Primarias"²³ y el minuto de 120 segundos, análisis del trabajo de las profesoras de Enseñanza Primaria.²⁴

Entre los aportes de las autoras de estas experiencias o producción intelectual de gran valía, se destacan los siguientes: La utilización de estrategias participativas en el estudio de las carga de trabajo, siendo el foco lo colectivo para la resolución de los problemas de salud, procedimientos administrativos aplicados en el área de la inseguridad ciudadana, indisciplina, y/o conductas de los estudiantes y número de alumnos por aula, aplicación del concepto participativo-colaborativo-colectivo en las soluciones de los problemas de salud, incorporando la investigación-educación-aprendizaje-acción.

Otra contribución de las autoras a la epidemiología no convencional en materia de nuevas determinaciones sociales de salud y enfermedad, se observa en la experiencia en cuestión, en el manejo en la investigación de involucrar a los docentes para que desarrollaran los mapas de riesgos o mapas de condiciones peligrosas en colectivo, logrando que estos identificaran su condiciones de trabajo de una manera directa y sencilla, es así como pudieron identificar, el ruido, el calor, las vibraciones, la mala iluminación, la ventilación deficiente, los factores de riesgo químicos como el polvo en las tizas, humos de los basureros aledaños a la escuela, caídas y golpes malos, posturas y organización del trabajo.

Incorporan además en la metodología de la investigación, el uso de la técnica de la encuesta colectiva, dividida en dos, una que abarca los aspectos personales tales como: Datos personales, opinión de los trabajadores, características de la población, problemas de salud en el trabajo, síntomas frecuentes, condiciones de medio ambiente, lo que le gusta y lo que no le gusta al docente y la encuesta colectiva tomando aspectos como: descripción del trabajo, problemas de las aulas, soluciones.

Las autoras dan un aporte significativo para hacer posible que los docentes por primera vez evalúen sus condiciones de medio ambiente de trabajo y estas son entendidas como un conjunto de dimensiones sociales, personales, físicas, económicas y culturales en las cuales laboran los docentes, condicionando la salud de los mismos y develando indicadores poco abordados en otras investigaciones de tipo internacional, tales como: Banco Mundial o Banco Interamericano de Desarrollo entre otros.

Hacen evidencia, cómo la profesión docente está signada por exigencias de formación, vinculadas a las condiciones personales y particulares que a su vez requieren respuestas afectivas respecto a situaciones conflictivas con el estudiantado que inciden en su salud, la invasión de su privacidad y el uso adecuado de su tiempo libre, así como también develan el trabajo docente como objeto y el proceso de desgaste que se define como pérdida de la capacidad biológica, psíquica y afectiva que engloba los procesos biopsíquicos.

Además precisan como determinaciones de la carga de trabajo docente, las relacionadas a la inserción del sujeto al colectivo de los trabajadores, indicadores de funcionamiento del organismo y los indicadores de regulación de la actividad, indicadores de sentimientos de carga y los indicadores de dirección de la mirada.

Se observa en esta producción intelectual de las autoras en cuestión, como novedad científica, el enfoque que se presenta desde una visión transcompleja de manera multidimensional: Los procesos peligrosos generados por la carga de trabajo de los docentes, identificando y clasificando estos factores de peligros como: Condiciones del ambiente de trabajo. Factores de riesgo físico: Ruido calor vibraciones, mala iluminación, deficiencia de ventilación. Factores químicos: Polvo de la tiza, humos por la quema de basura. Factores mecánicos: Caídas, accidentes. Factores disergonómicos: Malas posturas; organización del trabajo: inseguridad, indisciplina sobre carga de trabajo, presencia de personas extrañas en el lugar.

También, se evidencia como novedad científica, el uso de estrategias participativas como instrumento de acercamiento a la realidad laboral por parte del docente para la detección de los procesos peligrosos, encuesta colectiva, uso de la figura corporal y los mapas de los procesos peligrosos, todos usados para empoderar al trabajador para identificar las causas que los generan, sus efectos en la salud y cómo superarlos a través de la apreciación multidimensional de los métodos y técnicas más allá de lo meramente estadístico.

Es importante destacar cómo estas propuestas, se orientan hacia el análisis multidimensional y transcomplejo, aun cuando no se define así, también hacia las mejoras de las condiciones de trabajo en cuanto a infraestructura, disminución de matrícula escolar, atención individual de los niños con problemas, calidad educativa, mejora de los sueldos, modificación de los horarios, reducción del trabajo administrativo, cooperación entre colegas y presentan las estrategias participativas como una técnica o método que permite involucrar a los docentes en la detección de problemas que pueden explicar las alteraciones de su salud y facilitar las propuestas de solución de problemas, identificados por las propias docentes, ajustados a su realidad.

A manera de reflexión, se puede decir que el estudio trasciende las visiones deterministas y mono causales explicativas de la salud y la enfermedad desde una visión transcompleja y que esta puede ser aplicada en investigaciones de la misma magnitud en cuanto a la mejora de las condiciones de trabajo, desde los principios que la definen como: "La transdisciplinaridad, complementaridad, reticularidad, integración, dialógica dialéctica, la postura abierta, flexible y todos los principios de la transcomplejidad como visión de pensamiento que permitan resolver los problemas de la salud pública".²⁵ Se sugiere ampliar y dar a conocer el mapa de los procesos peligrosos y su capacitación a toda la comunidad escolar, para dar una mejor calidad de salud a sus trabajadores.

Finalmente, después de revisar los aportes a la epidemiología crítica de las autoras antes mencionadas, se hace posible recomendar la mejor utilización del tiempo libre y de esparcimiento de los docentes tal como lo indica la Ley Organica de Prevención, condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), que permita la salud mental del docente escolar, así como mantener el debate constructivo y colaborativo que permita la construcción de saberes y el rescate de la relación objeto-sujeto, a partir del docente como sujeto histórico que participa desde lo cotidiano en la resolución de sus problemas tanto de salud como el de su entorno.

En el recorrido dado por larga data de autores y autoras que han aportado aspectos de gran novedad científica a la epidemiología crítica o no convencional no puede dejar de mencionarse los otorgados por Breilh, en materia de investigación agraria al referirse al por qué la urgencia de una epistemología crítica, ¿Con qué tipo de ciencia queremos trabajar hacia otra realidad agraria?.²⁶

En esta producción Breilh presenta como aportes a la epidemiología no convencional, el Programa Nacional de Investigación Agraria del SIPAE, como programa alternativo. Señala las razones históricas que han impuesto un paradigma reduccionista y ahistórico en las ciencias sociales y en otras disciplinas agrarias, destaca que para construir una visión alternativa y crítica en el pensamiento agrario, hay que superar la visión reduccionista y funcional neopositivista plasmada en la agroindustria. Otra contribución del autor es, la forma como conceptualiza la dimensión tecnológica de la agroindustria como: Práctica por medio de la cual los hombres y las mujeres domesticaron los procesos ecológicos para producir ciertos vegetales y animales útiles a la sociedad.

Además evidencia cómo se artificializan y simplifican los ecosistemas, privilegiando ciertos flujos de materias y energía y devela la actividad agraria desde una perspectiva que la presenta como: el conjunto de elementos y relaciones que permiten el movimiento de reproducción social ligado a la generación de fertilidad. Señala que en esta actividad los grupos sociales al desarrollar una acción agraria realizan no sólo un movimiento productivo económico de generación de biomasa y de cultivo sino que se ponen en marcha, en el marco de ciertas relaciones sociales de poder, unas veces de cooperación y otras de explotación y conflicto de intereses un conjunto de condiciones políticas, culturales y ecológicas de reproducción social. Presenta la reproducción social agraria como un movimiento complejo y multidimensional que se realiza desde condiciones históricamente dadas en varios dominios y

dimensiones simultaneas que se influyen mutuamente y que incluye no solo el trabajo agrícola, sino la reproducción de condiciones naturales, políticas y ecológicas.

Precisa cómo la estructura social va modelando, los modos de vida agrarios en cada espacio y momento histórico, indica cómo para entender el orden agrario, se debe pasar por el orden individual, micro o local que genera la producción, así como el colectivo, macro o regional. Se destacan como propuestas de Breilh, la crítica a los paradigmas científicos de investigación tecnológica agraria, asumiendo la necesidad de mirar la complejidad de lo agrario, la cual supera los determinismos y se abre paso desde la incertidumbre para construir. Presenta una metodología que denominó: Programa Nacional de Investigación Agraria del Sistema de Investigación sobre la Problemática Agraria en el Ecuador SIPAE, que propone una ciencia y tecnología emancipadora del modelo agrario.

Sugiere sistemas de mercados alternativos, replantea los sistemas de distribución de los recursos naturales como el agua, perfeccionamiento de modelos y sistemas pedagógicos para el impulso productivo social, nuevos modelos de seguridad social y de salud, desarrollo social de bienes de consumo, reordenamiento territorial y sistemas de intercambio descentralizados para garantizar la sustentabilidad del proceso, superar la crisis actual y profundizar el sistema de acumulación por desposesión o despojo, sostenido en la plusvalía en los espacios agroindustriales. Sugiere a SIPAE, como una forma de enfrentar la contra hegemonía agraria, desde el paradigma coherente que implique una práctica emancipadora.

Las disertaciones de Breilh reflejan como novedad científica de su producción, el estudio de lo agrario desde una metodología integral que relaciona enfoques macro y micro, articulando los dominios y las dimensiones del sistema productivo general (capitalismo monopólico). Desde esta perspectiva, parecen agotarse las categorías de interpretación de la realidad, propone empatar metodológicamente, los dominios de la realidad agraria, sin perder la consistencia, ni riqueza de ninguno de ellos. Tal parece que no es solo salir de los determinismos, sino recuperar las especificaciones de cada micro mundo como lo anuncia la transcomplejidad.²⁷ Finalmente propone una metodología agraria y una política agraria urgente que permita avanzar a un modelo de conocimientos integrales, aquí se supera el marxismo, porque este es dicotómico y polarizador, se busca más hacia el enfoque transcomplejo.²⁵

A manera de cierre, sobre la propuesta de Breilh se puede decir, como reflexión final que: Da algunas claves para una epistemología crítica agraria desde un paradigma que absorbe los problemas específicos, ámbitos locales y macros, que rompan con las determinaciones del sistema de acumulación y que no desvalorice, el micro cosmos local. "Aquí se pone en evidencia el rescate de los micro mundos planteados en la episteme del enfoque integrador transcomplejo".²⁵

Es de alta transcendencia epistemológica, las claves que propone el autor como: El cambio de noción de lo práctico, de lo reformista funcional a lo emancipador, la diferenciación, entre la inequidad y desigualdad agraria, pues son dos categorías distintas y lo que propone de avanzar en la investigación alternativa, con un neohumanismo popular que parta del reconocimiento como sujetos nuevos y de un ser humano situado en la globalidad de la vida pero de reproducción colectiva y no individual, Todo esto se conjuga con lo que plantea Granda para lograr: "Una salud pública, en los momentos actuales, que ofrezca respuestas diferentes a las que tradicionalmente se han organizado".²⁷

Otro aporte importantísimo de Breilh, esta relacionado con el nuevo enfoque que, según su análisis, debe dársele al término "determinación social de la salud"²² y al cual ya se hizo referencia brevemente. Ante la gran contradicción que plantea una nueva etapa en América Latina en la cual la investigación ha desnutrido la cruda realidad de la economía extractiva y agroindustrial a gran escala y justo ahora cuando los movimientos sociales han logrado algunas conquistas en cuanto a la reivindicación del derecho a la salud y a la naturaleza, nos encontramos con que los gobiernos y empresas transnacionales continúan su modelo civilizatorio destructivo imperante.

Lo anterior hace indispensable una convocatoria para rediscutir la determinación social de la salud a fin de superar de una vez por toda la noción positivista de los "determinantes sociales de la salud". Breilh introduce un nuevo término: "Determinación social de la vida", más que de la salud, como un término mucho más amplio y no limitativo a la salud como proceso netamente médico biologicista. Para ello, esboza 10 tesis que, en su opinión, sustentarían esa nueva denominación. Ello implica igualmente la inclusión de otro nuevo término: "Ecoepidemiología de la vida".²⁸

Este autor hace un recorrido por la evolución histórica de la Epidemiología, desde su concepción netamente biologicista-médica cuya base epistemológica respondía a una época donde la población se hallaba afectada por patologías infecto-contagiosas. Sin

embargo, es el surgimiento de nuevos perfiles epidemiológicos y la necesidad de "desburocratizar" la epidemiología y devolverle sus raíces humanas, lo que obliga necesariamente a un re direccionamiento de esta disciplina. En el marco de esta realidad, surge entonces la necesidad de rediscutir la perspectiva de la determinación social, iniciativa que surge, por un lado, gracias a la OMS y sus "determinantes sociales" y por el otro, el movimiento científico latinoamericano que ha estado re conceptualizando el proceso de salud a través de la noción de la "determinación social" iniciado en los años 70's.

Breilh va más allá y considera que aún el término determinación social referido al estudio de los procesos de salud y enfermedad de los pueblos (determinación social de la salud) debe ser objeto de análisis y re conceptualización, argumentando que todo lo que se haga en pro de la salud humana no estará completo si no se integran esas acciones a la lucha por la defensa de la vida en el seno de la madre naturaleza. Es así como acuña el término "determinación social de la vida" como un concepto más holístico pues integra la epidemiología crítica con una ecología igualmente crítica orientada a la sustentabilidad, construyendo una sociedad solidaria que permita una estructura productiva para la vida y el bien común, a fin de cuentas, una sociedad saludable.

Es así como sustenta su argumentación en diez disertaciones, o tesis, las cuales buscan dar explicación a ese cambio conceptual. En su primera tesis, hace un breve recorrido por la transformación epistemológica que ha sufrido la epidemiología hasta llegar al marco conceptual que se propone hoy: epidemiología para la vida en un marco institucional y cultural basado en el colectivo y la naturaleza, enraizado en la lucha colectiva a largo plazo.

En la segunda tesis, señala con argumentos sólidos cómo el modelo civilizatorio actual más la aceleración económica y el despojo has sido elementos negadores de la vida. En contraposición, él señala que una economía vital sustentable, una política de la vida y una cultura de la vida libertaria serían claves para una determinación social orientada a la vida más que a la salud solamente.

Como tercer argumento señala que la clave de una vida saludable estaría dada por una sociedad solidaria que permita la sustentabilidad de los socio-ecosistemas y que permitan fundamentar o sostener una forma de vida plena, digna, feliz y saludable: Las tres 'S' de la determinación de la vida.²²

En la cuarta tesis, hace una dura crítica al modelo unicausal y al posterior modelo multicausal, cuando explica que ninguno ha logrado dar respuestas satisfactorias a los nuevos perfiles epidemiológicos caracterizados por enfermedades emergentes (procesos crónicos y degenerativos) y re emergentes. Ni siquiera el surgimiento de conceptos más "innovadores" nacidos del seno de la comisión de la OMS cuando acuña el término "determinantes sociales" han sido suficientes para explicar la innegable conexión entre lo biológico y lo social, entendiendo lo "social" como algo más que una variable que se interconecta: El proceso fisiológico del fenotipo y el genotipo de los seres humanos se van moviendo a media que conviven en un espacio socio-ambiental igualmente dinámico, donde lo "social" adquiere vida propia. Es así como surge el término "subsunción", para explicar esta interrelación humano-sociedad-salud y las transformaciones mutuas que se establecen entre ellos y el ambiente que los contiene.

La quinta tesis explica la necesidad de superar la noción epidemiológica de lo social como algo que ocurre solo desde el plano individual. A través de este argumento, Breilh explica que la epidemiología social se construye por la conjunción de elementos individuales (estilos de vida), por un lado y modos de vida colectivos. Así, la interacción de estos dos elementos genera procesos saludables en contraposición con tendencias malsanas, cuyo equilibrio define el perfil epidemiológico de un colectivo. De esta forma este aparente sistema de contradicciones determina los patrones epidemiológicos de exposición y vulnerabilidad del grupo.

La salud es definida por Breilh en la sexta tesis como un proceso complejo, donde convergen en simultáneo tres dimensiones: Lo general, lo particular y lo singular. Dentro y entre cada una de ellas ocurren procesos contradictorios de continuidad y transformación donde lo primero ocurre a nivel general y particular, mientras que lo segundo ocurre a lo singular, cuando los procesos tienden a generar nuevas condiciones desde los ámbitos más locales.

Breilh señala el marcado desfase que existe entre la legalidad y el derecho a la salud, cuando señala en su séptima tesis que existe un margen amplísimo de exclusiones y disculpas que disuelven, de hecho, la exigibilidad e impiden la justiciabilidad. Los gobiernos justifican su inacción por la falta de recursos y fondos públicos, ante los cuales el Poder Judicial se ve impedido de actuar. Adicionalmente, la incapacidad institucional de construir pruebas del impacto de políticas inadecuadas en la salud humana o ecosistemas, la debilidad o ausencia de equipos técnicos para la

investigación y monitoreo del impacto de radiaciones, contaminaciones, exposiciones malsanas en el trabajo, hacen que se desmoronen la exigibilidad y van derivando hacia la impunidad. Mientras no se puedan construir pruebas de ese impacto, no hay argumentos legales que puedan justificar una acción mediadora correctiva o inclusive penalizadora.

Para construir y divulgar una visión dialéctica de la "nueva" determinación de la vida, la octava tesis de Breilh argumenta que es indispensable una nueva concepción del espacio, del territorio (geografía clásica) y del ecosistema, donde el espacio es la categoría más general. La geografía es un subconjunto del espacio y abarca un conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en un territorio.¹⁴ De lo anterior surge el concepto de Ecosistema, donde son capaces de interactuar entre sí individuo-colectivo-naturaleza de una manera articulada y coherente y cuyas relaciones sociales determinan procesos protectores o tendencias malsanas que impactan de una u otra manera sobre la vida del colectivo. En su novena tesis, Breilh señala, que es necesario romper la camisa de fuerza del salubrismo funcional y recrear el triángulo de la política impulsando una ética renovadora de la gestión, ligada a los derechos humanos y de la naturaleza. En resumen, un nuevo modelo de gestión que tenga como fuente de información aquellos datos obtenidos de una epidemiología crítica y emancipadora. Este nuevo modelo solo sería posible con: Un proyecto político emancipador que incluya nuevas estrategias colectivas que permitan alcanzar el buen vivir y la salud; estrategias políticas que permitan viabilizar ese proyecto manejando el consenso y los disensos y por último un modelo de gestión que permitan aplicar dichas estrategias.

Finalmente, Breilh señala que hay que superar la lógica empirico-analítica y saber utilizar adecuadamente las herramientas cuantitativas (procesos automatizados de análisis por computadora) de la epidemiología convencional, y las cualitativas de la nueva epidemiología crítica, manteniendo una vigilancia epistemológica sobre los usos y límites de estas técnicas evitando la noción ahistórica y congelada de los fenómenos en estudio.

Los aportes de Breilh a la concepción de una nueva epidemiología son muchísimos y enriquecedores como ya hemos visto en este análisis. En su seminario: Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación e Incidencia Basada en la Determinación Social,³⁰ muestra desde el contexto de debate que se encuentra la epidemiología, ciencia que bien permite evaluar el modo de vivir de una población y el éxito o fracaso de los

proveedores económicos y políticos, la historia de disensos científicos de la epidemiología paseándonos en los diferentes procesos que se dieron desde el contagionismo conservador y la doctrina progresista miasmática del siglo XIX o entre las explicaciones unicasales y la teoría social, inicial en la primera mitad del siglo XX o entre el modelo multicausal versus el paradigma crítico en la actualidad, lo que nos permite abrir el campo de visión reflexionando el contraste con la determinación social y sobre los determinantes sociales, donde la salud colectiva latinoamericana se adelantó a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como resultado, el pensamiento anglosajón invisibilizó la producción latinoamericana, que realizó un enfoque profundo de las relaciones de poder de la sociedad de mercado, que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de las clases, etnias y géneros y sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, su política de Estado y sus relaciones culturales. La salud colectiva latinoamericana, guió los pasos a la construcción integral del objeto de salud, no solo como "riesgos" aislados o factores "determinantes", sino como un proceso de determinación que implica modos históricos estructurales (modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades).

Transición de la Epidemiología hacia el Pensamiento Crítico y la Construcción de la Salud Colectiva. El Aporte de Naomar de Almeida Filho.

Como Juan Samaja y muchos otros pioneros epistemólogos de la salud, ha formado parte de los referentes históricos en las raíces de la Salud Colectiva. Esta, como movimiento alternativo a la salud pública convencional ha estelarizado entre sus principales impulsores a otros investigadores como Jaime Breilh y Edmundo Granda, que constituyen el llamado grupo de Quito, Asa Cristina Laurell en México y Naomar Almeida Filho en Brasil. Sin embargo, este último autor toma alguna distancia y ofrece algunos cuestionamientos a la Epidemiología Convencional pero también a la misma Epidemiología Crítica.

Para Almeida Filho, la Epidemiología Crítica, desde su objeto de estudio integró lo individual y lo colectivo, pero acotando que su alcance, no pasaría de la Interfase entre lo biológico y lo social, lo que lo aproximaría a sustentar posturas en la OMS/OPS que se focalizarían en los determinantes sociales de la salud.

Aquí difirió de la postura de vanguardia de Jaime Breilh quién otorgó a la epidemiología un rol impulsor y dinamizador en la Salud Colectiva como campo de prácticas sociales y de la investigación

científica, donde se enfoca, reflexiona y se asume, una posición crítica de mayor profundidad, desde la determinación social de la vida y la salud. En resumen, si bien se trata de objetos de estudio diferentes en lo conceptual y en lo metodológico Almeida Filho, no visualiza esto como una ruptura, sino que solo simplemente develó la necesidad de un nuevo paradigma para la Epidemiología.²⁹

En sus diversos momentos históricos la sociedad, de forma similar al capital y su lógica instaurada ha acumulado y reproducido el conocimiento instaurándose bajo contradicciones paradigmáticas, tal cual como apuntó Ricardo Mendes Goncalves en el prólogo de *Epidemiologia sin Números*, donde reflexionó sobre las relaciones entre el ser y el conocimiento, en lo que se refiere a las posibilidades de la ciencia y su no neutralidad, lo que igualmente acontecerá con la epidemiología en su transitar de construcción y desconstrucción.³⁰ Será el interés de esta sección hacer una revisión sintética de la argumentación de Naomar Almeida Filho en los límites y alcances desde su *Epidemiologia sin Números*.

Almeida desarrolla en diez capítulos recorriendo las bases históricas de la epidemiología desde la estadística, la clínica y la medicina social, (siglos XVII, XVIII, XIX y XX) su conversión de disciplina convencional y su arribo a la modernidad haciendo énfasis en los años 60, 70, 80 hasta la llegada de la *Epidemiología Crítica*, para más tarde, abordar el objeto de estudio de la epidemiología, como la distribución de las enfermedades y sus determinantes en las poblaciones, hasta asumir su sentido colectivo y en la praxis, argumenta una crítica al raciocinio epidemiológico desde su afán de medir y construir leyes universales desde la unicausalidad, multicausalidad y la perspectiva probabilística del riesgo. Relata como la epidemiología se incorpora al movimiento preventivista para estructurar una posición fundamentalista, desde la *Historia Natural de la enfermedad*, desarrolla luego el interés en la metódica epidemiológica para la determinación de

contrastes en la realidad y posibilidades de aperturas emergentes; así describe cómo luego algunas escuelas hablan más tarde de la historia social de la enfermedad, donde el proceso salud/enfermedad pasa a ser considerado un proceso social concreto, con carácter histórico y social desde el cual la salud y las enfermedades, se expresan objetivamente con la imposibilidad de su distribución homogénea o perfectamente aleatoria tanto de las patologías, modos de vida y estilos de vida en las poblaciones. De esta forma el tema principal de la epidemiología llega a ser la distribución desigual de enfermedades entre los diversos grupos en la sociedad.

Más adelante desarrolla los aspectos de la construcción de instrumentos de investigación epidemiológica y los aspectos de validez y confiabilidad, asumiendo después los diseños epidemiológicos convencionales, abordando los estudios ecológicos, de corte transversal, cohorte, casos y controles. Luego pasa a contextualizar el problema de lo social en la epidemiología y así desarrollar las argumentaciones epistemológicas posibles, asumiendo la crítica a la epidemiología inductivista, a la epidemiología clínica y el develar los estrechos límites del causalismo y las propuestas ante ellas emergentes. La ligazón entre el objeto y el método de una ciencia dada se expresa en la forma como ese campo científico representa el nexo entre el objeto y su determinante. (El campo de aplicación clínico epidemiológico). En síntesis, coloca en perspectiva como la epidemiología, ha mantenido un profundo compromiso con los procedimientos cuantitativos de análisis, impidiendo una integración más estrecha entre las estrategias de investigación de las ciencias sociales en general, con referencia especialmente a la antropología cultural. Una *Epidemiologia sin números* nos devela un momento histórico en el transitar de la producción intelectual de Naomar Almeida Filho para superar la modernidad desde un nuevo paradigma ofreciendo la posibilidad de un pluralismo metodológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Arango, L El Aporte de la Epidemiología a la Salud Colectiva. IATREIA 2010; Vol 23(4). 37-41.
- 2) Fleitas R La Sociología Política en Max Weber STVDIVM Revista de Humanidades, 2005; (11): 227-240.
- 3) Breilh J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. México.1977.
- 4) Breilh J. La Determinación Social de la Salud como Herramienta de Ruptura hacia la Nueva Salud Pública (Salud Colectiva).(Epidemiología Crítica Latinoamericana: Raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). VIII Seminario Internacional de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2013.
- 5) Catalano R. Paradigmsuccession in thestudy of public health. En: Health, behavior, and thecommunity. New York: Pergamon Press. 1979:87-137.
- 6) Kennedy DA. Community health and theurbanenvironment. En: Hinkle LE, Loring WC. eds. The effect of theman made environmenton health and behavior. Atlanta: Centers for Disease Control, Public Health Service 1977. DHEW Public.77 (8318):7-44.
- 7) Loring WC. Introduction. En: Hinkle LE, Loring WC. eds. The efecto the man made environmenton health and behavior. Atlanta: Centers for Disease Control. US Dept of Health, Education, and Welfare. DHEW Public N°. (CDC) 77-8318. 1977: VII-XXXVI.
- 8) Duncan C, Jones K, Moon G. Health-related behaviour in context: a multilevel modellin gapproach. Soc. Sci. Med. 1996; (42): 817-830.
- 9) Diez A. Hacia la Recuperación del Contexto en Epidemiología: Variables y Falacias en el Análisis Multinivel .American Journal of Public Health.1998; (88) (21): 216-222.
- 10) Jones K y Duncan C. Individuáis and their e cologies: analyzing the geography of chronicillness within a multilevel model ingframe work. Health& Place 1995; (1): 27-40.
- 11) Riley MW. Special problems of sociological analysis. En: Sociological Research I: A case approach. New York: Harcourt, Brace, and World; 1963:700-725
- 12) Bunge M. Causation and determination, causalism and determinism. En: Causa-lity in Modern Science. New York: Dover Publications; 1979:3-30
- 13) Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanan las Desigualdades en una Generación ¿Cómo?.Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Disponible en: www.who.int/social_determinants/fmal_report/closesthegap-how/es/print.html.
- 14) López O, Escudero J, Carmona L. Los Determinantes Sociales de la Salud. Una Perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social 2008; 324 - volumen 3, número 4.
- 15) Álvarez G. Limitaciones Metodológicas de la Epidemiología Moderna y una Alternativa para Superarlas: La Epidemiología Sociocultural. Región y sociedad 2008; 20(2):51-75.
- 16) Taubes G y Charles C. Mann. Epidemiology Faces Its Limits. Science 1995; 164-169.
- 17) Laurell A. Salud-Enfermedad como Proceso Social. Cuadernos Médico Sociales N° 19. México 1982.
- 18) Breilh J. La epidemiología Crítica.Una Nueva Forma de Mirar la Salud en el Espacio Urbano. Salud Colectiva, Buenos Aires 2010; 6(1):83-101.
- 19) Iriart C, y Waitzkin H, et al. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos, Rev. Panam. Salud Pública 2002; 12(2): 128-130.
- 20) Breilh J. La Renuncia a la Equidad y la Domesticación de la Epidemiología. Ponencia Presentada en: VII Congreso Argentino de Epidemiología, Rosario, Octubre 20, 2004.
- 21) Álvarez L. Los Determinantes Sociales de la Salud: Más allá de los Factores de Riesgo, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 2009; 8 (17): 69-79.
- 22) Breilh J. Las tres 'S' de la Determinación de la Vida. 10 Tesis hacia una Visión Crítica de la Determinación Social de la Vida y la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador. 2010. p87-90.
- 23) Escalona E; Sánchez L; González de Medina M. Estrategias Participativas en La Identificación de la carga de trabajo y problemas de salud en docentes de escuela primarias. Revista Salud de los Trabajadores 2007; 15(1): 17-35.
- 24) Messing K; Escalona E; Seifert A. El Minuto de 120 Segundos. Cinbiose. Canadá. 2003
- 25)Meza D. Reconfiguraciones Conceptuales del Modelo Educativo Universitario en Ciencias de la Salud. Una Visión Transcompleja. Tesis Doctoral. Universidad Bicentenario de Aragua 2014 Venezuela.
- 26) Breilh J. Investigación Agraria: ¿Por Qué la Urgencia de una Epistemología Crítica. ¿Con Qué Tipo de Ciencia Queremos Trabajar hacia Otra Realidad Agraria? Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador. 2005. p13.

Mata-Orozco; López-Caldera; Daisy Meza Palma; Labrador Parra A; Johny S. Lira; Pérez, H; Triolo-Mieses M; Martínez Santos A; Gimón Uzcatogui C; Cuberos Guedez D; Goldcheidi Martínez; Gregoria González; Evelin Escalona / pp. 50-62

- 27) Granda E . La Salud y la Vida. Volumen 1. Quito, Ecuador. 2009; p.187.
- 28) Breilh J. Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación e Incidencia basada en la Determinación Social de la Salud. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: Documento para la Discusión. México, D.F.: ALAMES, 2008. 155.
- 29) Hernández L. Qué Crítica la Epidemiología Crítica: Una Aproximación a la Mirada de Naomar Almeida Filho. Boletín del Observatorio en Salud. Vol. 2, No. 4, Universidad Nacional de Colombia. 2009.
- 30) Almeida F. Epidemiología sin Números. Una Introducción Crítica a la Ciencia Epidemiológica. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 28. 1992.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO Y EN VENEZUELA.

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS. A PUBLIC HEALTH PROBLEM IN THE WORLD AND IN VENEZUELA.

Ariel E. Reyes G.¹

ABSTRACT

Sexually transmitted infections are sexually transmitted and non-sexual way; in which the study, prevention and treatment are very important for the health of the individual, the family and society. These infections affect men and women in sexually active age, but more often in young adults. Because of its high morbidity and mortality, it causes adverse effects on quality of life, reproductive health and child in families, and a heavy economic and health burden due to high medical costs attributable to the payment of facilities and medical treatment and loss of productivity for the time these patients spend without engaging in productive activities; including the disfiguring lesions in genitals and psychological disorders caused by these infections in patients. It is very important to know these infections, etiology, transmission, clinical frame, complications and treatment; and sexual behaviors that means a risk for acquisition, which will result in a transcendental element in its management through prevention and sex education.

KEY WORDS: Sexually Transmitted Infection, Prevention, Sexual Education.

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual son transmisibles sexualmente y por vía no sexual, cuyo estudio, prevención y tratamiento son de gran importancia para la salud del individuo, la familia y la sociedad. Estas infecciones afectan a hombres y mujeres en edades sexualmente activas, aunque más frecuentemente a los adultos jóvenes. Por su alta morbilidad y mortalidad ocasionan efectos adversos en la calidad de vida, salud reproductiva y del niño en las familias, y una pesada carga económica y sanitaria por los altos costos médicos, imputables al pago de servicios y de tratamientos médicos y a la pérdida en la productividad por el tiempo que pasan estas personas enfermas sin poder desempeñar una actividad productiva, además de las lesiones desfigurantes presentes en los genitales y trastornos psicológicos ocasionados por estas infecciones en los pacientes. Resulta muy importante el conocimiento de estas infecciones, su etiología, transmisión, cuadro clínico, complicaciones y tratamiento; así como las conductas sexuales que significan riesgo para su adquisición, lo que redundará en un elemento trascendental en su manejo, mediante la prevención y la educación sexual.

PALABRAS CLAVE: Claves: Infección de Transmisión Sexual, Prevención, Educación sexual.

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), su magnitud, trascendencia y repercusión para el paciente, la familia y la sociedad en su conjunto, han adquirido una extrema importancia para la salud pública mundial, por la alta morbilidad que se asocia a estas infecciones en los países en desarrollo, como las

secuelas de las infecciones genitales, el cáncer cervicouterino, la sífilis congénita, el embarazo ectópico, la infertilidad, lesiones deformantes en genitales y trastornos psicológicos. Afectan a la sociedad en todos los niveles sociales a casi todos los grupos de edades, con más frecuencia a adultos jóvenes.

Estas ITS imponen a los países, tanto a los de recursos limitados como a los desarrollados, una carga enorme de morbilidad y mortalidad, ya sea de forma directa, por la repercusión que tienen en la calidad de vida, la salud reproductiva y la salud del niño, o indirecta, por su función facilitadora de la transmisión sexual del virus de inmunodeficiencia humano (VIH).

A escala mundial, todas estas infecciones imponen además a las personas y a las naciones en su

Recibido: Noviembre, 2015 Aprobado: Septiembre, 2016

¹Centro de Investigación de Análisis Docente Asistencial del Núcleo Aragua (CIADANA). Facultad de Ciencias de la Salud. Sede Aragua. Universidad de Carabobo. Venezuela

Correspondencia: reyesari@hotmail.com

conjunto una pesada carga económica, sanitaria y una considerable pérdida de productividad, especialmente para los países en desarrollo, en los que representan pérdidas económicas provocadas por la falta de salud. Las ITS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes; desde el punto de vista epidemiológico el contacto sexual es su principal forma de transmisión, incluidos el sexo vaginal, anal y oral, aunque algunas se pueden adquirir por otra vía distinta a la sexual; ejemplo de ello son las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos; especialmente clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, (VIH), virus del papiloma humano (VPH), virus del herpes simple tipo 2 (HSV2) y la sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS) cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, 500 millones de personas, entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre 15 a 49 años en el mundo contraen alguna de las siguientes cuatro infecciones de transmisión sexual: clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. La mayor proporción de estas infecciones se observa en la Región Oeste del Pacífico, seguida por la Región de las Américas y el Caribe. La distribución de los casos se reporta de la siguiente manera: 128 millones en la Región Oeste del Pacífico; 126 millones en la Región de las Américas y el Caribe; 93 millones en la Región del África; 79 millones en la Región Sur Este Asiática; 47 millones en la Región Europea y 26 millones en la Región Este del Mediterráneo.¹

La OMS establece además, que más de 530 millones de personas son portadoras del virus del herpes simple tipo 2 (HSV2) y más de 290 millones de mujeres están infectadas con VPH, una de las ITS más comunes.¹ Entre sus características se describen:

-Tienen consecuencias profundas en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

-Más allá del efecto inmediato de la ITS en sí misma, pueden tener consecuencias graves entre ellas, la transmisión de infecciones y enfermedades crónicas de la madre al niño.

-La mayor parte de estas infecciones son asintomáticas y algunas de ellas, pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH.

-La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a

muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas.

-Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita.

-Anualmente, la infección del VPH provoca 530.000 casos de cáncer cervicouterino y 275.000 defunciones.

-Las ITS, como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad.

-La fármaco resistencia, especialmente en relación con la gonorrea, es un obstáculo importante que dificulta la reducción de estas infecciones en todo el mundo.¹

De allí, la importancia de describir las ITS como un problema de Salud Pública en el Mundo y en Venezuela.

Complicaciones de las ITS en la mujer

Las ITS no tratadas tienen repercusiones muy importantes en la salud reproductiva, materna y neonatal. Estas infecciones son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer.²

Entre 10 a 40% de las mujeres con infecciones clamidiales no tratadas acaban presentando enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) sintomática. El daño de las trompas por la infección es responsable de 30 a 40% de los casos de infertilidad femenina. Además, la probabilidad de tener embarazos ectópicos (tubáricos) es 6 a 10 veces mayor en las mujeres que han sufrido (EIP) y entre 40 a 50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a episodios anteriores de EIP.³

La infección por algunos tipos de VPH puede llevar a la aparición de cáncer genital, en particular del cuello uterino.³

Las ITS no tratadas se asocian a infecciones congénitas y perinatales en los recién nacidos, sobre todo en regiones en las que las tasas de infección siguen siendo elevadas.

Por otro lado, en mujeres con sífilis temprana no tratada, 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y 14% en muerte neonatal, lo cual representa una

mortalidad perinatal general de aproximadamente 40%.³

A su vez, en las infecciones gonocócicas no tratadas en mujeres, los abortos espontáneos y los partos prematuros pueden llegar a 35%, y las muertes perinatales a 10%. En ausencia de profilaxis, entre 30 a 50% de los lactantes cuyas madres tenían gonorrea no tratada y hasta 30% de aquellos cuyas madres tenían infecciones clamidiales no tratadas contraen infecciones oculares graves (oftalmia neonatal) que pueden ser causa de ceguera si no se tratan rápidamente. En todo el mundo, esta afección causa ceguera a unos 1000-4000 recién nacidos cada año.³

La persona con una o más ITS, que no recibe tratamiento, o éste no sea el adecuado, o se aplica sin seguir las indicaciones apropiadas,⁴ puede desarrollar alguna de las siguientes complicaciones:

- Esterilidad o infertilidad.
- Tener niños pretérmino, de bajo peso al nacer o mortinatos.
- Presentar lesiones en cuello uterino y otros genitales internos.
- Presentar lesiones y hasta deformación de los genitales externos y de la región anal dolorosa.
- Presentar ITS original o el VIH/SIDA con una o dos ITS adicionales. No es infrecuente que una misma persona sufra dos o tres ITS al mismo tiempo.
- Asociarse con cáncer de cuello uterino. Esto es particularmente posible en el caso de algunos tipos de VPH llamados de alto riesgo, sobre todo si se asocia a otros factores de riesgo como el inicio temprano de una vida sexual activa, múltiples parejas sexuales y pobre higiene genital de ella o de su pareja.
- Muchas de las ITS y el VIH/SIDA pueden transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.
- Trastornos psicológicos.

Prevención de las ITS

Prevención de las ITS

Entre las medidas de prevención recomendadas para evitar contraer estas infecciones están las siguientes: ⁴

- Obtener la información sobre las ITS y sobre sexualidad.

- Ejercer la función sexual con una única pareja, que no tenga situaciones de riesgo.

- Abstenerse de ejercer la función sexual si la pareja tiene síntomas de ITS.

- Mantener una adecuada higiene de los genitales, antes y después de ejercer la función sexual.

- Evitar el consumo excesivo de alcohol u otras drogas que pueden llevar a conductas de riesgo.

Asimismo, las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales se incluyen en la prevención primaria contra las ITS. (1) Esas intervenciones son:

- Educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS.

- Asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras, reducción de comportamientos sexuales de riesgo, y promoción del uso de preservativos durante las relaciones sexuales de riesgo.

- Intervenciones dirigidas a grupos de población clave y vulnerable, incluidos adolescentes, trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables.

El asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal en salud y el arraigado estigma generalizado en torno a estas infecciones siguen, dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones.

- Los métodos de barrera, cuando se usan correcta y sistemáticamente como los preservativos, constituyen los métodos de protección más eficaces contra las ITS.

La mejor política para la prevención de las ITS es evitar la exposición. En el primer nivel de prevención (prevención primaria), la probabilidad de reducir la exposición, puede ser, mediante:

- La demora en la iniciación de la actividad sexual en las adolescentes

Los adolescentes pueden evitar las ITS y el embarazo, en un período en el que son particularmente

vulnerables, postergando la actividad sexual hasta ser mayores. El apoyo para postergar la iniciación sexual es probablemente más importante en las jóvenes, quienes pueden padecer graves consecuencias de salud y sociales si quedan embarazadas o desarrollan una infección. El cuerpo de las adolescentes es particularmente vulnerable a las infecciones cervicales que pueden derivar en enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y embarazo ectópico. Las adolescentes deberían saber que pueden obtener ayuda e información confidencial sobre los métodos, incluido el uso de condones, para prevenir el embarazo y las ITS cuando decidan iniciar su actividad sexual.³

-Reducción del número de parejas sexuales

Restringir el número de parejas sexuales puede ayudar a reducir la exposición a estas infecciones, las personas que comparten una relación monogámica (ninguno tiene otras parejas sexuales) no están en riesgo de ITS si ninguno de los dos padece la infección. Sin embargo, muchas mujeres monógamas que han tenido una sola pareja sexual durante su vida desarrollan una infección. El riesgo de infectarse se relaciona con el comportamiento de su pareja y no del propio. La abstinencia sexual es otra forma de evitar el riesgo de una ITS.³

Por otro lado, en algún momento de su vida, muchas personas necesitan alguna otra estrategia que no sea ni la monogamia ni la abstinencia. Las relaciones monógamas no brindan protección frente a las ITS cuando se dan una tras otra en rápida sucesión ("monogamia en serie"). Las parejas que permanecen separadas durante algún tiempo también pueden necesitar otras estrategias como son: la educación para la salud y la orientación sobre las ITS. Hombres y mujeres cuyos trabajos están relacionados con viajes (trabajadores golondrinas, vendedores, conductores de camiones, soldados, entre otros) tienen más probabilidades de tener múltiples parejas y regresar a su hogar con una ITS. Bajo cualquier circunstancia, tanto las mujeres como los hombres con múltiples parejas (o cuyos compañeros tengan múltiples parejas) necesitan una protección confiable de las ITS.

-Utilización correcta y consistente de condones.

Los condones son el método más confiable cuando las personas desean protegerse a sí mismas o a sus parejas de cualquier riesgo de ITS. Utilizados en forma correcta, constituyen una barrera que impide la entrada de bacterias o virus. Usar condones de látex y

diques dentales en forma correcta cada vez que tenga relaciones sexuales.

-Vacunarse contra el (VPH), puede darle protección contra enfermedades (incluso cáncer) causadas por este virus.³

La orientación en prevención siempre deberá incluir el análisis de las complicaciones las ITS, entre ellas la infertilidad y el mayor riesgo de infección por VIH, así como también la promoción del uso del condón, demostrar cómo colocarlo y aconsejar sobre prácticas sexuales seguras. Se deberá aconsejar a los pacientes que eviten mantener relaciones sexuales no protegidas hasta que tanto ellos como sus parejas hayan completado el tratamiento y no presenten síntomas. En el caso de tratamientos de dosis única, deberán esperar una semana. La orientación exige tiempo para generar la confianza de la persona, evaluar su situación individual y relacionar la información sobre prevención directamente con la vida de la persona.⁵

La prevención y el control de las ITS deben ser un componente esencial en los servicios de salud sexual y reproductiva integrales si se desea contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por la UNESCO y responder al llamamiento en favor de una mejor salud sexual y reproductiva conforme a lo definido en el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas (El Cairo, 1994).⁶

La Estrategia Mundial de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015⁶ abarca dos componentes: a) técnico y b) sensibilizador. El primero se ocupa de los métodos de promoción de un comportamiento sexual sano, la protección mediante métodos de barrera, la atención eficaz y accesible para estas infecciones, y la mejora de la vigilancia y la evaluación de los programas de control de las ITS. Se hace hincapié en un enfoque de salud pública basado en pruebas científicas sólidas y en la costo eficacia. La estrategia aboga resueltamente por expandir de forma más generalizada la prestación de atención de calidad contra las ITS en el ámbito de la atención primaria, los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios que proporcionan tratamiento contra el VIH. Se resaltan las oportunidades para aumentar la cobertura colaborando con otros sectores del gobierno, así como con organizaciones comunitarias y proveedores privados.

En las poblaciones marginadas que registran las tasas más altas de ITS, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales, consumidores de

drogas inyectables, reclusos, poblaciones nómadas y adolescentes, con frecuencia carecen de acceso a servicios de salud apropiados. Garantizar el nivel de apoyo necesario para alcanzar a esos grupos con intervenciones eficaces constituye un arduo reto, pero los beneficios para la salud pública son sustanciales.

El componente de sensibilización ofrece asesoramiento a los gestores de programas acerca de las estrategias de movilización del compromiso político de alto nivel que debe sentar las bases para articular una respuesta acelerada.⁶

El control de estas infecciones es una medida factible, que propicia una mejor salud sexual y reproductiva y que ayuda a prevenir la transmisión de las ITS y el VIH. Las epidemias más avanzadas de infección por VIH se han desarrollado en condiciones de bajo control de las ITS, sobre todo en los lugares donde abundan los casos de ITS ulcerativas. Varios países que han conseguido controlar las ITS han documentado la estabilización o incluso reversión de sus epidemias de VIH.⁷

El resultado de este control en salud pública es medido por la disminución de su incidencia y prevalencia. Entre los medios aplicados para lograr ese control cabe citar: (a) educación para la salud sobre las ITS en población clave y vulnerable, incluyendo los adolescentes (b) focalización de las medidas en las poblaciones en mayor riesgo y las actividades de extensión a éstas; (c) promoción y suministro de preservativos y otras formas de prevención; (d) intervenciones clínicas eficaces; (e) entorno favorable; y (f) datos fiables.⁷

Son importantes también los servicios clínicos que incluyan el cribado y tratamiento de las ITS de las parejas. El tratamiento sindrómico de los casos es eficaz en la mayoría de las ITS sintomáticas curables, y existen estrategias de cribado para detectar algunas infecciones asintomáticas. El tratamiento epidemiológico de sospecha de las parejas sexuales y de las profesionales del sexo complementa las actividades de interrupción de la transmisión y reducción de la prevalencia. Los servicios clínicos son insuficientes por sí solos para controlar esas infecciones, pues muchas de las personas afectadas por las ITS no acuden a los consultorios. Para llegar a esas poblaciones se ha recurrido con éxito a la proyección exterior y la educación entre compañeros.⁷

Si se quieren controlar estas infecciones, se requieren intervenciones eficaces centradas en ese núcleo de personas cuya frecuencia de cambio de pareja

es lo bastante elevada para sostener la transmisión. La educación para la salud transmitiendo información sobre la ITS. Una focalización adecuada y eficaz es necesaria y a menudo suficiente para reducir la prevalencia en la población general. Esos esfuerzos revisten la máxima eficacia cuando se combinan con intervenciones estructurales tendentes a garantizar un entorno favorable para la prevención. Una vigilancia fiable y los datos por ella aportados son elementos fundamentales para diseñar y evaluar las intervenciones, así como para evaluar las medidas de control.⁷

Programas de Salud en la Escuela

Las escuelas constituyen un entorno fundamental en la preparación académica de los estudiantes, también contribuyen de manera vital en la formación a los jóvenes para responsabilizarse por su propia salud. Los programas de Salud en la escuela pueden ayudar a los estudiantes a adoptar actitudes y comportamientos que benefician su salud y bienestar general, e incluso comportamientos que pueden reducir el riesgo de contraer VIH y las ITS.⁸

Los programas de prevención del VIH y las ITS bien diseñados y bien implementados en las escuelas pueden reducir de manera significativa los comportamientos sexuales de riesgo entre los jóvenes.⁸

Las escuelas también pueden ofrecer programas que faciliten el aprendizaje a los jóvenes para solucionar problemas, a comunicarse con los demás y a planificar el futuro. La evidencia indica que se puede asociar estos tipos de programas para el desarrollo de los valores de la juventud con una reducción de comportamientos sexuales de riesgo a más largo plazo.⁸ Igualmente, las escuelas pueden ayudar a respaldar la realización de pruebas de detección de las ITS.

Las escuelas pueden cooperar de la siguiente manera:

- Desarrollar contenidos educativos acerca del VIH y otras ITS.
- Promover la comunicación entre los adolescentes y sus padres.
- Divulgar información con los estudiantes para conocer los lugares y las instituciones donde se hacen las pruebas de detección y se ofrece consejería sobre las ITS.
- Proporcionar remisiones a los lugares donde se prestan los servicios de pruebas de detección, consejería y tratamiento.

-Facilitar y cooperar con el sector salud para el desarrollo de pruebas de detección de las ITS en el mismo sitio.⁸

Concientización sobre las ITS

Todas las personas deben recibir orientación y educación sexual sobre el riesgo para la salud de contraer una ITS. De allí que es importante conocer que:⁸

-Las pruebas de ITS no siempre son parte de una visita rutinaria al médico.

-Casi todas las ITS que se pueden propagar a través de las relaciones sexuales vaginales sin protección y también se pueden propagar a través de las relaciones sexuales orales y anales sin protección.

-Usar un condón puede evitar muchas preocupaciones por las relaciones sexuales, debido a que puede prevenir el embarazo y proteger contra las ITS y el VIH.

-Las pruebas de ITS son algo básico para mantenerse sano.

Programa de Educación Sexual Integral en la Escuela

El sector de educación juega un importante papel en la preparación de niños, niñas y jóvenes para asumir roles y responsabilidades propias del mundo adulto. La transición hacia la adultez requiere estar informado y equipado con competencias y conocimientos que permitan elegir alternativas responsables tanto de la vida social como sexual. Adicionalmente, en muchos países las personas jóvenes viven su primera experiencia sexual mientras aún asisten a la escuela, hecho que confiere a este entorno aún más valor en cuanto a representar una oportunidad para impartir educación acerca de la salud sexual y reproductiva.⁹

Los programas de educación sexual integral en las escuelas cumplen como objetivo el reducir problemas sanitarios, como las infecciones por el VIH, ITS y los embarazos no planificados. Se recomienda a los países que se planteen seriamente invertir en programas integrales de educación sexual para mejorar la salud sexual de sus poblaciones, que estos programas deben estar integrados en los planes de estudio, aplicados en las escuelas e implantados en todo el país y adaptados a los jóvenes, esto va a conducir a ahorros y mejoras en los resultados sanitarios de los jóvenes, como la reducción del número de embarazos no planificados y de las ITS.⁹

Asimismo, estos programas de educación sexual pueden contribuir en los jóvenes a:

-Abstenerse de la actividad sexual o retardar su inicio.
-Reducir la frecuencia de actividad sexual sin protección.

-Reducir el número de parejas sexuales.

-Fomentar el uso de métodos de protección: uso de condones o anticonceptivos contra el embarazo y las ITS durante el acto sexual.

El riesgo de que una persona joven resulte infectada por las ITS guarda estrecha relación con la edad de la iniciación sexual. Las medidas de prevención en la gente joven apuntan, entre otros objetivos básicos, a evitar el coito y a retrasar el inicio de la vida sexual activa. En el caso de los jóvenes sexualmente activos, es fundamental que reduzcan el número de parejas sexuales y que tengan más facilidad para acceder y utilizar servicios integrados de prevención, lo que comprende tanto la educación como el suministro de preservativos. Los programas en la materia deberían servir también para prevenir otros comportamientos peligrosos para la salud, como el consumo de sustancias, y para intervenir rápidamente cuando se produzcan. Los jóvenes deben tener a su disposición servicios accesibles y adecuados de detección de las ITS y el VIH. Los jóvenes con ITS necesitan servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención positiva.¹⁰

Una mala salud sexual y reproductiva es el factor que más contribuye a la carga de enfermedad entre personas jóvenes. Garantizar que los y las jóvenes disfruten de una buena salud sexual y reproductiva tiene sentido tanto desde la perspectiva social como económica: las infecciones por VIH, ITS, los abortos inseguros y los embarazos no planificados implican una onerosa carga para el presupuesto familiar y comunitario e impactan en los ya escasos recursos gubernamentales. No obstante, esta carga puede prevenirse y reducirse. Por lo tanto, la promoción de la salud sexual y reproductiva de personas jóvenes, que incluya la provisión de educación en sexualidad en las escuelas, representa una estrategia fundamental hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establecidos por la UNESCO, que deben aplicar los países del mundo para lograr: la igualdad de género, reducir la mortalidad materna y combatir el VIH y las ITS.¹⁰

Factores de riesgo en las ITS en adolescentes

Entre los factores de riesgo¹¹ en las ITS en las y los adolescentes se mencionan los siguientes:

-Sexo sin protección: El contacto sexual que sucede sin el uso de condones aumenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

-Relaciones sexuales precoces: El sistema inmune en este grupo de edad, no ha alcanzado la madurez adulta, lo cual conlleva a un riesgo elevado de contraer infecciones de transmisión sexual. El cuello del útero en las niñas tampoco ha alcanzado su madurez y es por lo tanto aún más susceptible a infecciones de transmisión sexual.

-Género: Las adolescentes tienen un riesgo más alto de enfermedades de transmisión sexual como clamidia, VIH, y herpes, sobre todo si se practican duchas vaginales con frecuencia. Además de correr un riesgo más alto si tienen relaciones sexuales durante la menstruación.

-Comportamientos peligrosos: Los comportamientos peligrosos en los adolescentes incluyen el uso del alcohol, drogas y también múltiples compañeros sexuales, favorecen la transmisión de ITS.

-Lesiones abiertas o cortadas: Esto incluye tatuajes o perforaciones para aretes constituyen un medio de propagación de estas infecciones.

Este grupo de población que integran las y los adolescentes, es más vulnerable para enfermarse de una infección de transmisión sexual, dado al cambio de pareja sexual, relaciones sexuales precoces, el escaso uso de métodos anticonceptivos de barrera, la promiscuidad y hasta la realización de las relaciones sexuales en lugares inapropiados, con experiencias frustrantes que puedan conllevar a disfunciones sexuales posteriormente.¹²

Intervenciones para Reducir la Vulnerabilidad y Riesgo de ITS en la Población

Para reducir el riesgo y la vulnerabilidad de las ITS en forma efectiva, las personas no sólo precisan información específica sobre la transmisión de las ITS sino también apoyo para efectuar cambios en su conducta sexual y en sus vidas. Los prestadores de salud pueden ayudarlos a través de:

- Educación para la salud durante las consultas.
- Orientación para apoyar a las personas a cambiar su conducta sexual.
- Educación de la comunidad para aumentar la conciencia sobre las ITS y ayudar a cambiar las ideas y actitudes negativas que pueden obstaculizar una sexualidad saludable.

La OMS ha establecido que para lograr las metas relativas a las ITS para el año 2030, se requerirá de una reducción considerable de los comportamientos de riesgo, la adopción de nuevos planteamientos para prestar servicios preventivos eficaces a quienes los necesiten, y la adopción de nuevas tecnologías de prevención. Ello dependerá en gran medida de la reducción de la vulnerabilidad y el riesgo de contraer ITS.¹³

En consecuencia, algunas de las intervenciones eficaces para reducir la vulnerabilidad y el riesgo de contraer ITS serían las siguientes:

- Sensibilización y facilitación de información específica sobre la reducción de riesgos de las ITS en la población.
- Reducción de la estigmatización y la discriminación en los establecimientos de atención de la salud a los enfermos de ITS y en las comunidades.
- Prevención y gestión de la violencia sexual y de género en la población.
- Aumento del acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva en las comunidades.

Tecnologías de Prevención en las ITS

Según la OMS,¹³ las principales tecnologías de prevención de las ITS han cambiado poco en los últimos tiempos. Aunque la eficacia de los preservativos masculinos y femeninos para proteger contra embarazos no deseados y las ITS ha quedado demostrada, su poca aceptación y su uso incorrecto o inconsistente, provocan que sus posibles beneficios se estén materializando. Sería especialmente útil disponer de nuevas tecnologías polivalentes que sean más eficaces para prevenir las ITS y los embarazos no deseados, más prácticas, menos dependientes del usuario y que no mermen el placer sexual.¹³

Las innovaciones que propone la OMS podrían mejorar la respuesta a las ITS, por medio de:

- Preservativos masculinos y femeninos con nuevos diseños y materiales para aumentar su aceptación y reducir los costos (especialmente de los preservativos femeninos), y nuevos métodos de comercialización para estimular su demanda y utilización.
- Tecnologías controladas por las mujeres para evitar las ITS y los embarazos no deseados, en particular microbicidas eficaces.

-Un mayor abanico de vacunas para evitar la adquisición de ITS, sobre todo la infección por el virus del herpes simple.

-Ampliación significativa de los programas de vacunación contra los VPH y la hepatitis B.

Embarazo y las ITS

Las mujeres embarazadas pueden infectarse con infecciones de transmisión sexual (ITS). El embarazo no ofrece a las mujeres ni a sus bebés ninguna protección adicional contra estas infecciones. Muchas de ellas, son "silenciosas", o no producen síntomas, por lo que las mujeres no saben que están infectadas. En este sentido es necesario, indicar pruebas de detección de las ITS, incluido el VIH, como parte de la atención médica de rutina durante el embarazo. Las consecuencias de una ITS en una mujer embarazada y en su bebé pueden ser más graves y hasta mortales, si la mujer se infecta durante el embarazo. Es importante que las mujeres conozcan los efectos dañinos de estas infecciones y que sepan cómo protegerse y proteger a sus hijos. Las parejas sexuales de las mujeres infectadas también deben hacerse pruebas de detección y recibir tratamiento.¹⁴

Las ITS pueden desencadenar complicaciones en el embarazo y tener graves efectos en la mujer y su bebé en gestación. Algunos de estos problemas se pueden identificar al momento del nacimiento, mientras que otros no se descubrirán sino hasta pasados meses o años después. Se ha visto que la presencia de una infección de transmisión sexual, puede hacer más fácil que una persona se infecte con el VIH. La mayoría de estos problemas pueden prevenirse si la madre recibe atención médica de rutina durante el embarazo, que incluya pruebas de detección de ITS en etapas tempranas del embarazo y antes del parto, si es necesario. Mientras más temprano la mujer reciba atención médica durante el embarazo, mejores serán los resultados para su salud y en consecuencia la de su bebé en gestación.¹⁴

Las mujeres embarazadas deben pedirle a su médico Obstetra que les hagan las pruebas de detección de ITS. También es importante que estas mujeres hablen

con su médico tratante, sobre cualquier síntoma que estén presentando y todas las conductas sexuales de alto riesgo que realicen, para que sean indicadas estas pruebas de manera rutinaria. Aunque una mujer se haya hecho estas pruebas en el pasado, debería volvérselas a hacer si queda embarazada.¹⁴

En Venezuela, el Anuario de Morbilidad publicado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud¹⁵ correspondiente a las estadísticas del año 2011, registra repuntes de ITS, sobre todo en casos de sífilis, gonorrea, clamidia y VPH, esta última afección causante de cáncer cervicouterino, el cual es considerado la tercera causa de muerte en la mujer venezolana. Estas infecciones ocupan el sexto lugar en la morbilidad con una tasa de 30,1 x 100.000 habitantes. Para este año 2011, se reportaron: 8825 casos de ITS: Sífilis 3237 casos, Infección Gonococcica 2500 casos, Infección Asintomática VIH 1445 casos y Sífilis Congénita 145 casos. El registro evidencia que, las ITS se están presentando en igual proporción tanto en hombres como en mujeres, se gestan más en adolescentes y en personas promiscuas, con aumentos de casos en hombres y mujeres con más de 55 años.¹⁵

CONCLUSIONES

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un problema de salud pública mundial, por la alta morbilidad, mortalidad e impacto en la economía nacional e individual, sanitaria y la pérdida de productividad que se asocia a estas infecciones en los países en desarrollo, son infecciones que repercuten en la calidad de vida, salud reproductiva, del niño y son facilitadoras de la transmisión sexual del virus de inmunodeficiencia humana. La mayor parte de estas infecciones son asintomáticas. Afectan a la sociedad en todos los niveles sociales con más frecuencia a adultos jóvenes entre 15 y 49 años, causan muerte prenatal, neonatal, prematuridad, cáncer de cuello uterino e infertilidad en la mujer. De allí, la importancia de prevenir estas infecciones en los adolescentes, e instruir en educación sexual a las poblaciones de riesgo y establecer programas de salud en la escuela sobre las ITS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2013 [Consultado 02 de Junio de 2015]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>.
- 2) Organización Mundial de la Salud OMS | Infecciones de transmisión sexual (ITS) 2014. [Consultado 02 de Junio de 2015]. Disponible en <http://www.who.int/entity/reproductivehealth/topics/rtis/es/>.
- 3) Organización Mundial de la Salud OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS)- IntraMed 2013 [Consultado 03 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.intramed.net/ira.asp?contenidoID=80399>.
- 4) Torres F. Infecciones de Transmisión Sexual. Sexualidad y Salud. 2014 [Consultado 11 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://sexualidadysaludmasculina.com/site/infecciones-de-transmision-sexual/>.
- 5) Organización Mundial de la Salud OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras infecciones del tracto genitourinario. 2005 [Consultado 03 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/rtis/9241592656/es/>.
- 6) Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. 2007 [Consultado 04 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/es/>.
- 7) Organización Mundial de la Salud OMS. Control de las infecciones de transmisión sexual. 2009 [Consultado 04 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/11/08-059212-ab/es/>.
- 8) Medline Plus. Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2014 [Consultado 05 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../sexuallytransmitteddiseases.html>.
- 9) UNESCO. Programas escolares de educación sexual. 2012 [Consultado 10 de Junio de 2015]. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0020/002070/207055s.pdf>.
- 10) Organización Mundial de la Salud OMS. Salud de los adolescentes. 2014 [Consultado 07 de Junio de 2015]. Disponible en http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
- 11) Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes. 2014 [Consultado 05 de Junio de 2015]. Disponible en <http://www.drugs.com/.../enfermedades-de-transmision-sexual-en-adolescentes.html>.
- 12) Santana C. y Otero V. Infección de transmisión sexual en adolescentes. 2014 [Consultado 06 de Junio de 2015]. Disponible en <http://www.revista-portalesmedicos.com/.../infeccion-de-transmision-sexual-en-adolescentes/>.
- 13) Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las infecciones de transmisión sexual. 2015 [Consultado 06 de Junio de 2015]. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/STI_strategy_abridged_es.pdf.
- 14) CDC .Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y el embarazo. 2013 [Consultado 10 de Junio de 2015]. Disponible en <http://www.cdc.gov/std/spanish/embarazo/STDFact-Pregnancy-s.htm>.
- 15) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario Año. 2011 [Consultado 07 de Junio de 2015]. Disponible en <http://www.mpps.gob.ve/index.php?...anuario2011...anuarios-de-morbilidad>.

FOCOS DE ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN VENEZUELA.

ATTENTION FOCUSES ON PREVENTION OF BREAST CANCER IN VENEZUELA.

José Gregorio López Añez¹; Orlina I. López Añez²; Andreina C. López Bitriaga³

ABSTRACT

Breast cancer is a problem of public health in Venezuela and all over the world. Primary and secondary prevention is essential to reduce the mortality rate. A properly planned and organized early detection with screening mammography is the cornerstone to control this disease. In Venezuela, the entire program must start at primary and high school level with recommendations for main detection. A monthly breast self-examination must be performed in asymptomatic women with a moderate risk from 20 years old, and in women from 25 years old, the monthly self-examination should be complemented with annual clinical evaluations by a mastologist specialist. In asymptomatic patients with moderate risk it should start using mammography from age 40, with an annual clinical assessment. In asymptomatic patients with high risk factors should be personalized. In this group, highlighted cases of history of relatives with breast cancer, baseline mammogram should be performed 10 years earlier at the age of emergence of this disease in the family, and in cases of a risk $\geq 1.7\%$ by the Gail Method, mammography and a clinical annual assessment should be performed from the moment this risk is identified. Genetic studies must be made for verification as a suspicion of germline mutations. The patient should see a specialist with the presence of any signs or symptoms in breast or armpits appearance of some signs or symptoms in the breast or axillar should see a specialist.

KEY WORDS: Breast Cancer; Prevention; Research; Screening; Risk Factors.

RESUMEN

En Venezuela y el mundo el cáncer de mama es un problema de salud pública. La prevención primaria y secundaria es fundamental para disminuir la tasa de mortalidad. La detección precoz con pesquisa o cribado mamográfico adecuadamente planificado y organizado constituye la piedra angular para controlar esta patología. En Venezuela se debe iniciar todo el programa a nivel primario y secundario con recomendaciones para la prevención primaria. A partir de los 20 años en féminas asintomáticas y con riesgo moderado debe realizarse el autoexamen de mama mensual y a partir de los 25 años complementar el autoexamen mensual con valoraciones clínicas anuales por un especialista en mastología, en pacientes asintomáticas, con riesgo moderado se debe iniciar el uso de la mamografía a partir de los 40 años con valoración clínica anual. En pacientes asintomáticas con factores de riesgo elevado la conducta se debe individualizar. En este grupo resaltan los casos de antecedente de familiares directos con cáncer de mama donde se debe realizar, mamografía inicial 10 años antes a la edad de aparición de esta patología en el familiar y en los casos de un riesgo $\geq 1,7\%$ por el método de Gail se debe realizar mamografía y valoración clínica anual desde el momento que se identifica este riesgo. Con sospecha de mutaciones germinales, realizar estudios genéticos para su comprobación. La aparición de cualquier signo o síntoma en la mama o axila se debe acudir al especialista.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de Mama; Prevención; Pesquisa; Cribado; Factores de Riesgo.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer de mama es el cáncer femenino más frecuente y es la primera causa de mortalidad por neoplasias en Venezuela y el mundo

tanto en los países de ingresos altos, como en países de ingresos medios y bajos.^{1,2} Para el año 2012 esta patología ocupaba el segundo lugar en el tipo de cáncer con nuevos casos diagnosticados después del cáncer de pulmón, y a pesar de las mejoras en su tratamiento persisten tasas de mortalidad elevadas.

Los métodos de pesquisa o cribado constituyen una pieza fundamental en la disminución de la mortalidad para esta patología, permitiendo el diagnóstico precoz en etapas tempranas, lograr el control de la enfermedad y evitar diagnósticos tardíos con diseminación a distancia de la enfermedad, a casi cualquier órgano del cuerpo, comprometiendo la vida del paciente.³

Recibido: Septiembre, 2015

Aprobado: Octubre, 2016

¹Departamento de Morfología Normal y Patológica, Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba", Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. ²Departamento de Idiomas, Escuela de Estudios Internacionales, Facultad de Derecho, Universidad Santa María. ³Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Correspondencia: jlopez38@uc.edu.ve

El propósito de esta revisión está orientado a resaltar los efectos esenciales en la prevención primaria y secundaria del cáncer de mama.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), cada año se reportan 1,67 millones de casos de cáncer de mama en el mundo y 521.907 muertes por dicha enfermedad.⁴ Para el año 2014 se diagnosticaron en la región Asia- Pacífico 404.000 casos con una tasa de 30/100.000. Las tasas de Australia (86/100.00) y Nueva Zelanda (85/100.000) resaltaron sobre todos los países de esta región. En este mismo año en los países europeos el cáncer de mama tenía una incidencia de 94,2/100.000 con una mortalidad de 23,1/100.000,⁵ y se estimó que en los Estados Unidos para 2016 se presentarían 61.000 casos de carcinoma in situ de mama, 246.660 casos nuevos de enfermedad invasora y 40.450 muertes por esta patología.⁶ México para el 2014 presentó una tasa de incidencia de 28,75/100.000, mientras que Uruguay y Argentina reportaron valores 3 veces mayores. En Brasil se estimó el surgimiento de 57.960 casos nuevos de cáncer de mama para 2016.⁴

En Venezuela se reportó para 2014, un total de 4.880 casos nuevos para una tasa de incidencia de 32,40/100.000, ubicándola con respecto al mundo con una tasa intermedia, donde Distrito Capital, Miranda, Aragua, Carabobo y Nueva Esparta se encuentran por encima del promedio nacional y el grupo más afectado incluye entre 40 y 59 años, con 57,45%, y las mayores de 60 años con 29,44%. Ambos grupos constituyen 86,89% de todos los casos de cáncer de mama en el país; no obstante el grupo de pacientes menores de 40 años reporta 13,11% con tendencia en ascenso. Ese mismo año en Venezuela se estimó 2.071 muertes con una tasa de 13,75/100.000.¹

Para este año 2016, el cáncer de mama está considerado como una entidad multifactorial donde la herencia, el medio ambiente y hábitos de vida influyen sobre los individuos quienes tienen diferentes grados de susceptibilidad. Por tanto, es sumamente importante tener en cuenta los diferentes riesgos que pueden estar presentes en una misma población, entendiendo como factores de riesgo, de acuerdo a lo establecido por la O.M.S, cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En este sentido se pueden identificar, en primer lugar, los llamados casos "esporádico", es decir, aquellos que suceden generalmente en personas con edades mayores; en ellos las alteraciones genéticas son producto de mutaciones por factores ambientales, estilos de vida o como parte del envejecimiento celular, este grupo no tiene antecedente de cáncer de mama en 2 o más generaciones

constituyen entre 70 y 75% de los casos. En segundo lugar identificamos los llamados "predisposición familiar" que incluye entre 25 y 30% de los casos, en los cuales los factores genéticos están unidos al estilo de vida y ambiente lo que hace que los miembros de una familia sean más susceptibles que la población general. En este grupo la presencia de un familiar de primer grado con cáncer de mama aumenta la posibilidad de padecer la enfermedad entre 1,5 y 3 veces por encima de la población general; por ejemplo, abuela, madre e hija. En tercer lugar están 5 y 10% de todos los tipos de cáncer de mama, los llamados "hereditarios", donde el paciente tiene mutaciones heredadas (mutaciones germinales) que se transmiten de padre a hijo y de generación en generación, también conocidos con el nombre de síndrome de cáncer hereditario. Entre los genes involucrados están BRCA1/BRCA2 (con un riesgo entre 54 y 87% de cáncer de mama, P53 (riesgo de 55% de cáncer de mama), PTEN (entre 30 - 85% de riesgo) STK11/LKB1 (entre 45 - 57% de riesgo) y CDH1 (con un riesgo de entre 39 - 52% para padecer cáncer de mama). Los casos hereditarios provocados por alteraciones de genes puntuales explican entre el 15 y 35% de los casos de predisposición familiar.⁷

Existen varios modelos matemáticos que permiten calcular el riesgo que tiene una persona para padecer cáncer de mama, un modelo ampliamente comprobado es el método de Gail,⁸ tanto para cáncer in situ como invasivo, con base a pacientes mayores de 35 años. Creado en 1989 considerando la edad de la paciente, edad de menarquia, edad de primer hijo, familiares de primer grado con cáncer de mama, y biopsias de mamas previas, fue ideado de la siguiente manera: edad [≤ 50 (0); ≥ 50 (1)], edad de la menarquía [≥ 14 (0); 12-13 (1); ≤ 12 (2)]; edad del primer embarazo [≤ 20 (0); 20-24 (1); 25-29 o nulípara (2); ≥ 30 (3)]; número de biopsias previas [0 (0); 1 (1); ≥ 2 (2)] y número de parientes en primer grado (madre o hermana) con cáncer de mama [0 (0); 1 (1); ≥ 2 (2)].

Este método posteriormente fue modificado por Constantino en 1999, quien incluyó el tipo de histología de biopsia y el origen étnico. La obtención de un puntaje final $\geq 1,7\%$ es considerado un grupo de alto riesgo de padecer la enfermedad en 5 años y si es menor a 1,7% se considera con riesgo moderado. Por otra parte, se considera también paciente de alto riesgo, cuando presenta antecedentes personales de cáncer de mama, de radioterapia torácica y mutaciones genéticas hereditarias (mutaciones germinales) o datos sugestivos de estas, donde siempre se sugiere una valoración genética ante la posibilidad de mutación en genes específicos.⁸

Entre otros factores de riesgo a considerar se encuentran: uso de anticonceptivos orales, uso de terapia hormonal, tabaco, alcohol y el aumento del consumo de grasa. A partir de esta clasificación se identifican dos tipos de población para hacer prevención, una de alto riesgo y otra que podemos llamar de riesgo general o riesgo moderado.^{8,9,10}

Prevención Primaria

En el cáncer de mama, la prevención primaria se lleva a cabo controlando factores de riesgos específicos modificables, incluyendo aquella prevención que promueva el consumo de alimentos saludables como son verduras, hortalizas y frutas, con disminución del consumo de grasas y sal; igualmente evitar el consumo frecuente de enlatados, suministro de vitamina D y ante déficit de esta, la actividad física de 40 minutos al día, 5 veces a la semana; control de consumo de alcohol y tabaco, disminución de sobrepeso y la obesidad.

En la prevención primaria se encuentra la identificación de la población de alto riesgo donde se plantea el uso de fármacos (quimioprevención) como el tamoxifen, incluso se considera la mastectomía profiláctica reductora de riesgo, esta última reservada para pacientes con mutaciones germinales.

Desde la aparición de la clasificación molecular del cáncer de mama y los avances de biología molecular es posible que estemos más cerca de realizar una prevención primaria eficaz, con el bloqueo efectivo de diferentes tipos de mutaciones genéticas o del bloqueo de diferentes sustancias producidas por estos genes mutados, que impida un ciclo celular descontrolado y de esa manera frenar el desarrollo de neoplasias malignas. Se puede lograr reducción importante del riesgo con medidas de prevención general, pero esas estrategias aún no pueden eliminar la mayoría de los tipos de cáncer que se registran; así pues, la detección precoz (prevención secundaria) para mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama, sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer.

Prevención Secundaria

Los métodos de detección precoz incluye dos aspectos; en primer lugar, tenemos el conocimiento de los primeros signos y síntomas dentro de los que se incluyen: nódulos o bultos en la mama o en la axila, secreción proveniente del pezón, alteraciones de la piel de la mama o en la areola y pezón y, dolor o inflamación. En segundo lugar, tenemos la pesquisa o cribado que es la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una

población asintomática, que tiene como objetivo detectar personas que presentan anomalías subclínicas que llevan a un diagnóstico en etapa 0 o etapa I de la enfermedad, con lo que se asegura hasta 95% del control de la enfermedad.

La pesquisa o cribado amerita para su éxito una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que concentre su esfuerzo en el grupo de la población adecuado y garantice la coordinación, continuidad así como la logística y capacidad para instaurar la terapéutica apropiada a los pacientes, de una forma rápida y de calidad; de otra manera, elegir grupos de edades inadecuado podría causar una disminución en el número de cáncer detectados y reducir así el costo-eficacia de la medida.

El personal técnico radiológico es de suma importancia, un técnico radiólogo y un radiólogo experto en mamografía puede llevar años de entrenamiento, sin mencionar el uso de doble lectura en el cual dos radiólogos expertos en mamografía revisan estudios por separados como método control de calidad de todo el programa planificado. El colegio Americano de Radiología (A.C.R.) desarrollo en 1993 el sistema Breast Imaging Report and Database System "BI-RADS" para estandarizar los hallazgos y el lenguaje mamográfico, de esta manera se logra una sensibilidad mayor a 85%, una especificidad mayor a 90% con un valor predictivo positivo entre 25 y 40% como parámetros de eficacia mamográfica.¹¹

Existe hoy en día los sistemas de detección asistido por computadora que se crearon para ayudar a los radiólogos a interpretar las mamografías, resaltando regiones con microcalcificaciones sospechosas y masas; estos sistemas aumentan la sensibilidad, disminuyen la especificidad y aumentan la detección de carcinomas in situ. La mamografía de pesquisa es el único método de cribado que ha sido eficaz, de esa forma si su cobertura supera 70% puede reducir la mortalidad de cáncer de mama en 20 - 30%.⁴ Hay que recordar la evolución y mejoras en la técnica mamográfica, en la actualidad se cuenta con equipos digitales directos con mejoras sustanciales en la imagen; con una menor exposición radiológica, estos equipos tienen una gran ventaja sobre mamas densas, propia de las personas jóvenes, por mayor calidad de la imagen; igualmente, en algunas instituciones existe la posibilidad de la tomosíntesis, cortes seriados y reconstrucción de la mama en 3D que mejoran aún más la localización de lesiones sospechosas y el uso de resonancia magnética nuclear de la mama, que pueden considerarse al igual que la ecografía mamaria complementos importantes ante los hallazgos

mamográficos. Es necesario señalar el papel sobresaliente que tiene el examen o valoración clínica realizado por el médico que, sin duda alguna, aumenta el porcentaje de detección temprana en esta patología. Por otra parte, tenemos la autoexploración mamaria, cuya práctica tiene como gran mérito la creación de conciencia y responsabilidad en las mujeres sobre su salud que al final las lleve al método ideal que es la mamografía y el examen clínico realizado por el médico.

En una revisión de las opiniones emitidas por varios expertos nos encontramos por ejemplo que, el Colegio Americano de Radiología en el año 2010 publicó que los estudios mamográficos deberían ser realizados a partir de los 40 años de edad, esto fue ratificado por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en 2011 y en el 2016. En el año 2015 la Sociedad Americana de Cáncer señalaba que dada la evidencia recomendaba el inicio de mamografía de pesquisa a partir de los 40 a los 44 años y luego continuar anualmente en conjunto con un examen clínico.^{12,13,14} En el Reino Unido se registran actualmente 2 millones de casos nuevos por cáncer de mama por año, basados en su experiencia consideran realizar la mamografía de pesquisa a partir de los 50 años con una frecuencia de cada 3 años;¹⁵ instituciones como el M.D. Anderson sugieren el inicio de la autoexploración de mama desde los 20 años, a partir de los 25 años la exploración debe ser realizada por un clínico y el inicio de la mamografía debe ser a partir de los 40 años;¹⁶ por otra parte la Sociedad Española de Patología Mamaria en el año 2012 sugiere el inicio de estudio de mamografía de cribado entre 45 y 50 años para la disminución de la tasa de mortalidad de hasta 30%; no obstante, la mayoría de las regiones españolas inician la mamografía de pesquisa a partir de los 50 años.¹⁷

La Sociedad Argentina de Mastología y de Brasil propone el inicio de la mamografía a partir de los 40 años. En casos de familiares directos con cáncer de mama la Sociedad Argentina sugiere inicio de control mamográfico a partir de los 35 años o 10 años antes de la edad en que ese familiar padeció la enfermedad, con periodicidad anual.¹⁸ La Sociedad Venezolana de Mastología en sus 9 consensos publicados no tienen una posición oficial en cuanto al inicio de pesquisa de mama en el país.

En el año 2015, la Fundación Venezolana de Educación e Investigación contra el Cáncer de Mama FUVICAM en conjunto a varios expertos venezolanos en la materia, dentro de los que se encuentran ex-presidentes de la Sociedad Venezolana de Mastología, acordaron recomendar inicio de mamografía en pacientes asintomáticas a partir de los 35 años, sin factores de riesgo y sin límites superior de edad, igualmente

recomienda en mujeres con mutación de los genes BRCA o con antecedente familiar de primer grado con mutación BRCA comenzar a los 25 años.¹

Uno de los protocolos de mayor reputación en el mundo es el de Clinical Practice Guideline in Oncology (NCCN),¹⁹ que señala en su versión de Julio 2016, hechos de medicina basada en la evidencia con diferentes grados de aceptación, sobre diagnóstico y cribado de cáncer de mama y establece parámetros detallados de la pesquisa, con base a la historia clínica y el examen físico donde señala pacientes féminas, con riesgo promedio, en edades comprendidas desde los 25 años hasta 39 años, se debe realizar una valoración clínica cada 1 a 3 años, igualmente toma de conciencia de patología mamaria que involucra probable realización de autoexamen de mama y a partir de los 40 años mamografía y examen clínico anual, considerando otros estudios como tomosíntesis de ser necesario.

En otro grupo de pacientes se encuentran femeninas con riesgo aumentado por historia personal de cáncer de mama, quienes se deben realizar mamografía de 6 a 12 meses posterior a la radioterapia y posteriormente anual y valoración clínica cada 6 a 12 meses por 5 años; en las pacientes con un riesgo por modelo de Gail $\geq 1,7\%$ se debe realizar mamografía y valoración clínica desde el momento que se identifica este riesgo. En pacientes con historia personal de biopsias con carcinoma in situ de mama y/o hiperplasia con atipias se debe realizar valoración clínica cada 6 a 12 meses desde el resultado de la biopsia y mamografía anual desde la biopsia, nunca por debajo de 30 años. Podría ser considerado el uso de resonancia magnética nuclear de ser necesario, en pacientes con historia familiar de primer grado de cáncer de mama e iniciar la mamografía 10 años antes de la edad en que se le diagnosticó al familiar. Igualmente puede indicarse tomosíntesis y resonancia magnética nuclear de mama, en femeninas con antecedentes personales de radioterapia en tórax; valoración clínica anual desde 8 a 10 años posterior a la radioterapia en pacientes menores de 25 años y en pacientes mayores de 25 años debe realizar valoración clínica cada 6 o 12 meses, comenzando entre 8 a 10 años posterior a la radioterapia, asimismo una mamografía anual y puede ser considerada la resonancia magnética nuclear. En pacientes con predisposición genética por mutación germinal o datos clínicos que sugieran esta posibilidad, se debería realizar estudio genético para identificar el gen afectado, en cuyo caso se propone valoración clínica desde los 25 años con mamografía o resonancia magnética nuclear desde los 30 a 35 años.^{19,20}

CONCLUSIÓN

Por evidencia médica y datos epidemiológicos se podría concluir que para el caso de Venezuela se plantea como esquema de prevención primaria, mejoras en la alimentación, disminuyendo el consumo de grasas, control de obesidad, disminución del consumo de alcohol o tabaco, actividad física para la población femenina en general, incluyendo información sobre el autoexamen de mama, no importando la edad, con campañas a nivel escolar y secundaria que permita un efecto multiplicador sobre el resto de la colectividad. Igualmente, de acuerdo a la información recabada, se debe iniciar en femeninas asintomáticas y con riesgo moderado, a partir de los 20 años el autoexamen de mama mensual y, a partir de los 25 años complementar el autoexamen de mama mensual con valoraciones clínicas por parte de un especialista en mastología con una periodicidad anual.

De acuerdo a los datos epidemiológicos sobre la incidencia en pacientes de riesgo moderado, asintomáticas, se debe iniciar el uso de la mamografía a partir de los 40 años, siempre acompañado por valoración clínica especializada anualmente, y en cuanto a las pacientes asintomáticas con factores de riesgo elevado, la conducta debe ser individualizada. En el caso de antecedentes familiares de primer grado con cáncer de mama se debe iniciar el uso de mamografía 10 años antes de la edad en que ese familiar padeció la enfermedad, con una periodicidad anual siempre complementado por el examen clínico y algún otro estudio de acuerdo a los hallazgos. La misma conducta correspondería a paciente con radiaciones ionizantes torácica, en las pacientes con un riesgo por modelo de

Gail $\geq 1,7\%$ se debe realizar mamografía y valoración clínica desde el momento que se identifica este riesgo y ante la sospecha de mutaciones germinales, es necesario insistir con los estudios genéticos para su comprobación, con autoexamen a los 20 años, valoraciones clínicas anuales a partir de los 25 años, y el uso de mamografía a partir de los 30 a 35 años. En todos los casos anteriores se podría plantear el uso de ecografía mamaria, tomosíntesis y resonancia magnética nuclear, de ser necesario.

Es fundamental acudir de inmediato al especialista a cualquier edad, ante algún signo o síntoma presente en la región mamaria o axilar, urge implementar un programa de pesquisa mamaria suficientemente planificado y organizado que permita una cobertura adecuada, con canalización óptima para el diagnóstico, tratamiento oncológico integral y seguimiento de estos pacientes, lo cual permitirá una disminución en la tasa de mortalidad por esta patología.

En síntesis, el cáncer de mama es un problema de salud pública en Venezuela y a nivel mundial, es fundamental contar con un plan de prevención primaria y secundaria con adecuada organización y planificación, que asegure no sólo una cobertura suficiente a la población si no también la infraestructura y equipamiento para el diagnóstico y tratamiento integral de esta patología para lograr el objetivo que es la disminución de la mortalidad por esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Aponte MG. Guía para el cáncer de mama en Venezuela. ISBN: 978-980-7773-00-3, Caracas, Venezuela. 2015, p. 2-21.
- 2) Andersson I, Janzon L. Reduced breast cancer mortality in women under age 50: updated results from the Malmo Mammographic Screening Program. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 1997; (22): 63-7.
- 3) López Añez JG, González V, Duque M, Gonzalez R, Vargas V. Cáncer de mama metastásico a coroides. *Rev. Comunidad y Salud.* 2014; 12(2): 23-32.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama, prevención y control. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html> Consulta: 1 de Octubre 2016.
- 5) Bhatia H. El cáncer de mama en Asia, *Genre*, 2016, 4(6)
- 6) Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq> Consulta: 1 de Octubre 2016
- 7) Consenso Nacional Intersociedades sobre alto riesgo para cáncer de mama. *Rev. Argent Radiol.* 2016.p.1-6.
- 8) Pastor P, Morales M, Llopis A, Magraner J. Aplicación del método de Gail de cálculo de riesgo de cáncer de mama a la población valenciana. *Clinical and Translational Oncology.* 2005; 7(8): 336-343.
- 9) Broeders M, Moss S, Nyström L, Njor S, Jonsson H, Paap E, Massat N, et al. EUROSCREEN Working Group. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. *J Med Screen* 2012;19 Suppl 1:14-25
- 10) Senkus E, Kyriakides, Ohno S, Penault F, Poortmans P, Rutgers E. et al. Primary breast cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow - up. *Annals oncology.* 2015; 26(2). p 8-30.
- 11) American College of Radiology. ACR Practice Guideline for the Performance of Screening and Diagnostic Mammography. Revisión 2013. Resolución 11.
- 12) American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>. Consulta: octubre 5, 2016.
- 13) American Cancer Society. *Cancer Facts.* 2016. Atlanta p. 1-65.
- 14) Breast cancer Screening guidelines for women - cdc https://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/BreastCancer_Screening_Guidelines.pdf consulta: 1 de Octubre 2016.
- 15) Cancer research UK. Disponible en: http://www.cancerresearchuk.org/cr_weblayout/images/CRUK_Fragments/cruk_c_logo.png. Consultado: 9 de septiembre 2016.
- 16) Md Anderson Cancer Center. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/cancer/cancer-de-mama>. Consulta: 1 de Octubre 2016.
- 17) Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. *Manual Práctica clínica en Senología* 2012, 2º edición revisada y ampliada. p. 1-118.
- 18) Sociedad Argentina de Mastología. Disponible en: <http://www.samas.org.ar/archivos/consensoacordado.pdf>. consulta: 9 de septiembre 2016.
- 19) Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN). Breast Cancer Screening and Diagnosis, Version 1.2016 - July 27, 2016. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast-screening.pdf consulta: 10 de Septiembre 2016.
- 20) Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN). Breast Cancer Risk Reduction Version 1.2016 Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast_risk.pdf Consulta: 10 de Septiembre 2016.

FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN VENEZUELA.

TRAINING OF HEALTH PERSONNEL FOR ADDRESSING GENDER VIOLENCE IN VENEZUELA.

Marymili Segura Vera¹; Mirna Stranieri¹

ABSTRACT

The struggle against violence and gender discrimination comes from a very long time ago. Many have been the achievements; nevertheless, even today, the validity of this problem has still alarming prevalence worldwide. By the nuances that characterize this type of violence: not always the neighbor, relative or friend is aware of what is happening; however, in many cases, the victims are in the need to go to health centers; and, if the professionals that serve them have proper preparation to identify and deal such aggression, the chances of preventing the recurrence of the same kind would increase. For this reason, the interest of knowing about the training that health professionals have in detecting and addressing cases of gender violence at the centers of primary health care of Venezuela arises. To development of this essay was conducted by a documentary research, and the technique used was document analysis. It is concluded that those who must verify that established procedures are met and the real connotation of global public health problem to violence against women be given are the own citizens; NGOs can be part of changes through social audit that is so lacking in the health sector. And also, making a call to university teachers to help promoting the inclusion of this issue into different professorships related to public health and social development.

KEY WORDS: Gender violence; personal health ; violence against woman.

RESUMEN

La lucha contra la violencia y discriminación de género es de muy larga data. Muchos han sido los logros obtenidos, no obstante aún en la actualidad la vigencia de esta problemática se mantiene con una prevalencia alarmante a nivel mundial. Por los matices que caracterizan este tipo de violencia no siempre el vecino, el familiar o el amigo se percata de lo que está sucediendo; sin embargo, en muchos casos las víctimas se ven en la necesidad de acudir a centros de salud y, de tener los profesionales que las atienden una preparación apropiada para identificar y afrontar este tipo de agresiones, aumentarían las posibilidades de prevenir la recurrencia de las mismas. Por esta razón surge el interés de conocer acerca de la formación que tienen los profesionales de la salud en la detección y abordaje de los casos de violencia de género en los centros de atención primaria de salud de Venezuela. Para el desarrollo del presente escrito se realizó una investigación documental, siendo la técnica utilizada el análisis documental. Se concluye que quienes deben verificar que se cumplan los procedimientos establecidos y se dé a la violencia contra la mujer la verdadera connotación de problema mundial de salud pública son los ciudadanos; las ONG pueden ser parte del cambio a través de la contraloría social que hace tanta falta en el sector salud. Y se debe hacer un llamado a los docentes universitarios a que ayuden a promover la inclusión de esta temática en las diferentes asignaturas relacionadas con la salud pública y el desarrollo social.

PALABRAS CLAVE: Violencia de género; personal de salud; violencia contra la mujer .

INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o

sicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.¹

La lucha contra la violencia y discriminación de género es de larga data y poco a poco, la sociedad y las leyes han logrado traer a la palestra pública esta realidad que el sistema patriarcal ha banalizado y en muchos casos invisibilizado. Muchos han sido los logros obtenidos y gracias a los diversos movimientos en contra de la violencia de género, diferentes organizaciones mundiales han despertado la conciencia colectiva y han instaurado normativas para el abordaje

Recibido: Noviembre, 2015 Aprobado: Abril, 2016

¹Departamento de Salud Pública. Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Facultad de Ciencias de la Salud, Sede Carabobo. Universidad de Carabobo.

Correspondencia: marysegurav@gmail.com

y la prevención de este flagelo que históricamente, en mayor o menor grado, ha envuelto a las mujeres; no obstante, aún en la actualidad la vigencia de esta problemática se mantiene con una prevalencia alarmante a nivel mundial.

Existen diversos tipos de violencia contra la mujer, también conocida como violencia de género; cada país la ha clasificado dentro de su legislación. En Venezuela, es promulgada en el año 2007 la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en cuyo artículo 1 resalta como objeto de la misma crear condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos.² Así mismo su artículo 15 en su reforma del año 2014, establece 21 formas de violencia de género: 1.- Violencia psicológica, 2.- Acoso u hostigamiento, 3.- Amenaza, 4.- Violencia física, 5.- Violencia doméstica, 6.- Violencia sexual, 7.- Acceso carnal violento, 8.- Prostitución forzada, 9.- Esclavitud sexual, 10.- Acoso sexual, 11.- Violencia laboral, 12.- Violencia patrimonial y económica, 13.- Violencia obstétrica, 14.- Esterilización forzada, 15.- Violencia mediática, 16.- Violencia institucional, 17.- Violencia simbólica, 18.- Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes, 19.- Trata de mujeres, niñas y adolescentes, 20.- Femicidio, y 21.- Inducción o ayuda al suicidio.³

Sin restar importancia a las demás, las que generan mayor preocupación mundialmente por lo elevado de las estadísticas son las relacionadas con la violencia generada por la pareja. En el mundo, 35% de las mujeres han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida; 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja.⁴ Por mencionar un caso, según la sección de servicios sociales e igualdad del portal del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, en el año 2014 se hicieron 126.742 denuncias por violencia de género.⁵

En Latinoamérica, según estudio realizado en el año 2013, el porcentaje de mujeres en edad entre 15 y 49 que informaban violencia física o sexual infligida reciente (es decir, en los 12 meses precedentes) por un compañero íntimo, resultó inferior al porcentaje de las que informaban haber sufrido esa violencia alguna vez; sin embargo, era sustancial, es decir, se encontró entre 7,7% en Jamaica, 2008/9 y 25,5% en Bolivia, 2008. El mismo estudio reportó que el porcentaje de mujeres que había solicitado ayuda de alguna institución oscilaba entre 8,2% en Ecuador 2004 a 36,0% en El Salvador, 2008 y en todos los países resultó inferior al porcentaje de las que buscaban ayuda de familiares o amigos. Las mujeres mencionaron diferentes razones por las cuales no habían pedido ayuda, entre

ellas vergüenza, temor a represalias, no saber adónde ir y no creer que alguien las ayudaría.⁶

En Venezuela, de acuerdo con datos del informe "Erradicar la violencia doméstica en Venezuela", de la ONG Amnistía Internacional, cada 15 minutos una mujer sufre abusos a manos de su pareja o ex pareja y 90% de los casos pasa inadvertido para las autoridades y, por supuesto, quedan impunes.⁷

Ahora bien ¿Cómo ayudar a ese gran porcentaje de mujeres que no se atreven a denunciar?, no siempre el vecino, el familiar o el amigo se percata de lo que está sucediendo; sin embargo, en muchos de los casos estas víctimas llegan a los centros de salud y si los profesionales que la reciben están preparados, podrían identificarlos a tiempo y muy probablemente prevenir que se repitan y/o que tengan un desenlace infortunado. Por esta razón surge el interés de conocer acerca de la formación que tienen los profesionales de la salud en la detección y abordaje de los casos de violencia de género en los centros de atención primaria de salud de Venezuela.

Violencia de Género

La violencia en todas sus formas es negativa, no solo por los daños físicos sino por los psicológicos y sociales que puede acarrear a la víctima, es por esto que todas las formas de violencia deben ser rechazadas y penadas. Sin embargo, históricamente esto ha sido más difícil de lograr con la violencia hacia la mujer, debido a que es una violencia particular que proviene de la asimetría en las relaciones de poder entre mujeres y hombres, lo masculino y lo femenino socialmente construido, nacida de la cultura, la política y la economía.⁸ Situación ésta que ha estado presente por siglos y que a nivel mundial se ha visto como normal por conveniencia del sistema patriarcal que ha cosificado y denigrado a la mujer para así mantenerla dominada.

Hace poco más de 200 años las mujeres comenzaron a protestar ante tanto daño e injusticias y han sido muchos los movimientos que surgieron por esta causa y también muchas las muertes. Desde la "Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana"⁹ hasta hoy han sido considerables las reivindicaciones. A pesar de todas esas luchas, la violencia de género sigue vigente en la sociedad, quizás porque más allá de la globalización, las telecomunicaciones y la cibernética, se mantiene en el imaginario femenino, la creencia de que somos débiles o somos minoría, como dijo De Beauvoir, las mujeres

carecen de los medios para congregarse en una unidad que se afirmarí­a al oponerse, porque viven dispersas entre los hombres, con lazos más estrechos hacia ellos que hacia las demás mujeres. El vínculo que une a la mujer con sus opresores no es comparable con ningún otro.¹⁰

Así pues, en la actualidad, vemos desde las instituciones un doble discurso al crear leyes, tratados, congresos sobre la protección a la mujer y su derecho a una vida en igualdad de condiciones y libre de violencia, pero en el día a día se ve, con más frecuencia de la esperada, cómo los delitos hacia las mujeres siguen banalizándose y quedando impunes. No obstante, no se pueden negar los logros obtenidos, y lo que se puede alcanzar a medida que la sociedad tome verdadera conciencia de esta realidad. Uno de los eslabones sociales que puede marcar la diferencia en la evolución de este problema es el constituido por los profesionales de la salud, específicamente los encargados de la atención primaria de salud, pues son ellos quienes interactúan con las víctimas y, si hacen una detección temprana y un correcto abordaje del problema, pueden proteger y prevenir lesiones más graves en la salud de estas mujeres.

Como referimos líneas arriba, la violencia contra la mujer ha sido catalogada en diversos tipos, existiendo clasificaciones más extensas que otras; sin embargo, para efectos del presente escrito hemos tomado la clasificación que hace Ruíz¹¹ quien describe tres tipos de violencia de género: física, sexual y psíquica o emocional.

- La física comprende cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer, tales como: bofetadas, golpes, palizas, heridas, fracturas, quemaduras.
- La sexual, ocurre siempre que se imponga a la mujer una relación sexual contra su voluntad.
- La psíquica comprende amenazas, humillaciones, insultos, intimidación, exigencia de obediencia, tratar de convencer a la víctima de que ella es culpable de cualquier problema, asustarla, vigilarla. Abuso verbal: (insultos, celos) Emocional: (Intimidación, asustar a la víctima) Económico: (Aislar a la víctima económicamente, retirándole el dinero y las tarjetas de crédito).¹¹ Todos estos tipos de violencia pueden llegar a tener consecuencias graves en mayor o menor grado.

Por otra parte, los tipos de violencia no son aislados, al contrario, en muchos de los casos la mujer

es víctima de los tres tipos de violencia y, lo que es peor, muchas veces puede pensar que eso que le pasa es "normal" y que le pasa "porque se lo merece"; o puede estar consciente de que está siendo víctima de violencia pero decide callar por miedo a su agresor o a la censura de su entorno.

La situación se agrava cuando el hecho se repite y las agresiones van siendo más intensas cada vez; lo que se conoce como el ciclo de la violencia, constituido por la fase de tensión que se caracteriza por ira, provocación, celos; pone de manifiesto la agresividad latente frente a la mujer y algunas conductas de agresión verbal y/o física de carácter leve y aislada, con un grado creciente de tensión. La fase de agresión aguda implica una descarga sin control de las tensiones acumuladas (abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e incluso, uso de armas) y el ciclo cierra con la fase de reconciliación en la que el abusador puede negar los actos de violencia, pedir perdón y prometer que nunca más repetirá tales acciones con aparente actitud de arrepentimiento. Este ciclo se repite en cada uno de los distintos tipos de violencia; no obstante, es más evidente en las formas de violencia donde se encuentran las relaciones asimétricas de poder.¹²

En la fase de agresión aguda la mayoría de las mujeres no buscan ayuda a menos que, las lesiones sean tan graves que necesiten atención inmediata, es para estos momentos que el personal de la salud debe estar capacitado tanto en la detección de los síntomas de violencia de género como en el correcto abordaje de la víctima, así como también seguir inmediatamente el procedimiento de consignación de la denuncia obligatoria del caso. No se trata solo de curar las lesiones sino de proceder adecuadamente para la prevención de las secuelas psicológicas, entre otras.

¿Hasta qué punto el personal de salud afronta estas situaciones según los protocolos establecidos?, ¿con qué frecuencia y de qué manera la Institución de Salud que los rige se encarga de capacitarlos? ¿Qué conocimientos proveen las instituciones universitarias formadoras de este personal? ¿Todo ese marco conceptual y legal que mundialmente defiende y protege a la mujer ante la violencia, realmente se aplica en los centros de atención primaria de salud en Venezuela?

Según la Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres,¹³ la Ley debe exigir que los proveedores de servicios sociales, los trabajadores de la salud y los educadores reciban formación sobre las disposiciones legales relativas a la violencia contra la mujer, especialmente las

relacionadas con sus funciones y con buenas prácticas para apoyar a las víctimas y sus familias y exigir responsabilidades a los agresores. En este mismo artículo se presentan cuatro enlaces que ofrecen recursos para la formación del personal de salud en este tema:

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "Un enfoque práctico de la violencia de género".

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), "Violencia por motivos de género: Recopilación y reseña de materiales existentes para la formación de los trabajadores de la salud" es un compendio de módulos de formación de organizaciones de todo el mundo.

- Federación Internacional de Planificación de la Familia, "Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo".^{13,14} Es un manual muy completo con herramientas prácticas para el personal de salud como guía de observación de la clínica, protocolo para evaluación cualitativa, cuestionario de salida para usuarias, entre otras.

- El Centro Mundial de Recursos Humanos para la Salud. Permite consultar más recursos sobre el tema.¹³

En lo referente a Venezuela, en los últimos años se han fortalecido los estamentos legales para la reivindicación de la mujer y su protección ante situaciones de violencia de género, lo vemos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en sus artículos 75,76 y 77; en la promulgación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia; en el Plan de la Patria 2013-2019, en su II Objetivo Histórico, sección 2.2.1.23 que establece consolidar la equidad de género con valores socialistas.

Con respecto a los servicios de salud, en el año 2003 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, presento la Norma Oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva,¹⁵ que contiene los lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva; el reglamento técnico administrativo para la promoción y desarrollo integral de la salud sexual y reproductiva y el manual de procedimientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. En teoría, todo profesional de la salud, de instituciones públicas y privadas, debe tener conocimiento sobre la aplicación de estas normas.

De la misma manera, el Artículo 35 de la Ley

Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia establece que la víctima, antes o después de formular la denuncia, podrá acudir a una institución pública o privada de salud, para que el médico o la médica efectúen el diagnóstico, y dejen constancia a través de un Informe, sobre las características de la lesión, el tiempo de curación y la inhabilitación que ella cause. En el procedimiento especial de violencia de género y a los fines de evitar la desaparición de las evidencias físicas, este informe médico tendrá el mismo valor probatorio que el examen forense.³

¿Y en la práctica?

En Venezuela Faneite, Feo y Toro¹⁶ en una investigación sobre Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud, en una muestra de 500 personas pertenecientes al equipo de salud de diferentes centros hospitalarios, reportaron que 87% conoce la existencia de una Ley que protege a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia; 45,7% de ellos identificó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y 89,2% conoce el término violencia obstétrica, señalando en 82,4% como ejecutor cualquier personal de salud; 63,6% ha presenciado maltrato a una embarazada; de estos, 42,8% resultó ser por parte del médico y 42,5% por enfermería. En 94,6% no existen los medios para la atención del parto vertical, y se emplea 54,4% consentimiento informado. Respecto a mecanismos de denuncia 72,6% desconoce los mismos y 71,8% desconoce los organismos encargados de prestar ayuda. Un 5,4% ha realizado denuncias por violencia de las cuales 7,4% han sido de violencia obstétrica

Por otra parte, Baró, Mariño y Avalos en Cuba, en un estudio sobre "Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género", con una muestra de 20 profesionales (médicos y enfermeras) reportaron que 55% evidencia el desconocimiento por parte del personal sobre el tipo de atención que puede ofrecer a un individuo o familia víctima, o con riesgo de ser violentado. Sobre el desconocimiento del curso que debe seguir el proceso de atención a las víctimas de violencia, 65% lo desconoce, mientras que 15% considera que la atención debe iniciarse en el cuerpo de guardia del centro. Concluyen que la preparación de los médicos y enfermeras de los equipos de atención primaria de salud sobre violencia doméstica es deficitaria, en las dimensiones cognitivas y procedimentales, y con pocas debilidades en la dimensión axiológica, ya que estos se identifican con la existencia y grado de afectación de esta problemática y su impacto sobre la salud de la población, pero también reconocen la necesidad de

capacitación al respecto para pacientes y para el personal que los asiste.¹⁷

De Ferrantes, Santos y Vieira¹⁸ en una investigación sobre "Violencia contra las mujeres: las percepciones de los médicos de las unidades de atención primaria en la ciudad de Ribeirao Preto, Sao Paulo", reportan a través de una entrevista a 14 médicos ginecólogos-obstétricas y médicos generales, que los médicos no se sienten preparados para abordar el tema, lo enfrentan con mucho prejuicio de clase social y género, transfiriendo la responsabilidad por eventuales fallas a otros servicios.

Así mismo, Coll, Echeverría, Farrás, Rodríguez, Millá y Santiña¹⁹ en una muestra de 287 profesionales encuestados en Barcelona, España frente al fenómeno de la violencia doméstica, encontraron que 87,1% consideraron la violencia doméstica como un problema importante, pero no un problema de salud, 60% consideró que puede tener un papel relevante en la detección de esta situación y en general, valoran como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes.

Rodríguez, Márquez y Kageyama²⁰ en un estudio sobre "Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua", con una muestra de 213 funcionarios del Ministerio de Salud reportando como resultados que 76,06% demostro actitud de rechazo hacia la VG, teniendo entre los factores asociados; la profesión médica; los niveles de conocimiento sobre las normas de atención y la cercanía de familiares o amigos que han sido víctimas de violencia. La escasa capacitación sobre el tema (59.9%), el temor a involucrarse en asuntos legales (52.6%) y el carácter privado de la violencia (50.7%) constituyen las barreras más importantes para la identificación y la referencia de las víctimas.

Los estudios que se han mencionado coinciden en que un alto porcentaje de los profesionales manifiesta no estar capacitado o tener poca formación para abordar los casos de violencia de género, también resalta como factor común el miedo a involucrarse en este tipo de problemas. Es importante destacar que, siendo institucionalmente considerada la violencia de género un problema de salud pública a nivel mundial, muchos de los profesionales encuestados y/o entrevistados manifiestan que es un problema para otras instancias o incluso que son problemas "privados".

Por otra parte, es significativo destacar que la investigación más reciente, sobre este punto específico,

desarrollada en Venezuela se centre en médicos especialistas mientras que el resto de los trabajos aquí mencionados, realizados en Nicaragua, Cuba, Brasil, España, se enfocan en el médico General o de Atención Primaria. Lo que es muy lógico dado que son ellos los que, en la mayoría de los casos, tienen el primer contacto con la paciente víctima de maltrato.

Es fundamental reflexionar sobre el doble discurso de las instituciones encargadas de la capacitación del personal de salud en este tema no solo en Venezuela sino en Latinoamérica y el mundo. Los instrumentos para formar el personal están disponibles. Los manuales, los formatos, las leyes... Pero ¿quién coordina? ¿Quién verifica que se cumplan las normas y los procedimientos ante estos casos?.

La mayoría de los médicos que atienden estos casos en las emergencias de los hospitales públicos, en la red ambulatoria pública (Ambulatorios rurales y urbanos) o en los centros de atención primaria de salud son profesionales con poco tiempo de graduados. ¿Cómo es que no conocen el procedimiento? ¿Cómo es que no traen desde la academia la inquietud sobre esa problemática, establecida mundialmente como problema de salud pública? ¿Qué papel están jugando las universidades encargadas de formar al personal de salud en la solución de esta gran problemática?.

En este sentido cabe destacar el planteamiento de Briceño²¹ al referir que en el proceso educativo de las universidades venezolanas lo importante es que sean más los avances que lo retrocesos. Indica también que se deben desarrollar valores como la búsqueda de la calidad, la participación en el debate social, flexibilidad en las decisiones y espíritu crítico, siendo todos estos aspectos de mucha importancia al momento de formar a los futuros médicos, la forma apropiada de abordar una problemática como la violencia de género.

En una revisión del pensum de la carrera de Medicina de cuatro universidades de Venezuela, y tomando como base la etimología de sus nombres, se tomaron algunas asignaturas que podrían ser medio para formar en lo referente a Violencia de Género:

Universidad de Carabobo:

Práctica Médica I; Práctica Médica II; Medicina Preventiva y Social I; Medicina Preventiva y Social II; Psicopatología; Medicina Legal; Educación Sexual; Medicina Comunitaria.²²

Universidad Central de Venezuela:

Salud Pública I; Salud Pública II; Psiquiatría I; Salud Pública III; Psiquiatría II; Salud Pública IV; Psiquiatría III; Salud Pública V; Psiquiatría IV ; Medicina Legal ; Salud Pública VI.²³

Universidad Francisco de Miranda:

Trabajo Comunitario I; Trabajo Comunitario II; Trabajo Comunitario III; Trabajo Comunitario IV; Trabajo Comunitario V; Trabajo Comunitario VI; Práctica Médica I; Práctica Médica II; Práctica Médica III; Práctica Médica IV; Práctica Médica V; Práctica Médica VI; Práctica Médica Integral.²⁴

Universidad Bolivariana de Venezuela:

Educando En Ciudadanía; Proyecto Comunitario I; Introducción a la Atención Primaria de Salud; Procederes Básicos en la Atención Primaria de Salud (APS); Salud Comunitaria y Familiar I; Proyecto Comunitario II; Salud Comunitaria y Familiar II; Psicología Médica; Proyecto Comunitario III; Salud Comunitaria y Familiar III; Psiquiatría; Atención Integral a la Mujer y a la Embarazada; Atención Integral a la Familia y a la Comunidad.²⁵

Al ver esta larga lista de asignaturas enfocadas en el bienestar social es inevitable que surjan preguntas acerca de la efectividad de dichos programas de estudio y su concordancia con la realidad social del país; así mismo sobre el nivel de compromiso de los docentes hacia la violencia hacia la mujer como problema de salud pública.

REFLEXIÓN FINAL

La mujer no se atreve a denunciar porque en su interior está convencida de que no va a ser escuchada, inclusive ella misma no se escucha, ella misma se engaña, ella misma se culpa... Lamentablemente, en la mayoría de los casos no es escuchada. No obstante, a esta mujer la podemos ayudar, no solo con educación preventiva también con apoyo oportuno y mancomunado de las instituciones de apoyo social, de seguridad ciudadana, y de salud preventiva y curativa. Es en estos dos últimos aspectos que el papel del profesional de la salud toma relevancia.

En Venezuela, se puede observar muy buena formación del personal de salud desde el aspecto científico curativo y biologicista, pero deficiente en lo social y preventivo. El personal que atiende en las emergencias de hospitales o en centros de atención

primaria está capacitado para curar lo inmediato (la contusión, la fractura, la hemorragia, el pánico) y en muchas partes del mundo para diagnosticar y proceder acertadamente ante diferentes tipos de enfermedades; no obstante, tiene notables debilidades en su habilidad para detectar y abordar los casos de violencia de género. Muchos actúan por intuición, así mismo muchos atienden estos casos reiteradas veces, curan exitosamente las lesiones pero no llegan a identificarlos.

Es imperativo y urgente que esta realidad cambie. Las Instituciones responsables deben enfatizar más en la capacitación de este personal en lo referente a violencia de género, ya que es evidente que han restado importancia a esta realidad quizás por las prioridades de quienes dirigen las instituciones. Y si estas personas no creen en la gravedad de esta realidad, de nada valen las leyes, los protocolos mundiales, los manuales.

Ahora bien, la responsabilidad no es solo de las Instituciones de salud. Es preocupante el alto grado de desinformación del personal de salud sobre el tema de violencia contra la mujer; esto evidencia el mínimo o quizás inexistente abordaje de este gran problema de salud pública en las universidades venezolanas. Se percibe entonces que es importante formar a los estudiantes de pregrado en la detección y abordaje del Dengue, en las enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades cerebrovasculares, pero aparentemente no lo es tanto formarlos en la detección y abordaje de la violencia de género, a pesar de ser tan actual y de haber sido considerada problema de salud pública por los mismos organismos mundiales que catalogaron las enfermedades mencionadas anteriormente. Nuestras instituciones universitarias están dirigidas por personas con convicciones y creencias que siempre serán protagonistas al momento de tomar decisiones, como el cambio de programas o inclusión de nuevos paradigmas. La consecuencia la vemos en los altos números de casos fatales por violencia de género, muchos de los cuales pudieron ser evitados con una detección temprana y/o un correcto abordaje.

Así como son personas las que gestionan las instituciones de salud, personas estas que en su mayoría crecieron bajo costumbres machistas y que ante los casos anteponen sus responsabilidad a sus costumbres y tratan de dar la importancia que tiene esta problemática, se topan con ese halo de desacuerdo e incluso a veces de burla a su alrededor que puede hacerlos dudar en dedicar recursos en formar al personal en este tema o usar la totalidad de los recursos en campañas para la prevención del dengue, por ejemplo... es una situación compleja... Por esta razón, quienes deben verificar que

se cumplan los procedimientos establecidos y se confiera a la violencia contra las mujeres la verdadera connotación de problema mundial de salud pública son los ciudadanos; la comunidad organizada debe preparar planes de concienciación a los profesionales de salud, los consejos comunales, las ONG pueden ser parte del cambio a través de la contraloría social que hace tanta falta en el sector salud.

Por otra parte, aunque sea inconcebible que un médico no maneje las normas y procedimientos para el abordaje de este tipo de violencia, la mayoría de las

investigaciones realizadas así lo confirmaron. Por esta razón el llamado debe ser a los docentes universitarios, que sensibilizados con esta realidad, ayuden a promover la inclusión de esta temática en las diferentes asignaturas relacionadas con la salud pública y el desarrollo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Naciones Unidas - Derechos Humanos - Oficina del Alto Comisionado. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, diciembre de 1993. [2015]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>.
- 2) Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. 6ta ed. Dirección de comunicación e imagen institucional. [2015]. Disponible en: <http://www.minmujer.gob.ve/?q=descargas/leyes/ley-organica-sobre-el-derechos-de-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia>.
- 3) Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Reforma de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Gaceta Oficial No. 40.548 de fecha 25 de noviembre de 2014. [2015]. Disponible en: <http://www.minmujer.gob.ve/?q=descargas/leyes/gaceta-oficial-reforma-ley-org%C3%A1nica-sobre-el-derecho-la-mujer-una-vida-libre-de-violencia>.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la Mujer, Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva Nro. 239. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.
- 5) Gobierno de España. Portal Estadístico del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014) <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>.
- 6) Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. (2013). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425&Itemid.
- 7) Herrera E. Violencia doméstica en Venezuela...un problema en crecimiento. Diario Crítico de Venezuela. (2012). [En línea]. Disponible en: <http://venezuela.diariocritico.com/opinion/violencia-domestica-venezuela/401810>.
- 8) Carrión F. El género de la violencia de género. Ciudad Segura. [Publicación en línea]. Flacso-Ecuador; 2006. [citado 15 mayo 2015]; 9: 1. Disponible en: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2534/3/BFLACSO-CS9-01-Carrion.pdf>.
- 9) De Gouges O. Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana (1791). Culturamas. [En línea]; 2012 [citado 15 mayo 2015]; [Aprox 3 p.]. Disponible en: <http://www.culturamas.es/blog/2012/09/07/declaracion-de-los-derechos-de-la-mujer-y-de-la-ciudadana-1791-por-olympie-de-gouges/>.
- 10) De Beauvoir S. El segundo sexo I: los hechos y los mitos. [Libro en línea]; 1949. [citado 28 mayo 2015]. Disponible en: <http://users.dsic.upv.es/~pperis/El%20segundo%20sexo.pdf>.
- 11) Ruíz I. Violencia contra la mujer y salud. Programa de formación de formadores en perspectiva de género en salud. [Documento en línea]; 2002. Escuela Andaluza de Salud Pública. [Citado 28 mayo 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf.
- 12) Aliaga P, Ahumada, S y Marfull M. Violencia hacia la mujer: Un problema de todos. Rev chil obstet ginecol. [En línea]; 2003 [citado 25 mayo 2015]; 68 (1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000100015#7.
- 13) Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. (2012). Formación. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/151-formacion.html>.
- 14) Bott S, Guedes A, Claramunt M, Guezmes A. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. (2010). Disponible en: https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/GBV_cdbookletANDmanual_SP_FA_FINAL.pdf.
- 15) Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. (2003). Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documentos/ssr_norma_Inicio.pdf.

- 16) Faneite J, Feo A y Toro J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012 [citado 25 mayo 2015]; 72(1). Caracas. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322012000100002&script=sci_arttext.
- 17) Baró Jiménez V, Mariño E y Ávalos M. Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [En línea]; 2011 [citado 15 mayo 2015]; 27(2): 34-39.
- 18) De Ferrante F, Santos M, y Vieira E. Violencia contra las mujeres: las percepciones de los médicos de las unidades de atención primaria en la ciudad de Ribeirao Preto, Sao Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2009; 13(31):287-99.
- 19) Coll B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Millá J y Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. [En línea]; 2008 [citado 9 junio 2015]; 22(1). Barcelona. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000100002&script=sci_arttext.
- 20) Rodríguez R, Márquez M y Kageyama M. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública Méx*. [En línea]; 2005 [citado 9 junio 2015]; 47(2). Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000134>.
- 21) Briceño J. Reflexiones sobre la educación superior en Venezuela. *Comunidad y Salud*. [En línea]; 2014 [citado 9 junio 2015]; 12(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000100010.
- 22) Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud-UC. Pensum y Régimen de prelações de la carrera de medicina. [En línea]; 2012 [citado 9 junio 2015]; [Aprox 2 p.]. Disponible en: <http://fcs.uc.edu.ve/DAE/pensum/pensummed.html>.
- 23) Universidad Central de Venezuela. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Plan de Estudios. [En línea]; 2007 [citado 9 junio 2015]; [Aprox 3 p.]. Disponible en: <http://www.curricular.info/carreras/pensum/Razetti.pdf>.
- 24) Universidad Francisco de Miranda. Programa Medicina. [En línea]; [citado 12 junio 2015]; [Aprox 3 p.]. Disponible en: <http://unefm.edu.ve/web/estudiantes.php?&ancho=1366&alto=768>.
- 25) Universidad Bolivariana de Venezuela. Pensum Medicina Integral Comunitaria. [En línea]; 2010 [citado 12 junio 2015]; [Aprox 3 p.]. Disponible en: <http://guerrillamedica.blogspot.es/1275009266/nuestro-pensum-mic/>.

LENGUAJE NO SEXISTA. UNA APUESTA POR LA VISIBILIZACION DE LAS MUJERES.

NON- SEXIST LANGUAGE. A COMMITMENT TO VISIBILITY OF WOMEN.

María Cristina González M.¹; Yamile Delgado de Smith²

ABSTRACT

The essay is around an issue that has generated controversy, demonstrating once more sexist attitudes. There are many criticisms which try to disqualify the need of being named. We remember that of what is not named does not exist, a reason to be committed on the visibility of women through a non -sexist language. The trial opens with a series of reflections on linguistic sexism, differentiating three levels: lexicon level, which refers to the meaning of words through their use. The morphological level related to marks which are grammatical gender distinctions in each word. Finally, the syntactic level, which is the use of plural or singular form regardless sex gender. In the morphological level, there is an obvious absence of female forms, primarily in documents. There is a great confusion between sex and grammatical gender. Sex is a biological trait; the grammatical gender is a trait inherent to certain types of words that are used to classify nouns in masculine and feminine genders; and in case of adjectives, to establish their consistency. The task of community speakers is to adapt linguistic applications to reality which requires equal treatment between men and women. Addressing sexist language, it is necessary to break with a series of stereotypes, correcting the focus of discourse, naming correctly, using non-discriminatory images. Finally, some ideas to address the linguistic sexism are given.

KEY WORDS: Sexism, gender, language, visibilización.

RESUMEN

El ensayo que se presenta a la consideración gira en torno a un tema que ha generado controversias evidenciándose una vez más las posturas sexistas que persisten a pesar de las recomendaciones de la Unesco en torno al lenguaje no sexista. Muchas son las críticas que tratan de descalificar la necesidad de ser nombradas. Recordamos que lo que no se nombra no existe, razón suficiente para apostar por la visibilización de las mujeres a través de un lenguaje no sexista. El ensayo se apertura con una serie de reflexiones en torno al sexismo lingüístico diferenciándose tres grandes niveles: nivel léxico el cual se refiere al significado de las palabras a través de su uso. El nivel morfológico se relaciona con las marcas que reciben las distinciones de género gramatical en cada palabra. Finalmente, el nivel sintáctico referido al uso de formas plurales o singulares sin distinguir su sexo. A nivel morfológico hay una evidente ausencia de formas femeninas sobre todo en los oficios. Hay una gran confusión entre sexo y género gramatical. El sexo es un rasgo biológico, el género gramatical es un rasgo inherente a determinados tipos de palabras que sirven para clasificar los sustantivos en masculino y en femenino y en caso de los adjetivos para establecer su concordancia. Es tarea de la comunidad de hablantes adecuar los usos lingüísticos a la realidad donde se exige un trato igualitario entre hombres y mujeres. Para enfrentar el lenguaje sexista se hace necesario romper con toda una serie de estereotipos, corregir el enfoque del discurso, nombrar correctamente utilizando imágenes no discriminatorias. Finalmente se dan algunas ideas para enfrentar el sexismo lingüístico.

PALABRAS CLAVE: Sexismo lingüístico, género, visibilización.

INTRODUCCIÓN: Hacia un lenguaje no sexista

Uno de los retos del siglo XXI, ha sido el de reducir las brechas de inequidad por razones de sexo, donde el lenguaje ocupa un lugar central en la profundización del sexismo. La lengua nos permite

expresar nuestras ideas, nuestros pensamientos, nuestra forma de ver y estar en el mundo. Es el fiel reflejo de la cultura. Indudablemente, es una herramienta de comunicación vehiculizando toda una serie de representaciones simbólicas donde las mujeres hemos permanecido invisibles y heterodesignadas.

Que es el sexismo lingüístico? Es un fenómeno social que comienza a estudiarse en la década de los años 70. Discusión que ha tomado los escenarios feministas donde se discuten las desigualdades de género. El sexismo no radica en la lengua sino en el uso que se hace de ella. En una valla publicitaria que tuvo mucho éxito en Venezuela se promocionaba una bebida donde se declaraba: los hombres maduran las mujeres se ponen viejas. Estamos saturados de mensajes de este

Recibido: Febrero, 2016 Aprobado: Mayo, 2016

¹Departamento Salud Pública Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.- Núcleo Aragua. Maracay, Venezuela.

²Escuela de Relaciones Industriales. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

Correspondencia: mariacegonzalez60@gmail.com

tipo en slogans, canciones, refranes, spots publicitarios donde se ridiculiza a la mujer con una fuerte carga sexista.

Los usuarios del lenguaje son los que le dan sentido a su uso, existiendo una estrecha relación entre lenguaje y poder, se evidencia una gran confusión entre sexo y género gramatical. El sexo es un rasgo biológico, el género gramatical un rasgo inherente a determinados tipos de palabras que sirven para clasificar los sustantivos en masculino y en femenino y en caso de los adjetivos para establecer su concordancia.

Analizar lenguaje y sexismo precisa diferenciar tres grandes niveles: nivel léxico el cual se refiere al significado de las palabras a través de su uso. El nivel morfológico se relaciona con las marcas que reciben las distinciones de género gramatical en cada palabra, y finalmente el nivel sintáctico que hace referencia al uso de formas plurales o singulares sin distinguir su sexo.

A nivel morfológico hay una evidente ausencia de formas femeninas sobre todo cuando se trata de los oficios. Ejemplo: el abogado-el médico, el profesor, universales genéricos que invisibilizan a la mujer. Sin lugar a dudas, a nivel sintáctico la gramática española es sexista. La gramática es un sistema formal donde se combinan elementos mediante una serie de reglas complejas que no reflejan la cultura de la sociedad que habla una lengua. El lenguaje sexista se perpetúa a través de diversos caminos y una de las construcciones culturales de mayor visibilidad entre hombres y mujeres.

Los usos lingüísticos androcéntricos y sexistas provienen de toda una serie de prescripciones culturales del sistema de género, de la transmisión de estereotipos pero no de la estructura de la lengua. Es tarea de la comunidad de hablantes adecuar los usos lingüísticos a la realidad donde se exige un trato igualitario entre hombres y mujeres. Para enfrentar el lenguaje sexista se hace necesario romper con toda una serie de estereotipos, corregir el enfoque del discurso, nombrar correctamente utilizando imágenes no discriminatorias.¹

El español es una lengua de género es decir que suele marcar el sustantivo y las palabras que se relacionan con el adjetivo, artículos, pronombres en terminaciones que indican si se trata de una palabra femenina o masculina, a esto se le llama flexión de género.

La utilización del concepto discurso nos posibilita poner sobre el tapete el uso de la lengua en su dimensión social, espacio donde el lenguaje se utiliza como instrumento de interacción, es decir; el discurso sería la dimensión social del lenguaje y ello nos permite construir

una representación social. Por ello hablamos de sexismo social en el discurso cuando un texto transmite contenidos discriminatorio contra las mujeres, cuando un texto invisibiliza a las mujeres. El sexismo es un fenómeno social un tipo de comportamiento que se manifiesta a través del lenguaje. Un discurso es sexista simple y llanamente cuando la sociedad de la que forma parte y a la que se dirige lo es.

La visión androcéntrica del mundo es responsable de nuestras construcciones simbólicas sobre los hombres y las mujeres. La lengua refleja relaciones de poder que se dan en una sociedad. Los mecanismos de poder se utilizan para invisibilizar, ocultar la realidad, favorecer o desfavorecer. Uno de los objetivos del lenguaje y sus manifestaciones discursivas es crear representaciones sociales para interpretar el mundo. El discurso es un instrumento de primer orden para vehicular la transmisión del conocimiento social.

La lengua es un sistema directamente relacionado con los contextos de uso. Los y las hablantes eligen en cada enunciado y en cada contexto que palabras y que estructuras son las más adecuadas para expresar sus intenciones. Un primer paso para abordar el sexismo lingüístico y social es tomar conciencia de lo que de forma inconsciente decimos, de las elecciones que hacemos y todo ello va cargado de unos significados y de unos estereotipos. Si el lenguaje no me nombra, definitivamente no existo. Así el lenguaje a través de sus manifestaciones discursivas, tiene una poderosa influencia en la transmisión de ideología; intervenirlo es fundamental para el logro de la equidad de género. El reto radica en romper la mirada androcéntrica modificando estructuras y expresiones para visibilizar a las mujeres.

El lenguaje es el resultado de necesidades y voluntades colectivas. Las mujeres somos la mitad de la población del planeta y como tal, debemos ser nombradas en los discursos a través de la elección de términos y expresiones lingüísticas con toda la diversidad de opciones que nos ofrece la lengua.

En el uso del lenguaje uno de los motivos más habituales por el que las mujeres se hacen invisibles es la confusión que existe entre género gramatical y el sexo de las personas. Sabemos que todos los sustantivos tienen género gramatical femenino o masculino: la casa, el perro.

El género gramatical no tiene nada que ver con el sexo de las personas. Lo que ha ocurrido es la

utilización del masculino como forma gramatical genérica tanto en singular como en plural para hacer referencia a hombres invisibilizándose al otro sexo. A esto se le conoce como discriminación lingüística. La lengua nos ofrece toda una variada gama de opciones y estrategias lingüísticas gramaticalmente correctas para hacer visible de forma expresa tanto a mujeres como a los hombres en el discurso. Para saber si un enunciado tiene o no un uso sexista le podemos aplicar la regla de inversión. Esta consiste en cambiar las palabras masculinas por su correspondiente femenino o viceversa: Ejemplo: **los alumnos del último año de enfermería deben pasar por la dirección a retirar sus credenciales (lenguaje sexista)**. En este ejemplo aplicamos la regla de inversión y diríamos: los alumnos y las alumnas del último año de enfermería deben pasar por la dirección a retirar sus credenciales.

Para construir un lenguaje igualitario hay que tratar por igual a los dos sexos y evitar usos estereotipados que ponen de manifiesto la desigualdad. **La nueva ministra de salud pública, es una mujer muy elegante y bonita**. En este ejemplo, podemos ver claramente el trato poco igualitario resaltándose únicamente aspectos banales y dejándose en vacío aspectos de su formación.

Con el surgimiento de los estudios de género, se plantea la cuestión de cuál es el papel que las mujeres han tenido a lo largo del proceso socio histórico y se comienza a visibilizar las inequidades de género convirtiéndose en una categoría muy útil para el análisis. Las mujeres históricamente no han tenido un discurso que legitime sus acciones por lo que su existencia como agentes sociales quedo en vacío. Las mujeres no han sido nombradas han sido heterodesignadas. Estar en el discurso, hace posible a las mujeres asumir una auténtica presencia que trasmite y consolida el lugar que merece. Tenemos que tomar conciencia sobre las debilidades del discurso en lo que se refiere a los usos igualitarios del lenguaje y plantear propuestas que nos ayuden a elaborar discursos más inclusivos. El principio de igualdad debe impregnar todos los espacios de la vida societal.

Se hace necesario poner atención entre el uso del lenguaje y la representación de género como reflejo de un tema que trasciende lo meramente lingüístico en la representación de la mujer en espacios discursivos de amplia difusión social. La representación lingüística de la realidad compromete la ética del discurso como forma de interacción social y por lo tanto, se hace necesario delimitar las estrategias discursivas empleadas para no difundir estereotipos de género. Se debe afrontar en

forma crítica la relevancia de la lengua en la construcción discursiva del género sin olvidar que su textualización debe estar supeditada a condiciones y principios contextuales y a situaciones de comunicación. Por ello, nombrar en masculino no es neutral.

Simone de Beauvoir,² en su libro el segundo sexo plantea que las características humanas consideradas femeninas, son construcciones sociales y no propias de su sexo.

En la década de los 70 las feministas anglosajonas incorporan la categoría de género y es quien se aproxima a la idea de la diferencia entre sexo y género. El sexo lleva la marca de la biología y el género la marca de la cultura.³

El movimiento feminista puede decirse sin lugar a equivocarnos quien impulsa el concepto de género, su objetivo fue demostrar que las características consideradas femeninas no nacen con las mujeres sino que son adquiridas individual y socialmente. El sistema de género es la construcción cultural de la diferencia sexual.

Este desequilibrio a favor de los hombres en detrimento de las mujeres abarca todos los espacios de la vida societal incluyendo las tecnologías de la información y la comunicación. Con los estereotipos se hace publicidad y se refuerza la misoginia. La imagen ya no es un simple elemento decorativo, es una fuente de transmisión de información ideológica.

Los estereotipos de género son generalizaciones los cuales son responsables de la separación público-privado ejemplo: las mujeres son así porque les dimos una costilla. Discurso desplegado en una valla publicitaria donde queda bien clara nuestra condición histórica de seres defectivos, dependientes e inferiores. Sin lugar a dudas, uno de los sitios donde el lenguaje visual tiene mayor repercusión es en la publicidad. La publicidad refuerza los estereotipos sexistas y las relaciones de género en el mundo simbólico se construyen en el espacio de la comunicación.

Hemos señalado que la imagen de la mujer debe hacerse visible pero no se trata de hacerla visible sino de hacerlo adecuadamente. Lograr la equidad de género pasa por modificar el lenguaje que usamos.⁴ Pensamos con palabras, conceptualizamos, imaginamos mediante lenguaje verbal, gestual, visual. Nuestra identidad se construye mediante el nombre que la sociedad nos asigna. El poder es bien consciente de la fuerza del lenguaje en la construcción de nuestras

representaciones, por ello; no hay neutralidad en su uso. La enseñanza aprendizaje de la lengua es un proceso mediante el cual las mujeres aprendemos a no ser nombradas y a asumir nuestra ausencia como algo normal y natural. El lenguaje es androcéntrico y se basa en una regla: toda persona es del género masculino a no ser que se especifique lo contrario. En tanto tal, las mujeres quedan borradas de la lengua. La realidad androcéntrica se impone en cierto modo durante el proceso de adquisición de la lengua durante la niñez a través de los mecanismos de uso del masculino genérico. El masculino genérico ocupa todo el espacio semántico dejando poco o ningún sitio a lo femenino.⁵

En el diccionario ideológico feminista se señala que el sexismo abarca todos los ámbitos de la vida y las relaciones humanas y el lenguaje es un buen ejemplo de ello.⁶ Se habla de un sexismo lingüístico como uso discriminatorio del lenguaje. Se señala que el sexismo social hace referencia a lo que se dice y no a como se dice. El sexismo lingüístico, se combate con reglas de inversión. La lengua española cuenta para evitar el sexismo lingüístico con recursos morfo sintácticos y léxico semánticos que deben utilizarse para enfrentarlo.

Recursos morfo sintácticos como pronombres sin marca de género, omisión del sujeto alternancia del orden y la disposición de las palabras en la frase. Recursos Léxico semánticos, utilizando genéricos colectivos, nombres abstractos y desdoblamientos. Todo ello nos lleva a concluir que el sexismo no radica en la lengua sino en su uso "Los pronombres masculinos los cuales según la gramática patriarcal también incluyen a lo femenino en realidad no incluyen a la mujer sino todo lo contrario la desaparecen, lo masculino precede incluye y oculta lo femenino".⁷

La lengua es un producto cultural con un marcado carácter simbólico, son esquemas culturales compartidos subjetivamente con fuertes cargas ideológicas.⁸

Las ideologías son la base de la autoimagen, y controlan las actitudes compartidas socialmente.⁹ Precisa el autor que se hace imprescindible el análisis ideológico para comprender el sexismo lingüístico. El autor habla de una concepción ecológica de la lengua en términos de la relación entre los individuos y su entorno. Impronta mutua entre la cultura y la lengua en la construcción ideológica de los individuos conformando un marco cultural complejo.

Hablar del sexismo lingüístico obliga a echar mano de los estudios críticos del discurso. En esta línea de pensamiento se hace referencia a una estructura

polarizada dominante y de un triángulo que es necesario estudiar a fondo: mujer- lengua- ideología.⁹

En este orden de ideas, la lengua es un instrumento de poder y por lo tanto un asunto político que interesa especialmente a las mujeres. Es evidente la invisibilización de la mujer y su desaparición como sujetas del discurso. Todo conocimiento pasa a través del lenguaje y es allí donde pueden rastrearse las inequidades de género y la infravaloración de las mujeres. El lenguaje tiene que ser vehículo de concientización social.

Por otra parte, se señala que el sistema lingüístico se sustenta en sistemas simbólicos arraigados en el inconsciente profundo de la cultura, lo que deviene en una asimetría entre el hombre y la mujer.¹⁰ Buxo R., hace referencia al universal genérico arraigado en el inconsciente colectivo, uso androcéntrico de la gramática y connotaciones sociales diferenciales para ambos sexos. En otro orden de ideas se hace referencia a las representaciones sociales que rodean al discurso cuyo poder se ejercita en el uso de determinadas estructuras lingüísticas las cuales son manipuladas por los interlocutores. La gramática, para la autora es un proceso de sedimentación, rutinización, habituación que permite ritualizar ciertas asociaciones de forma y contenido.¹¹

Bosque¹² señala que el uso abarcador del género hombre es habitual en distintas lenguas lo que él denomina fosilización lingüística. Señala que las guías sobre sexismo en la lengua, que se han publicado en diferentes universidades e instituciones autónomas en España, deben ser redactadas por lingüistas ya que son quienes conocen la lengua y quienes pueden hacer un análisis serio y riguroso. Lo que ha traído serias críticas especialmente en los grupos feministas quienes señalan la exclusión y desvalorización del conocimiento. Miembro de la Real Academia Española (RAE), Bosque advierte que si bien es cierto que el uso del universal genérico masculino excluye, no se pueden forzar las estructuras lingüísticas. Pública en 2012 el informe "Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer" señalando que se han cometido demasiados desafueros.

Como podemos observar, género y lenguaje es un campo interdisciplinario donde convergen la psicología, la sociología, la antropología, la educación la literatura, la comunicación y por supuesto los estudios específicos de las mujeres. Todo acontecimiento pasa obligatoriamente por el lenguaje y es a través del lenguaje, como visibilizamos las inequidades de género con mayor claridad. Por supuesto que hay que tener

competencias sociolingüísticas para tener un mayor dominio de un lenguaje no sexista.

El lenguaje define y permea en la conciencia social el sesgo de género y por ende la condición subalterna de las mujeres. Las recomendaciones para enfrentar el sexismo lingüístico han generado posturas a favor y en contra evidenciándose un total desconocimiento de los cambios que se están dando para combatirlo.

Es necesario no olvidar las reglas gramaticales, la redacción del texto evitándose ambigüedades en la interpretación. Velar por la economía lingüística no introduciendo formas complejas, no alterar el significado del texto al utilizar las reglas de inversión, tener en cuenta la coherencia a lo largo del discurso, evitar redacciones extrañas o inaceptables desde el punto de vista gramatical valorando siempre el contexto.

En textos leyes o normativas es necesario utilizar desdoblamientos. No abusar del uso de la barra (/) ya que complica el texto y lo hace pesado. Se recomienda utilizarla en formularios e impresos. No usar @ ya que esta no es un signo ortográfico es imposible su oralización y contraviene la normativa de la lengua española. No es un signo lingüístico. Se recomienda no abusar de los desdoblamientos.

Existen vacíos léxicos cuando no hay una palabra referida al texto masculino o femenino que no tiene contrapartida para el sexo contrario por ejemplo: azafata, hombría, caballerosidad, misoginia, ninfa, etc.

La discusión sobre el lenguaje no sexista no parte precisamente de los miembros de la RAE, sino de los movimientos feministas quienes comienzan a realizar exigencias como una forma de denunciar la invisibilización de la mujer en el lenguaje.

Se hace necesario utilizar términos colectivos y abstractos para sustituir palabras marcadas sexualmente. Algunos ejemplos:

Empresa automotriz requiere personal femenino para labores de limpieza (lenguaje sexista).

Empresa automotriz requiere personal de limpieza para trabajar en la planta.

Eliminar el artículo masculino según el contexto ante sustantivos que valen para los dos géneros.

Los estudiantes matriculados en el curso de bio estadística tienen que pasar por la coordinación académica. (lenguaje sexista).

El estudiantado matriculado en el curso de bio estadística tiene que pasar por la coordinación académica.

Sustituir el, los, aquel, aquellos seguido del relativo: que, por quien, quienes, personas.

El que tenga el libro de biología pasar por mi oficina para la asesoría (lenguaje sexista).

Quien tenga el libro de biología, las personas que tengan..... Quienes tengan el libro.

Sustituir el masculino por el pronombre genérico:

El alumno que tenga cumplidas sus guardias en el ambulatorio pasar por la coordinación de pasantías. (Lenguaje sexista)

Se acudirá a la coordinación de pasantías solo aquellos estudiantes que tengan sus guardias cumplidas. Solo se acudirá a la coordinación de pasantías aquellos bachilleres que tengan sus guardias cumplidas.

El lenguaje debe ser gramaticalmente correcto no puede ponerse en peligro la unidad de la lengua.

Al estar nuestra sociedad construida sobre una estructura de carácter patriarcal, es inevitable que el lenguaje transmita y comunique tácticas patriarcales androcéntricas; es decir, la invisibilidad y la exclusión del género femenino. Las mujeres nos mimetizamos y hablamos de nosotras mismas en masculino, hemos aprendido a pensarnos como ausentes y lo que no es nombrado no existe Moreno.⁵

En la visión de Bravo,¹³ el lenguaje no es neutral, todo el discurso de la igualdad de género debe impregnar el lenguaje ya que no representa de manera igualitaria a hombres y a mujeres. Señala como en los textos se hace evidente el uso de un lenguaje masculinizante. En tanto tal, el lenguaje no es inocente ordena simbólicamente el mundo determinando nuestra percepción de la realidad. Si utilizamos un lenguaje invisibilizador de la mujer estamos propiciando la subordinación social.

A partir de la década de los 70, los movimientos feministas se han esforzado en poner de relieve el lenguaje sexista y han direccionado todos sus esfuerzos en lograr que el lenguaje contribuya a la igualdad de género. En todos los encuentros se han incorporado recomendaciones y medidas de acción positiva en relación al uso de un lenguaje no sexista.

El principio rector del lenguaje es que la comunicación sea efectiva. En este sentido, la UNESCO ha jugado un papel fundamental para evitar el sexismo en la lengua. En 1987 recomendó evitar el empleo de términos que refuerzan implícita o explícitamente a un solo sexo. En 1989 aprueba la resolución 109 donde se recomienda elaborar directrices sobre el empleo de un vocabulario que se refiera explícitamente a la mujer y se promueva en todos los estados miembros.¹⁴

En 1991 el Comité de Ministros del Consejo Europeo, aprueba una resolución demandando la eliminación del sexismo en el lenguaje recomendando emplear un lenguaje no sexista en textos jurídicos, en la administración pública, en los medios de comunicación y en la educación.

En el año 2000, la Comisión de Derechos de la Mujer de la Unión Europea, propone utilizar un lenguaje no sexista. En 2008 el Parlamento Europeo aprueba un informe sobre lenguaje no sexista en el trabajo. El androcentrismo lingüístico se expresa en el plano léxico a través del uso del masculino como genérico universal. Esto excluye a las mujeres invisibilizándolas e imponiendo al hombre como el ser humano universal por excelencia. Incurrimos en sexismo lingüístico cuando utilizamos un lenguaje que resulta discriminatorio para las mujeres. La persistencia de la masculinización del lenguaje es un indicativo del poder ideológico del sexismo. Tenemos que nombrar en masculino y en femenino siempre. Si queremos una sociedad más igualitaria debemos cuidar el lenguaje que utilizamos.

Para Encabo y López,¹⁵ lo que interesa es el enfoque pragmático comunicativo del estudio de la lengua, recordándonos su función instrumental.

Las diferencias en el comportamiento comunicativo agudizan las asimetrías. En la estructura del discurso encontramos una triple articulación: lo que decimos, como lo decimos y como lo convertimos en dinámica (kinesia).¹⁶ Poyatos, hace referencia al lenguaje no verbal el cual tiene un gran peso en la comunicación suministrando información relevante para interpretar diversas situaciones, un ejemplo de ello, lo vemos en la publicidad desplegada en los medios de comunicación. El lenguaje no verbal legitima espacios de poder siendo fuente de transmisión ideológica donde las mujeres están en desventaja (gestos, posturas, miradas).

La comunicación no verbal influye en la conformación de la identidad de género y en la estructuración de los estereotipos. El lenguaje sexista se perpetúa a través de diversos caminos siendo los

gestos, los refranes, la música, las imágenes unos poderosos mecanismos de exclusión y de inequidad de género.^{17,18}

Alario, Lledó, Vargas y Bengoechea,¹⁹ quienes investigan sobre el uso del lenguaje, señalan que la lengua es un cuerpo vivo en constante evolución. No sucediendo así con las llamadas lenguas muertas como el latín. La lengua cambia la realidad y su propia valoración. Estas autoras señalan que la falta de representación simbólica de las mujeres en la lengua, es un signo evidente de patriarcalismo simbólico y de un claro pensamiento androcéntrico. La diferencia sexual es la que nos obliga a utilizar el femenino y el masculino ya que hombres y mujeres tenemos el mismo derecho a existir. Citamos por ejemplo en España a partir de 1995, el Ministerio de Educación y Ciencia prescribe que los títulos académicos deben adecuarse tanto a la condición masculina como femenina. Las autoras son enfáticas al afirmar que un lenguaje no sexista no oculta, no subordina, no desvaloriza no excluye.

Lamentablemente seguimos en presencia de un lenguaje que discrimina y subordina una visión parcial del mundo considerando al genérico hombre como lo generador de todo lo hecho por la humanidad a lo largo de los siglos.²⁰ Estamos frente a una total apropiación del logos de las mujeres. Todo discurso que presente aspectos de la vida de las mujeres como una desviación a la norma es androcéntrico precisa la autora, como una de las tantas formas de violencia simbólica. Sexismo que menosprecia y desvaloriza a las mujeres. Sexismo misoginia y androcentrismo tienen que ver con la mente de quien habla más que con la estructura de la lengua. Igualmente destaca que el sexismo es patrimonio de la ideología y no de la lengua. Por otra parte, Moreno,⁵ es enfática al afirmar que la niña permanecerá toda su vida frente a una ambigüedad de expresión a la que terminara habituándose sabiendo que ocupa un lugar provisional en la lengua.

En 1973 se plantea por primera vez el lenguaje sexista. A partir de allí, se pueden observar dos líneas de investigación el enfoque de la diferencia y el enfoque de la dominación.

La primera línea de investigación estudia diferentes usos del lenguaje por parte de mujeres y hombres. El enfoque de la dominación, estudia el lenguaje como un medio más para la opresión de las mujeres. Los estudios se enmarcaron en esas dos vías hasta que Judith Butler²¹ en su obra el Género en disputa, publicado en la década de los 90, da paso a una nueva metodología de interpretación de la categoría de género.

El uso del lenguaje pasa a considerarse como una categoría más de las que intervienen en la construcción de género. Entendido aquí el género como pre formativo es decir, basado en la adecuada puesta en escena de sus comportamientos sociales asignados. Estos fueron puntos de partida para iniciar procesos de análisis y crítica del lenguaje sexista. A partir de allí, comienzan a generarse procesos de investigación y de reflexión en torno al tema. Para inicios de los 80 se publican las primeras guías para el uso de un lenguaje no sexista. España es uno de los primeros países pioneros en promover reformas no sexistas de la lengua, salen a la luz numerosas publicaciones sobre el uso más inclusivo de las mujeres en la lengua.

La década de los años 90 marca un hito en colocar sobre la palestra la necesidad de presionar a los miembros de la Real Academia Española (RAE), en torno al lenguaje sexista indicando la necesidad de visibilizar a la mujer en todos los espacios. En 2012 se da a conocer la publicación del informe "sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer" por Ignacio Bosque con el respaldo de la RAE. Este informe tuvo como premisa poner sobre el tapete un tema que no podía seguir postergándose: el uso discriminatorio de la lengua. La gran interrogante que surgió fue si realmente la lengua española es sexista. El informe ha recibido muchas críticas. Si algo hay que reconocerle es el asumir el sexismo lingüístico a través del uso del universal genérico hombre. Desde 2001 el Diccionario de la Real Academia de la Lengua ha venido insistiendo en el registro en masculino y femenino para nombrar cargos y actividades.

La UNESCO ha jugado un papel fundamental para enfrentar el sexismo lingüístico. Se mencionan algunas de sus resoluciones:

Resolución 14.1 de 1987 sobre el uso no sexista de la lengua.

Resolución 109 de 1980 donde se recomienda en la bibliografía colocar el nombre completo si es mujer u hombre el autor/a.

En el año 1990, uso de lenguaje no sexista del servicio de lengua y documentación de la Unesco.

En América Latina específicamente en República Dominicana se publica una guía para el uso no sexista del lenguaje del centro de investigación para la acción feminista.

En 1990 el Comité de Ministros del Consejo de Europa, establece la utilización de un lenguaje no sexista que tenga en cuenta la situación y el papel de la mujer en

la sociedad tal como ocurre con los hombres en la práctica lingüística actual.

De lo que se trata es hacer que la terminología ampliada en los textos jurídicos, la administración pública y la educación este en armonía con el principio de igualdad de sexos. Fomentar la utilización de un lenguaje libre de sexismo en los medios de comunicación.

La idea central es estar al día con los acuerdos suscritos en función de evitar la invisibilización de la mujer en el lenguaje. La RAE por ejemplo en 2014, publica en su 23 edición una lista de profesiones donde se hace uso de lenguaje no sexista.

Algunos procedimientos para evitar el uso inadecuado del masculino genérico

Usar dobles formas: masculino - femenino.

El niño, la niña.

El ingeniero, la ingeniera.

Sustitución de pronombres- uno por alguien, cualquiera, una persona. La humanidad, todo el mundo, todas las personas, algunas personas. Varios- buena parte del grupo, una gran variedad .muchos - un gran número de, infinidad de, una mayoría de....

El que, la que, los que, las que/ quien, quienes, la persona que, las personas que.

Uso de sustantivos genéricos para evitar ambigüedades en el discurso que incluyan los dos sexos.

Humanidad/ los seres humanos.

Uso del femenino en las profesiones:

Teniente/ tenienta

Los vacíos léxicos son aquellos donde no existe un vocablo femenino equivalente en cuanto al significado a la forma masculino o al contrario no existe un término masculino cuya significación sea equivalente en femenino.

Hombría. Galantería, mujeriego, víbora, primera dama galantería, caballerosidad.

El discurso resultante debe ser claro, natural y coherente.

Dobles formas de sustantivos

Los aragüesños son muy amistosos- las aragüesñas son muy amistosas.

Los aragüesños y las aragüesñas son muy cordiales.

Profesor- profesora

Auditor- auditora

Decano - decana

Asistente- asistenta

Paciente- paciente

Dirigente - dirigente

Alcalde- alcaldesa

Conserje- conserja

Jefe- jefa

La estudiante- el estudiante

El especialista- la especialista

El siquiatra- la siquiatra

El terapeuta- la terapeuta

La comisión estará conformada por los profesores de la asignatura de salud pública.

La comisión estará conformada por el cuerpo profesoral de la asignatura de salud pública.

Pronombres

Todos los estudiantes de medicina deben asistir a la primera clase de epidemiología en el auditorio (lenguaje sexista)

Los y las estudiantes de medicina deben.....

Todos los estudiantes pueden optar por una beca (lenguaje sexista).

Cualquier estudiante puede optar por una beca.

Cuando uno aprende a usar el marcador (lenguaje sexista).

Cuando se aprende a usar el marcador.

Algunos creen que hablar inglés es fácil (lenguaje sexista).

Algunas personas creen que hablar inglés es fácil.

Uso del genérico hombre

El origen del hombre (lenguaje sexista), el origen de la especie humana.

Todos los hombres son iguales ante la ley (lenguaje sexista). Todas las personas son iguales ante la ley.

Usar sustantivos colectivos con complemento

Personal docente, cuerpo docente, personal técnico, personal administrativo, clase política, equipo administrativo, pueblo venezolano.

Sustantivos Metonímicos. Representan el cargo.

La dirección, la jefatura del departamento, la coordinación, la presidencia, la secretaria, la gerencia.

Los jueces dictaron sentencia (lenguaje sexista) la judicatura dicto sentencia.

Los políticos deben tener un mejor comportamiento en la asamblea nacional (lenguaje sexista).

La clase política debe tener un mejor comportamiento

Sustantivos colectivos.

Visita del médico a la sala de operaciones (lenguaje sexista) visita del cuerpo médico a la sala de operaciones
Los trabajadores del hospital están en huelga (lenguaje sexista) la plantilla laboral del hospital están de huelga
Sustantivos con complemento.

Los profesores deben impartir sus clases en las aulas asignadas (lenguaje sexista).

El equipo profesoral, el personal docente deben impartir sus clases en las aulas asignadas.

Los médicos decidieron cerrar la sala de rehabilitación (lenguaje sexista).

El equipo médico decidió cerrar la sala de rehabilitación
El exagerado desdoblamiento de las formas lingüísticas dificulta y hace pesado el texto.

Para formularios y solicitudes se utiliza la barra exclusivamente (/).

En invitaciones debe nombrarse por igual tanto al esposo como a la esposa.

José Pérez y señora (sexismo lingüístico).

José Pérez y Carmen Rodríguez.

Debe evitarse esposa de, novia de, viuda de.....

El uso de los verbos también contribuye en a la elaboración de un discurso libre de sexismo.

La comisión decidirá quién será el ganador. (lenguaje sexista).

La comisión decide quien ganara.

RECOMENDACIONES

Conocer elementos lingüísticos en función de elaborar un discurso igualitario. Conocer propuestas prácticas para evitar el uso de un lenguaje no igualitario y discriminador de la mujer. Crear una comunidad de aprendizaje en red sobre discurso igualitario. Saber distinguir y examinar los usos no igualitarios en los espacios de comunicación social.

Aplicar los contenidos adquiridos en la elaboración de un discurso que utilice un lenguaje igualitario que visibilice a la mujer.

Nombrar en masculino no es neutral. El masculino no es el universal genérico este uso histórico de la lengua invisibiliza y oculta a las mujeres quienes son la mitad de la comunidad lingüística.

Es competencia de la comunidad de hablantes adecuar los usos lingüísticos a la realidad la cual pide un trato igualitario entre mujeres y hombres.

Para llegar a un lenguaje no sexista se hace necesario romper estereotipos, corregir el enfoque del discurso, nombrar correctamente a las mujeres utilizar imágenes no discriminatorias.¹

El uso no sexista de la lengua en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Iniciamos este aparte haciendo referencia al Artículo de Ferrara,²² donde hace un análisis del uso no sexista de la lengua en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).²³

En Venezuela gracias a la Asamblea Nacional Constituyente y a la Comisión de Estilo, todo el articulado de la CRRV de 1999, tiene un lenguaje no sexista rompiendo con los parámetros tradicionales visibilizando

a las mujeres en todos los órdenes social económico político cultural.

Otros países como Argentina en 1994 se presentaron cuatro proyectos para promover en el texto Constitucional la eliminación de todo tipo de estereotipos sexuales en su texto. Propuestas que no estuvieron exentas de oposición de los sectores más conservadores como la iglesia.

Recordamos que en 1972 en suiza se oficializo el uso del femenino en los títulos además de la utilización de un lenguaje no sexista en los textos.

En 1993 en Viena en la II conferencia mundial de derechos humanos se insistió que el vocablo hombre no es el paradigma de lo humano.

En 1999 la UNESCO declaraba:

Habrá quizá quienes piensen que intentar liberar el lenguaje de ciertos usos lingüísticos sexistas equivale a poner la carreta delante de los bueyes, ya que el lenguaje que refleja los prejuicios sexistas acumulados durante generaciones no cambiara hasta que la igualdad de las mujeres con los hombres no se sancione realmente en la práctica y consecuentemente, los prejuicios sexistas que el lenguaje transmite vayan desapareciendo paulatinamente con el tiempo. Sin embargo, pese a su dimensión conservadora y su carga tradicional el lenguaje por su estrecha relación dialéctica con el pensamiento puede cambiar gracias a la acción educativa y cultural e influir positivamente en el comportamiento humano y en nuestra percepción de la realidad.¹⁴

Ferrara²² señala que "el idioma cambia continuamente con los tiempos las costumbres la realidad social si el feminismo no aparece en el DRAE hay que crearlo".

Las feministas venezolanas y el Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU), llevaron a las discusiones de la Asamblea Nacional Constituyente una serie de propuestas para construir una visión de país con ojos de mujer. Se pidió que la nueva constitución fuera redactada en un lenguaje no sexista siendo aprobada la propuesta por unanimidad.

La CRRV pasa a la historia como la primera Constitución Nacional redactada en lenguaje no sexista, valorándose en el marco regulatorio, el reconocimiento

del trabajo doméstico lo cual rompe la división público privado, el seguro social integral para el ama de casa, el concepto nuevo de familias, el derecho a la vida de la mujer embarazada, el derecho a la planificación familiar, el uso no sexista del lenguaje, los derechos de niños y niñas de los y las adolescentes, las personas discapacitadas y de la tercera edad.

Sin embargo, debemos reconocer que sustrayendo el uso sexista del lenguaje no se elimina la discriminación. Es apenas obvia la postura del informe Bosque frente a la exclusividad de los lingüistas en la formulación de las guías. Esto refleja un velado pensamiento misógino de quienes conforman la RAE.

Finalmente, hacemos referencia a la Universidad de Carabobo primera casa de estudios en Venezuela,

donde se otorgan por primera vez los títulos universitarios utilizando un lenguaje no sexista; gracias a los esfuerzos de la feminista Marbella Camacaro quien desde la Unidad de Investigación y Estudios de Género Bellacarla Jirón Camacaro, logro que las autoridades universitarias entendieran la necesidad de visibilizar a las mujeres en los títulos.

Para construir algo en relación es necesario mostrar a través del lenguaje la presencia de mujeres y hombres y del simbólico femenino que ha sido ocultado. Tener palabras para nombrar lo que es en femenino y en masculino, cambia nuestra percepción del mundo y por tanto la realidad. Lo que no se nombra no existe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Marimon C. Guía para un discurso igualitario en la universidad de Alicante. Ed Universidad de Alicante. Centro de Estudios de la Mujer. 2011
- 2) De Beauvoir S. El segundo sexo. La experiencia vivida. Colección feminismos Universidad de Valencia. Instituto de la mujer. 2002
- 3) Gayle R. El tráfico de mujeres Notas sobre la economía política del sexo. Nueva antropología 1986; vol. III N° 30.
- 4) Bengoechea M. El lenguaje instrumento de igualdad. Iniciativa comunitaria. Equal Madrid. 2003
- 5) Moreno M. Como se enseña a ser niña. El sexismo en la escuela. Barcelona Icaria. 1986.
- 6) Sau V. Diccionario ideológico feminista. Icaria Barcelona. 1986.
- 7) Facio A. Cuando el género suena cambios trae. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal. GAIA Centro de las mujeres AEM_ULA. Venezuela 1992.
- 8) Cole M. Psicología cultural. Morata. Madrid. 1999.
- 9) Van Dijk T. Discurso e ideología. En: Bahillo F. y otros (Coord.). Intra lingüística XXI actuales líneas de investigación en el panorama internacional de los jóvenes lingüistas. Universidad de Valladolid. España 2010.
- 10) Buxo R. Antropología de la mujer cognición lengua e ideología cultural. Anthropos Barcelona 1978.
- 11) Pardo Abril N. Análisis del discurso una lectura de la cultura En: Bernal, Jaime (Ed) Lenguaje y cognición. Instituto Caro y Cuervo. Bogotá. 2001.
- 12) Bosque I. Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer. El país 2012; 74-77.
- 13) Bravo C. Guía para un uso del lenguaje no sexista. Secretaria de la Mujer Madrid. 2010.
- 14) UNESCO. Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje del servicio de lenguas y documentos Paris. 1999.
- 15) López E, López, y López A. Diferencias de género y comunicación. Universidad de Murcia, España. 2009.
- 16) Poyatos F. La comunicación no verbal. Istmo. Madrid 1994
- 17) Axtell R. Gestos. Iberia. España 1993.
- 18) Mc Neill D. Language and gestures. Cambridge University Press. 2000
- 19) Alario C, Bengoechea M, Lledó E y Vargas A. Nombrar en femenino y masculino. Ed. Gráficas Rodríguez. Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.
- 20) Gasteis V. Formación y acreditación en consultoría para la igualdad de las mujeres y hombres. Instituto Vasco de la mujer. EMAKUNDE, 2004.
- 21) Butler J. El género en disputa. Paidós. México 1990.
- 22) Ferrara V. Educere Año 4 2000; N° 10, p. 96.
- 23) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N°36860, de fecha 30/12/1999. Caracas

APRÓXIMACIÓN TEÓRICA AL CONSTRUCTO RESILIENCIA.

THEORETICAL APPROACH TO THE RESILIENCE CONSTRUCT.

Magaly S. Ortunio C.¹ Harold Guevara R.¹

ABSTRACT

This essay aims to carry out a theoretical approach to the resilience construct through some reflections. Every day humans get on in various levels, achieving various roles and facing constant challenges of all kinds. The period lived as a student during the individual life cycle does not constitute an exception to these facts; and, it requires the appropriate use of all competences which he has. However, the occasions in which the student reflects that it does not have the necessary tools to have a triumphant result cannot be ruled out or be weakened, taking into account that the conditions for the achievement of goals are not always the best, and there are various obstacles that go beyond the individual, either personally or interpersonal, coupled with the system and own current context in which this develops; and, it must be survived by the Venezuelan citizen. That is why, the ability of people to develop psychologically well, despite of living in contexts of risk, refers both to individuals as to groups that are able to minimize and overcome the damaging effects of adversities and disadvantaged contexts.

KEY WORDS: Resilience, coping mechanisms, mental health.

RESUMEN

El presente ensayo tiene como propósito llevar a cabo una aproximación teórica al constructo de la resiliencia a través de algunas reflexiones. Diariamente los seres humanos se desenvuelven en diferentes niveles, cumpliendo variados roles y afrontando constantes retos de toda índole, el período que se vive como estudiante durante el ciclo vital individual no constituye una excepción a estos hechos y el mismo exige el uso adecuado de todas las competencias con las cuales se cuenta. Sin embargo, no se pueden descartar las ocasiones en que el estudiante refleja que no posee las herramientas necesarias para tener un resultado triunfante o se encuentran debilitadas, teniendo en cuenta que las condiciones para la consecución de las metas no siempre son las mejores y existen diferentes obstáculos que superan al individuo, ya sea en lo personal, lo interpersonal, aunado al sistema y contexto actual propio en el que se desarrolla y debe subsistir el ciudadano venezolano. Es por esto que la capacidad que tienen las personas para desarrollarse psicológicamente con normalidad, a pesar de vivir en contextos de riesgo, se refiere tanto a los individuos en particular como a los grupos que son capaces de minimizar y sobreponerse a los efectos nocivos de las adversidades y los contextos desfavorecidos.

PALABRAS CLAVE: Resiliencia, mecanismo de adaptación, salud mental.

INTRODUCCIÓN

La resiliencia se ha convertido en tópico de investigación debido a que está asociada a la salud mental y a los mecanismos de adaptación al entorno por parte del individuo. Asimismo, está relacionada con la confianza, el optimismo ante la adversidad porque permite al individuo reconocer sus propias posibilidades,

confiar en la ayuda que pueda obtener de los demás y el manejo de las circunstancias ante las cuales debe saber resistir y acometer, preservando la calidad de vida.¹

La educación superior ha presentado un proceso de expansión global, fuertemente asociado al desarrollo económico y político, este crecimiento está fundado en la necesidad de un incremento en la fuerza de trabajo cualificada, razón por la cual se ha convertido en un punto clave para que, en esta etapa de aprendizaje, el capital humano egrese con las competencias que el mercado laboral demande.

En el contexto educativo, la resiliencia juega un papel importante, ya que en éste, el individuo mide sus

Recibido: Abril, 2016 Aprobado: Mayo, 2016

¹Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

Correspondencia: mortunio@gmail.com

propias fuerzas frente a diferentes retos y demandas, no sólo de tipo académico sino psicosocial, sorteando situaciones exigentes que lo llevan a instancias dilemáticas en las cuales debe confrontarse a sí mismo para poder entender mejor su potencial y capacidades para fortalecerse, aprender y responder con eficacia, conservando su salud mental y su confianza en su potencial y habilidades.²

Así, la resiliencia en educación abre un nuevo campo creativo en donde se entregan las herramientas necesarias para que el estudiante mantenga la curiosidad, use la lógica, sea responsable de sí mismo, se adapte con tolerancia a la frustración y maneje cierto control para afrontar la adversidad, recupere el equilibrio, la armonía personal y de esta manera logre salir fortalecido. De modo que la institución formadora forma parte de este proceso en donde se debe promover la resiliencia como una fuente de poder para el estudiante en formación.³ Por todo lo antes expuesto y tomando en cuenta la vigencia y repercusión del tema, se realiza una puesta al día, tomando en cuenta algunas de las investigaciones que sobre resiliencia se han realizado en estudiantes de educación superior de diversos países del mundo, Latinoamérica y Venezuela.

EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE RESILIENCIA

Aunque la palabra resiliencia ha tomado muchos significados, procede de la palabra inglesa "resilience" que es "recuperarse o saltar hacia atrás". La raíz de la palabra resiliencia es la palabra latina "resilio" que combinada con el significado de "cia" y de "salire" significa "saltar o brincar".⁴

Las primeras definiciones del diccionario de la Resiliencia incluyen aquellas relacionadas con la física. Así, los físicos y los ingenieros aplican este concepto a todo aquello que tiene "la habilidad de recuperar o recobrar la forma, posición, etc". Después este significado se extendió a las ciencias sociales.

Recientemente, la Real Academia Española (RAE)⁵ en su página web muestra un avance de la vigésima tercera edición del Diccionario de la Lengua Española en el que ya se incluye la palabra resiliencia. Ofrece dos significados: uno ligado a la Psicología, definiéndola como "la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos"; y otro referente a la mecánica, definiéndola como "la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido".

El "significado psicológico" ofrecido por la RAE no sólo es importante por el hecho de que la palabra resiliencia esté ya incluida dentro del léxico español, sino porque dicho significado se desliga de las primeras conceptualizaciones de la Resiliencia con situaciones traumáticas asumiendo la versión rasgo de dicho concepto, es decir, como una característica de la personalidad más estable y no sólo como un estado o proceso.⁵

Diferentes autores han tratado de definir, el significado psicológico entre ellos: Becoña, quien analizó en profundidad dicho constructo y aunque es un concepto ampliamente utilizado por los psicólogos, aún no hay un completo acuerdo sobre su definición. No obstante, señala que la definición más aceptada es la llevada a cabo por Garmezy quien la definió como "la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al comenzar un evento estresante".^{6,7}

Por otra parte, Masten proporcionó una definición equivalente al considerarla como "un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo".⁸

Block y Block la consideraron como "la capacidad dinámica de un individuo para modificar su nivel modal del control del ego, en una u otra dirección, como una función de las características de la demanda del ambiente".⁹ Asimismo se espera, que la persona con "ego-Resiliencia" funcione mejor en circunstancias nuevas, cambiantes y/o irresolubles, ya que tendría la habilidad para adaptarse exitosamente a las contingencias ambientales cambiantes.

La conceptualización de la Resiliencia antes expuesta, nos permite considerada como una característica o rasgo de la personalidad del individuo, que le ayudaría a adaptarse de forma exitosa a las circunstancias ambientales, estrechamente relacionada con la concepción de inteligencia emocional dada por Goleman al afirmar, que la misma constituye un factor clave para una adaptación exitosa en las diferentes contingencias de la vida y un conjunto de metahabilidades que pueden ser practicadas, aprendidas y aplicadas.¹⁰ De esta manera, con todas las presiones a las que estamos sometidos en la vida actual, la inteligencia emocional ayuda a pasar por ellas, sentirse mejor y aprender de todas las experiencias vividas.

No obstante, y a un nivel más dinámico, Becoña⁶ señaló que existe un mayor consenso en

considerar a la Resiliencia como un proceso o fenómeno y no como un rasgo o característica de la personalidad del individuo. En contraposición, Block y Block no asocia esta capacidad dinámica del individuo a adaptarse tras un suceso altamente traumático (como sí lo hacen la mayoría de las definiciones), dejando abierta la posibilidad de aplicar el concepto de Resiliencia a situaciones estresantes no tan "extraordinarias".⁹

Fletcher y Sarkar señalaron que, a pesar de que la Resiliencia ha sido conceptualizada de muy diversas maneras, la mayoría de las definiciones están basadas alrededor de dos aspectos centrales: la adversidad y la adaptación positiva.¹¹ Por lo cual, para que la Resiliencia sea demostrada, tanto la adversidad como la adaptación positiva deben ser evidentes. Aún cuando, las inconsistencias en la delimitación específica de estos conceptos han conducido a la confusión sobre sus significados.

Por una parte, la adversidad habitualmente incluye las circunstancias vitales negativas que se conoce que están estadísticamente asociadas con dificultades de adaptación^{12,13} y que la mayoría de las mismas no constituyen grandes desastres sino más bien rupturas discretas que están inmersas en la vida cotidiana.

Para el año 2010, Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu señalaron que los mecanismos de la Resiliencia pueden diferir en relación con la severidad contextual, pasando de una Resiliencia contra las dificultades cotidianas habituales, como el estrés estudiantil (es decir, adversidad media) hasta una Resiliencia contra el estrés severo ocasional, tal como lo es la pérdida de un ser querido (es decir, adversidad elevada).¹⁴

De manera tal que esta aseveración encaja con los propósitos de la presente revisión, evaluando el constructo de Resiliencia en situaciones estresantes cotidianas, tales como las que se dan en el ámbito estudiantil sin dejar de lado las circunstancias de estrés severo actual vividas en el contexto social venezolano en el que todos estamos de una u otra forma involucrados.

En esta misma dirección Luthar, Cicchetti, y Becker, enfatizaron que es importante que los investigadores definan claramente lo que ellos consideran como adversidad y proporcionen una justificación razonada de la misma.¹⁵

Por otra parte, la adaptación positiva ha sido definida como la competencia social conductualmente

manifestada o el éxito en las tareas del desarrollo¹⁶ y la misma debe ser conceptualmente apropiada a la adversidad examinada en términos del dominio evaluado y con criterios rigurosos.¹¹

Cuando se investiga y analiza la adaptación positiva no se debe olvidar el contexto sociocultural en el que el individuo opera. De esta manera, y debido a que la Resiliencia se manifiesta en varios contextos, los investigadores deben sensibilizarse ante los factores socioculturales que contextualizan cómo es definida o se pone de manifiesto la resiliencia en diferentes poblaciones^{11,17} todo esto sobre la base del debate existente en torno a la conceptualización de la misma como un rasgo o como un proceso.¹⁸

La Resiliencia concebida como un rasgo, representa una constelación de características que permiten a los individuos adaptarse a las circunstancias que se encuentran,^{19,20} esto sugiere que la Resiliencia es una cualidad o rasgo de la personalidad que se tiene o no se tiene.¹⁵ Mientras que cuando se ha conceptualizado como un proceso dinámico que cambia a lo largo del tiempo, que incluye la adaptación positiva dentro de un contexto de adversidad significativa,¹⁵ se reconoce que los efectos de los factores protectores y promotores pueden variar contextualmente (desde una situación a otra) y temporalmente (a través de una situación y de la vida de una persona).¹¹

Más allá de las conjeturas de su conceptualización, algunos autores se han encargado de clasificar las características de la Resiliencia, siendo una de las más importantes la realizada por Polk en el año 1997 quien encontró cuatro patrones para la Resiliencia.²¹ Uno el patrón disposicional, que consiste en los atributos del físico y psicológicos relacionados con el ego. El patrón relacional incluye las características de los roles y relaciones que influyen en la Resiliencia. El patrón situacional referido a la aproximación característica a las situaciones o estresores y se manifiesta como las habilidades de valoración cognitiva, y de solución de problemas, así como los atributos que indican una capacidad para la acción frente a una situación. Por último se encuentra el patrón filosófico el cual se manifiesta por las creencias personales. Mientras que Gazmeri había considerado cuatro años antes tres factores principales (la personalidad del individuo, su familia y la disponibilidad de apoyo social) en una situación estresante.⁷

Durante las tres últimas décadas (1996-2016) algunos investigadores han propuesto numerosas teorías de la Resiliencia, la mayoría de las cuales tienen

aspectos comunes; para Fletcher y Sarkar, existe la noción de que la Resiliencia es un proceso dinámico que cambia a lo largo del tiempo y que la interacción de un amplio rango de factores determina si un individuo es o no resiliente.¹¹

De tal forma que, aunque la Resiliencia es considerada como el resultado más deseable en la mayoría de las teorías, algunos investigadores incluyen otros indicadores de resultado (positivo) en las mismas como el afrontamiento óptimo, la satisfacción laboral y la productividad. Aunque la mayoría de las teorías de la Resiliencia son específicas a poblaciones particulares, existen teorías genéricas que pueden ser aplicadas en diferentes grupos de personas y situaciones potencialmente estresantes. Un ejemplo de estas teorías es la meta-teoría de la Resiliencia de Richardson.²²

Sin embargo, el creciente interés en los últimos años por el constructo de Resiliencia ha llevado a que se relacione con otros conceptos que se han considerado como equivalentes, elementos centrales o sustitutos del mismo,⁶ siendo estos el de competencia, considerándose como un constructo que lleva a realizar resultados resilientes y el de vulnerabilidad, constituyendo el polo opuesto de la Resiliencia.

Por un lado, se han señalado como factores que promueven la Resiliencia el locus de control interno y el estilo atribucional positivo. Por otra parte, la Resiliencia se diferencia de la recuperación en que es más estable en el tiempo. De esta manera, la recuperación está caracterizada por un periodo temporal seguido de una restauración gradual hacia niveles saludables de funcionamiento, mientras la Resiliencia se refiere a la habilidad de los individuos para mantener los niveles normales de funcionamiento.¹¹ Finalmente, también se ha relacionado con los factores de riesgo y protección, pudiendo ser considerada como parte de los últimos; siendo, la dureza (o "hardiness") el concepto más ampliamente asociado con la Resiliencia.⁶

Habitualmente la resiliencia ha sido asociada con el afrontamiento del estrés,^{17,23,24} al considerarla como un proceso de afrontamiento a los estresores, la adversidad, el cambio o la oportunidad.²² Aunque ambos términos han sido empleados como conceptos intercambiables, existe un conjunto de evidencias que sugieren que son constructos distintos conceptualmente. Por esto, Fletcher y Sarkar afirmaron que la Resiliencia influye en cómo un suceso es valorado mientras que el afrontamiento se refiere a las estrategias utilizadas una vez realizada la valoración de la situación estresante.¹¹

Por otra parte existe otra distinción fundamental entre la Resiliencia y el afrontamiento la cual está relacionada con las consecuencias asociadas al proceso de estrés. La Resiliencia predice una respuesta positiva a la situación estresante (la experiencia de emociones positivas) mientras que el afrontamiento puede ser positivo (solucionando el problema) o negativo (negando la situación).

Recientemente el constructo de Resiliencia se ha relacionado de forma muy potente con la Psicología Positiva, esto ya que los promotores de este movimiento defienden una visión de la experiencia humana que incluye un conocimiento de las fortalezas humanas, talentos y virtudes;²⁵ también se recomienda un cambio desde los enfoques orientados en las debilidades a aquellos centrados en las fortalezas que permiten a los individuos sobrevivir y crecer incluso a la hora de afrontar la adversidad.²² Tomando en cuenta lo antes referido, aunque el constructo de Resiliencia encaje a la perfección con los fundamentos de la corriente de la Psicología Positiva (y compartan elementos comunes), el mismo se trata de un constructo independiente y que puede ser empleado en cualquier corriente psicológica de forma general, evitando su exclusividad a una sola corriente.⁶

MEDIDAS DE LA RESILIENCIA

La Resiliencia no sólo varía sustancialmente en su definición como ya se ha evidenciado sino también, en su medida. Esto sobretodo y como consecuencia de que no existe un constructo teórico común subyacente para la investigación tan heterogénea que se ha llevado a cabo hasta el momento. Todo esto implica que la evaluación y comparación de los hallazgos sea extremadamente complicada y que los instrumentos de medida sean por tanto diferentes,¹⁴ constituyendo un obstáculo para el desarrollo de un adecuado modelo biopsicosocial de Resiliencias, la falta de medidas adecuadamente validadas de este constructo.¹⁹

Existe una serie de instrumentos de medida para evaluar el constructo de Resiliencia. Algunas escalas miden la Resiliencia directamente, mientras que otras la miden indirectamente a través de distintos factores que la componen. Por otro lado, unas escalas son multidimensionales mientras que otras poseen una estructura unidimensional de la Resiliencia.²⁶ Entre los instrumentos de medida se encuentran: "Adolescent Resilience Scale" (ARS) elaborado por Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, en el 2003; "Baruth Protective Factors Inventory" (BPMFI) diseñado por Baruth y Carroll,

en el 2002; "Brief-Resilient Coping Scale" (BRCS) construido por Sinclair y Wallston, en el 2004; "Connor-Davidson Resilience Scale" (CD-RISC) confeccionado por Connor y Davidson, en el 2003; "Ego-Resiliency Scale" (ER89). La ER89 desarrollada por Block y Kremen; "Resilience Scale" (RS) planteada en 1993; "Resilience Scale for Adults" (RSA) creado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen.^{19,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37}

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA PARA EL ESTUDIO DE LA RESILIENCIA

El estudio de la Resiliencia en Psicología y Psiquiatría procede de los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de psicopatologías, especialmente de los niños en riesgo de desarrollarla debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores. Siendo los eventos vitales más estudiados el divorcio de los padres y los estresores traumáticos entre ellos el abuso, el abandono y la guerra.

De tal forma que las primeras teorías de la Resiliencia enfatizaron la identificación de las características de la infancia asociadas con consecuencias positivas a la hora de afrontar la adversidad.^{38,39} Por lo que no se podía afirmar, como se hacía hasta ese momento, que una infancia infeliz determina la vida del niño, siendo por tanto el resultado un adulto insatisfecho con su vida.⁴⁰ Esta dirección de investigación fue posteriormente extendida para incluir los factores externos protectores que pueden promover la Resiliencia, tales como los grupos afectivos y las relaciones de apoyo con adultos.¹⁵

Las teorías actuales consideran a la Resiliencia como un constructo multidimensional, dependiendo del autor, el estudio de la Resiliencia se ha centrado en tres componentes: el estudio de los riesgos, el estudio de los factores protectores y el estudio de las características de la persona resiliente.⁴¹

En tal sentido, se han identificado algunos de los riesgos que pueden llevar a los individuos y sobre todo los niños a la pérdida del equilibrio, de la adaptación, del bienestar subjetivo y del desarrollo personal: como la pobreza, privación, familia rota, maltrato infantil o situaciones de desastre y desamparo.⁴² Resulta válido destacar que estos factores no suelen producirse de forma aislada, sino combinada y actúan acumulativamente, sin ser positiva la predicción de la conducta.

No obstante, existen algunos niños e individuos que en tales contextos se adaptan, no sólo en el sentido pasivo de la supervivencia, sino en el positivo del desarrollo personal y social, por lo que deben existir determinados factores de protección y desarrollo que favorezcan dicha adaptación. En torno a este hecho coexisten dos grandes tipos de factores protectores ante los riesgos: las características interpersonales de la familia y el apoyo social. Las relaciones interpersonales dentro de la familia, incluso en contextos de pobreza y privación, tienen un alto valor protector y desarrollo del sentimiento de valía personal. De esta manera, las relaciones afectivas calurosas y autónomas, con los padres, o en general con los miembros de la familia, generan un sentimiento de protección personal incluso en contextos críticos. El apoyo social tiene igualmente un valor externo de accesibilidad a los pocos e insuficientes medios disponibles. El colegio, los profesores, u otras instituciones, políticas, religiosas, deportivas o grupales, proporcionan un sentimiento de identidad social y colectiva y de manejo de recursos complementarios.⁴³

En cuanto al componente de las características de las personas resilientes, tales como la competencia personal, el uso de recursos personales y de resolución de problemas, Rutter afirmó que la persona resiliente se caracteriza por un sentimiento de autoconfianza, de creencia en la propia capacidad personal y habilidad de resolver problemas. Mientras Moreno considera que tales variables personales se asimilan a las propuestas por Erickson acerca de las cualidades básicas que hay que adquirir a lo largo del ciclo vital.^{38,41} Es por esto que en esta línea, la investigación ha tratado de esclarecer cómo favorecer el desarrollo de tales capacidades.

No obstante, todo lo anterior, sólo recientemente los investigadores clínicos han aceptado comprometerse para entender la adaptación positiva a pesar de la adversidad. Por ejemplo, Charney desarrolló un modelo de los sistemas psicobiológicos implicados en la adaptación resiliente que sigue al estrés agudo. Basado en modelos previos de bases neurales de recompensa, motivación, miedo condicionado y comportamiento social, proponiendo un modelo integrado de Resiliencia y vulnerabilidad que incorporaba varias regiones cerebrales y numerosos mediadores neuroquímicos, neuropéptidos y hormonales de la respuesta al estrés agudo.⁴⁴

Este tipo de modelo teórico puede ayudar a equilibrar el abrumador enfoque en la psicopatología relacionada con el estrés que ha caracterizado durante

mucho tiempo este campo de investigación. Desde el año 2000 Tsuang sugirió, que la investigación en los factores que promueven la Resiliencia podía tener implicaciones clínicas muy importantes, particularmente para las intervenciones preventivas, apuntando que en el futuro los estudios genético-moleculares podían ayudar a desvelar los mecanismos que subyacen a la Resiliencia, y que podían revelar los tratamientos psicológicos y farmacológicos más convenientes;⁴⁵ lo que ha sido propuesto también por investigadores como Wu G y cols.,⁴⁶ en su estudio de neurobiología de la resiliencia y sus implicaciones para promoverla, al plantear que además de los factores psicosociales de la resiliencia, los hallazgos de la genética, epigenética y los factores neuroquímicos considera que permanecen en discusión los patrones y circuitos neurales involucrados en la mediación de la misma; planteando que el crecimiento del conocimiento de los factores de la resiliencia conduciría al desarrollo de fármacos e intervenciones para aumentar la resiliencia y mitigar sus consecuencias adversas.

La Resiliencia puede ser considerada más que como una simple recuperación a la ofensa como el crecimiento o la adaptación positiva siguiente a los períodos de disrupción homeostática.^{22,47} Aunque la adaptación positiva en respuesta a la adversidad extrema fue originariamente pensada para referirse a los "individuos extraordinarios", la investigación más reciente sugiere que la Resiliencia es relativamente común entre los niños y los adolescentes expuestos a las carencias, el trauma, y la adversidad.⁸ En relación a este último aspecto, resulta necesario destacar que la mayor parte de la investigación en Resiliencia ha sido conducida hacia poblaciones más jóvenes y poco es sabido de cómo opera la Resiliencia en la edad adulta.

Teniendo en cuenta lo antes planteado sobre la poca atención que ha recibido la población adulta, hay que considerar la posible reconceptualización del concepto de Resiliencia; ya que a menudo ha sido asociado con la posibilidad de que un individuo exhiba alguna forma de psicopatología como una consecuencia de un suceso traumático experimentado en su vida estando así tradicionalmente asociado a la enfermedad, con lo cual si no se quiere que la Resiliencia esté absolutamente asociada con la psicopatología, en esta población la reconceptualización debe involucrar el papel de la resiliencia en el afrontamiento; Miller señaló que la conducta o comportamiento resiliente es más que si un individuo tiene o no síntomas patológicos o trastornos de alguna clase después de experimentar un gran suceso traumático en su vida.⁴⁸

Esta aproximación al constructo de Resiliencia, alejándolo de la psicopatología, debe buscar evaluarlo en situaciones estresantes cotidianas, tales como las que se dan en el ámbito estudiantil, sin plantear su asociación con acontecimientos altamente traumáticos muy a pesar de la situación actual que confronta el hecho mismo de la realidad venezolana.

Respecto a las investigaciones en las que se han relacionado específicamente a la Resiliencia con el bienestar (considerado éste desde un enfoque psicológico), la mayoría se han llevado a cabo desde el marco de la Teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas.^{48,49} Desde esta teoría se asume que, como las emociones positivas son útiles para contrarrestar los efectos de las emociones negativas (mediante la ampliación de los repertorios de "pensamiento-acción"), las emociones positivas (como la felicidad o bienestar) pueden resultar útiles para construir recursos personales ante circunstancias adversas, tales como la Resiliencia.

En concordancia con esto, Tugade y Fredrickson mostraron una investigación en la que las diferencias individuales en Resiliencia predicen la habilidad de sacar provecho de las emociones positivas cuando se hace frente a experiencias emocionales negativas.²⁴ Por ejemplo, las personas resilientes emplean frecuentemente el humor como estrategia de afrontamiento,^{50,51} lo cual ha demostrado que ayuda a las personas a afrontar efectivamente las situaciones estresantes concluyendo que las personas resilientes recurren más frecuentemente a las emociones positivas (como la felicidad) para afrontar el estrés.⁵²

Desde esa teoría se ha comprobado que las emociones positivas conducen a más altos niveles de Resiliencia en el futuro^{53,54} y que la Resiliencia también alcanza sus efectos parcialmente mediante las emociones positivas.⁵⁵ De tal forma, que las personas con altos niveles de Resiliencia tienen más emociones positivas que las personas menos resilientes, cuando hacen frente a un estresor, incluso cuando experimentan emociones negativas al mismo nivel.

Asimismo, se ha demostrado que la diferencia en más de las emociones positivas en las personas resilientes explica su mejor habilidad para recuperarse de la adversidad y el estrés, prevenir la depresión y continuar creciendo. Por otra parte, aún en la misma vida cotidiana las emociones positivas predicen el aumento de la Resiliencia.^{24,55,56,57}

A la postre de lo antes expuesto, la Resiliencia se ha constituido en un constructo y en una característica de la personalidad muy importante en los países latinoamericanos. Esto ha despertado un especial interés que pudiera ser debido a las situaciones económicas, sociales y políticas de riesgo para el desarrollo en Latinoamérica y el contexto actual venezolano, convirtiéndose por tal razón, la Resiliencia en un tema relevante tanto teórico como práctico.

Países como Argentina, en la Universidad Nacional de Lanús, han creado el Centro Internacional de Información y Estudios de la Resiliencia; por otra parte y muy particularmente en el ámbito familiar resulta de mucha vigencia en la realidad venezolana, el desarrollo del concepto de Resiliencia familiar, tan vital para que toda familia tenga la capacidad de resistir a las adversidades, siguiendo esta misma orientación.^{58,59}

Igualmente vale la pena destacar que la Resiliencia ha sido investigada no sólo en pacientes, sino también en el propio personal de salud. Estos estudios se han visto apoyados por el hecho de que los profesionales son testigos directos del sufrimiento humano y hacen frente a un entorno laboral adverso y estresante muy vigente y de manifiesto en las circunstancias por las que atraviesa particularmente Venezuela; en este sentido los factores que fomentan este entorno laboral adverso, además del hecho de tratar con personas enfermas que están sufriendo, incluye déficit de personal sanitario con experiencia, una plantilla envejecida, la contratación habitual de personal eventual, el acoso y la violencia por parte de los propios pacientes, la falta de autonomía profesional, cambios organizativos impuestos, cuestiones relacionadas con la salud y seguridad laboral y la reestructuración constante.⁶⁰ Todos estos factores contribuyen a la

formación de un ambiente laboral que puede ser considerado como hostil, abusivo y poco gratificante al cual también se encuentra expuesto el estudiante de medicina.^{61,62}

Ante estas circunstancias surgen dos opciones, una vez formados algunos profesionales de la salud, abandonan el sistema sanitario por causa de los factores asociados con la adversidad en el trabajo; mientras por el contrario, a pesar de estas dificultades muchos otros profesionales eligen permanecer en su puesto de trabajo prestando asistencia sanitaria, sentirse satisfechos con su trabajo, y sobrevivir e incluso desarrollarse a pesar de un clima adverso en el entorno laboral.^{62,63,64} Sin embargo, de aquellos que permanecen, muchos manifiestan consecuencias aún más graves relacionadas con el estrés tales como el síndrome de Burnout.^{62,65}

Afortunadamente la mayoría de este personal no abandona el ejercicio de la profesión, teniendo en cuenta la constante exposición al sufrimiento humano y a un continuo entorno laboral adverso, con lo que la Resiliencia se pudiera considerar una característica esencial e inherente a los profesionales para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria.⁶⁶

Ya para finalizar muchos autores afirman que la Resiliencia es un rasgo inherente a estos profesionales, para que puedan ser capaces de afrontar y adaptarse a un entorno laboral de por sí estresante, caracterizado por situaciones difíciles dadas a partir del continuo contacto con personas enfermas y en condiciones laborales no idóneas; en tanto que otros recomiendan a los profesores y demás formadores del personal en salud prepararlos mejor para mantener una resiliencia profesional y personal adecuadas.⁶⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Werner E. High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Ortho Psychiatry* 1989; 59(1): 72-81.
- 2) Álvarez L, Cáceres L. Resiliencia, Rendimiento Académico y Variables Sociodemográficas en Estudiantes Universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*. 2010; 18(2):37-46.
- 3) López Y, Martínez C, Serey Y, Velasco A, Zúñiga C. Factores de Resiliencia en Estudiantes de Carreras Pedagógicas de una Universidad Estatal de la Región de Valparaíso. *Revista de Psicología – Universidad Viña del Mar* 2013; 3(5):76-89.
- 4) Simpson J. *Oxford English Dictionary* (3ª ed.). New York: Oxford University Press 2005.
- 5) Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima Tercera Edición. 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw> Consulta: 02/03/16.
- 6) Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2006; (11): 125-146.
- 7) Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 1991; (31): 416-430.
- 8) Masten A. S. Ordinary magic. Resiliency processes in development. *American Psychologist*, 2001; (56): 227-238.
- 9) Block J y Block J. H. The role of ego control and ego resiliency in the organization of Behavior. En W. A. Collins (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1980; 39-101.
- 10) Goleman D. *La inteligencia emocional*. Buenos Aires. Javier Vergara 2003.
- 11) Fletcher D y Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 2013; (18): 12-23.
- 12) Tannenbaum B y Anisman H. Impact of chronic intermittent challenges in stressor-susceptible and resilient strains of mice. *Biological Psychiatry*, 2003; (53): 292-303.
- 13) Davis M. C, Luecken L y Lemery-Chalfant K. (Eds.). Resilience in common life [número especial]. *Journal of Personality*, 2009; 77.
- 14) Davydov D, Stewart R, Ritchie K y Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 2010; (30): 479-495.
- 15) Luthar S S, Cicchetti D, y Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 2000; (1): 543-62.
- 16) Luthar S. S. y Cicchetti D. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 2000; (12): 857-85.
- 17) Claus-Ehlers C. Sociocultural factors, resilience and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2008; (29): 197-212.
- 18) Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2011; (21): 152-169.
- 19) Connor K. M. y Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 2003; (18): 76-82.
- 20) Block J y Block J. H. The role of ego control and ego resiliency in the organization of behavior. En W. A. Collins (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology* Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1980; (13): 39- 101.
- 21) Polk L. V. Towards a middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 1997; (19):1-13.
- 22) Richardson G. E. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 2002; (58): 307-321.
- 23) Leipold B y Greve W. Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 2009; (14): 40-50.
- 24) Tugade M. M. y Fredrickson B. L. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2004; (86): 320-333.

- 25) Seligman M. E. P. y Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 2000; (55): 5-14.
- 26) Ahern N. R, Kiehl E. M, Sole M. L. y Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2006; (29): 103-125.
- 27) Campbell-Sills L, Cohan S. L. y Stein M. B. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 2006; (44): 585-599.
- 28) Oshio A, Kaneko H, Nagamine S y Nakaya M. Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 2003; (92): 1217-22.
- 29) Baruth K. E. y Carroll J. J. A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology* 2002; (58): 235-244.
- 30) Sinclair V. G y Wallston K. A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 2004; (11): 94-101.
- 31) Campbell-Sills L y Stein M. B. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 2007; (20): 1019-28.
- 32) Vaishnavi S, Connor K. y Davidson J. R. T. An abbreviated version of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 2007; (152): 293-297.
- 33) Block J y Kremen A. M. IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and social Psychology*, 1996; (70): 349-361.
- 34) Roth E. y Lacoa D. Análisis psicológico del emprendimiento en estudiantes universitarios: Medición, relaciones y predicción. 2009 Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v7n1/v7n1a5.pdf> Consulta: 21/03/2016.
- 35) Wagnild GM y Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1993; (1): 165-178.
- 36) Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH y Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2003; (12): 65-76.
- 37) Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH y Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2005; (14): 29- 42.
- 38) Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1985; (147): 598-611.
- 39) Werner EE. Resilient children. *Young Children*, 1984; (40): 68-72.
- 40) Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa 2002.
- 41) Moreno B. La personalidad emocional. En B. Moreno, *Psicología de la personalidad: Procesos*. Madrid: Thompson-Paraninfo. 2007; 187-260.
- 42) Glantz M y Johnson J. *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers 1999.
- 43) Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 1993; (56): 127-36.
- 44) Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for adaption on extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 2004; (161): 195-216.
- 45) Tsuang M. Genes, environment, and mental health wellness. *American Journal of Psychiatry*, 2000; (157): 489-491.
- 46) Wu G, Feder A, Cohen H, Kim J, Calderon S, Charney D, Mathé A. Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2013; (7): 1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573269/> Consulta 26/03/15.
- 47) Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 2004; (59): 20-28.
- 48) Miller ED. Reconceptualizing the role of resiliency in coping and therapy. *Journal of Loss and Trauma*, 2003; (8): 239-246.

- 49) Fredrickson BL. What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 1998; (2): 300-19.
- 50) Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press: 1992.
- 51) Wollin SJ y Wollin S. *Bound and determined: Growing up resilient in a troubled family*. New York: Villard 1993.
- 52) Gable S, Gosnell C. Approach and Avoidance Behavior in Interpersonal Relationships. *Emotion Review* 2013 5: 269 disponible en: https://labs.psych.ucsb.edu/gable/shelly/sites/labs.psych.ucsb.edu.gable.shelly/files/pubs/gable_gosnell_2013.pdf Consulta: 15/02/16.
- 53) Cohn MA y Fredrickson BL. Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (2ª ed.). New York: Oxford University Press 2009; 13-24.
- 54) Fredrickson BL y Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional wellbeing. *Psychological Science*, 2002; (13):172-175.
- 55) Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA y Conway AM. Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 2009; (3): 361-368.
- 56) Fredrickson BL, Tugade M, Waugh CE y Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003; (84): 365-376.
- 57) Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL y Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2006; (91): 730-749.
- 58) Melillo A y Suárez Ojeda E. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós 2001.
- 59) Ravazzola MC. *Resiliencias familiares*. En A. Melillo y E. Suárez Ojeda (Comps.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós 2001;103-22.
- 60) Jackson D, Firtko A y Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; (60): 1- 9.
- 61) Jackson D, Clare J y Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: a factor in recruitment and retention. *Nursing Management*, 2002; (10): 13-20.
- 62) Strachota E, Normandin P, O'Brien N, Clary M y Krukow B. Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration* 2003; (33): 111-17.
- 63) Cline D, Reilly C y Moore J. What's behind RN turnover? Uncover the "real reasons" nurses leave. *Nursing Management*, 2003; (34): 10-53.
- 64) Jackson D, Mannix J y Daly J. Retaining a viable workplace: A critical challenge for nursing. *Contemporary Nurse*, 2001; (11): 163-172.
- 65) McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; (44): 633-42.
- 66) Tusaie K y Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 2004;(18): 3-8.
- 67) Hodges HF, Keeley AC y Grier EC. Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education*, 2005; (44): 548-54.

EDUCACION EN CIENCIAS DE LA SALUD, APROXIMACIÓN DESDE UNA NUEVA MIRADA DE LA SALUD PÚBLICA.

EDUCATION IN HEALTH SCIENCES, AN APPROACH FROM A NEW LOOK OF PUBLIC HEALTH.

Johny Sarcolira Parodi¹

ABSTRACT

This paper presents a literature review of links between Education of Health Sciences and the new looks from the public health in context of paradigmatic rupture processes. It is a result of the literature review carried out from the process of the skills-based curriculum transformation at the University of Carabobo, in its Faculty of Health Sciences and Public Health Department - Aragua campus. It assumes a chronological sequence and context analysis of power relations hegemony - against hegemony. The argumentative debate context of the biomedical model - hegemonic Cartesian, with its dialectical complementarity: Clinic - Preventivist Model and the emergence of alternative looks from the public health and social medicine - collective health, among others. The reader is confronted against paradigmatic rupture processes, the human civilization crisis, their alternative and social rises that are presented.

KEY WORDS: Education in Health Sciences, Biomedical Model, Public Health, Human civilization crisis, paradigmatic rupture.

RESUMEN

El presente artículo expone una revisión documental de los nexos de la Educación en las Ciencias de la Salud y de las nuevas miradas desde la Salud Pública en contexto de procesos de ruptura paradigmática. Es producto de parte de la revisión de la literatura efectuada, desde el proceso de transformación curricular por competencias en la Universidad de Carabobo, en su Facultad de Ciencias de la Salud y su Departamento de Salud Pública de la Sede Aragua. Asume una secuencia cronológica y análisis de contexto de las relaciones de poder hegemonía - contra hegemonía. El debate argumentativo de contexto del modelo biomédico - cartesiano hegemónico, con su complementariedad dialéctica: Clínica - Modelo Preventivista y la emergencia de miradas alternas desde la Salud Pública como la Medicina Social - la Salud Colectiva, entre otras. Confronta al lector desde los procesos de ruptura paradigmática ante la crisis civilizatoria humana, las emergencias sociales y alternas que se hacen presentes.

PALABRAS CLAVE: Educación en Ciencias de la Salud, Modelo Biomédico; Salud Pública, Salud Colectiva, crisis civilizatoria humana, ruptura paradigmática.

INTRODUCCIÓN

Educación en Ciencias de la Salud, entraña una enorme responsabilidad, pues trata esencialmente del reto ante la formación profesional, de seres humanos quienes, deben servir a otros que padecen y requieren por tanto de ser forjados con conocimientos, habilidades y abundante sensibilidad humana para que esos otros ya no padezcan y se los acompañe en sus

eventos de vida (nacimiento, crecimiento y desarrollo, reproducción y muerte). Ser educador en Ciencias de la Salud, también implica un gran compromiso. Los formadores no son generalmente educadores de carrera y la mayor parte de las veces, se apela en ellos a través de cursos de formación docente, desde una pretensión niveladora generalmente exigente. La esencia, trans e intradisciplinar en la formación médica y en el resto de los equipos de salud, complican el rol y la misión, más aún, cuando se asume inicialmente que deben también desempeñar competencias de formador de formadores, tanto en el contexto de las demandas de sus usuarios de atención de su salud - enfermedad, (promoción y educación), como del propio equipo de salud en sus labores habituales de intervención y los procesos de reproducción del conocimiento, que los conectan con las universidades como expresión institucional de la educación formal en las ciencias de la salud y del

Recibido: Febrero, 2016 Aprobado: Agosto, 2016

¹Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo- Núcleo Aragua.

Correspondencia: jsarcolirap@gmail.com

encuentro de saberes, que parte del hecho de reconocer que quien sabe más de su vida y sus padecimientos, es el propio paciente al lograr ser visibilizado como sujeto social.^{1,2,3,4,5,6}

Desde el momento originario, en que el ser humano se hizo consciente de lo efímero de su vida y que puede transitarla con grandes desequilibrios, sufrimiento y enfermedad, dirigió su mirada a la creación de un sujeto social destinado al rol de la acumulación de tales conocimientos, habilidades y sensibilidades para atender a sus demandas y de que en él se hilvanaran competencias que pudieran ser socialmente reproducidas y socializadas.⁷ Si bien la vida, la muerte y su transitar en momentos alternos de equilibrio - desequilibrio, bienestar - infelicidad permiten, el reconocer una naturaleza onto-epistemológica compleja.

En los albores de la civilización humana, la sociedad originaria, primitiva o tribal, requirió del constructo de un intermediario entre el ser humano necesitado y de un Dios o Dioses omnipresentes y omnipotentes, que conferirían el restablecimiento de la vida o al menos de un mejor estado de equilibrio. Las sociedades fueron históricamente evolucionando y transformándose según categorías socio-antropológicas conocidas: tribal, esclavista, feudal, capitalista, etc. donde se puede identificar ejemplos de tales actores o sujetos sociales destinados a lo que se denominaría la atención de la salud y la enfermedad y que van desde la caracterización del Piache ancestral y llegan al profesional de la Medicina, en este siglo XXI.⁸

Esta premisa introductoria es necesaria, para visibilizar que esta necesidad humana de enfrentar la muerte y la enfermedad requería de procesos de creación, recreación, acumulación y socialización del conocimiento, que pudiesen ser reproducidos y socializados y fue desde un principio objetivizada (transformada en objeto) para así ser más fácilmente apropiada; un objeto denominado Salud con su contrapartida dialéctica, la enfermedad hizo este ejercicio de la praxis una forma más manejable, aunque finalmente constituyó todo un reduccionismo, un determinismo, que le permitiría a este nuevo sujeto social hacer uso propio de una praxis signada desde las relaciones del poder de la intermediación.⁹

Importa esta breve reflexión ontoepistemológica, para clarificar los orígenes de estos actores sociales, que más tarde pasaron desde un oficio a la ocupación profesional, y que si bien surgieron de una necesidad social humana, lo acometieron desde el contexto de la desigualdad de relación entre el que sufre y padece y del que tiene o asume las facultades o competencias de ayudarlo. Definió todo esto, la instauración de una relación

natural de poder en desigualdad, comprendida desde la aproximación dialéctica poder - sumisión. Esta parte visible ha sido frecuentemente tratada en la literatura, pero en mucha menor proporción la argumentación explicativa de la salud como una entelequia, ocasionada por un reduccionismo, un determinismo que finalmente transfiguró un instrumento de poder, que apreciado desde esta perspectiva, si harían más visible y comprensibles los orígenes de los procesos de desnaturalización o deshumanización que a lo largo de la historia prevalecerían en la praxis médica hegemónica.¹⁰

El sufrir, el padecer es parte de la emoción humana y el hecho de conectarte, involucrarte con otro ser que padece y sufre, muy probablemente le hará también sufrir.¹⁰ Aproximarnos desde aquí, hace más fácil la comprensión de cómo este actor, generó casi instintivamente este mecanismo primitivo de defensa y supervivencia. Se permitió para sí, el derecho de que sus competencias y/o conocimientos, las redujera a un objeto o a un proceso (salud -enfermedad), barrera de autoprotección que le permitiría a este sujeto social, apropiarse de su rol sin impregnarse del padecer ajeno. Es necesaria esta aproximación para comprender los procesos de construcción y desconstrucción del denominado modelo biomédico.^{9-12,13,14,15,16} cartesiano, racional, cientificista y mecanicista, que primariamente emerge de este hecho de desnaturalización, de deshumanización donde se escindió o se fracturó la razón de la emoción. Esta es una de las más simples explicaciones o argumentaciones del por qué, una profesión que naturalmente surgía de la emoción y de la espiritualidad ante el sufrimiento, fue artificialmente fracturada, escindida y desnaturalizada.

Las competencias resolutivas a los padecimientos, fueron centradas originariamente en el médico, como actor social protagónico, lo que lo conduciría a la medicalización de los servicios de la atención a la salud - enfermedad (medicalización de la atención), Paulatinamente, se irían agregando al conocimiento médico la bio-tecnologías y de la Internet,^{17,18} lo que estimularía la marcha con vida propia de las tecnologías y de la ciencia en un paralelismo y que finalmente conducirían y auparían el mito de la Sociedad de la Información o del Conocimiento, como estado superior de la Sociedad Capitalista o del Consumo, hecho que más tarde permitirá caracterizarla como la brecha social y bio-tecnológica, más distante, brutal y difícil de superar en la atención de los eventos de vida, la salud y la enfermedad. Esto además permite, una oportunidad, arribó a la ciencia y los adelantos científicos y más tarde tecnológicos. Desde la microbiología para reflexionar en todas sus

consecuencias asociadas a las diferencias sociales de accesibilidad, equidad, universalidad y justicia social de una sociedad que se centra en la acumulación del capital y del conocimiento como plus valor y signada por la explotación del hombre por el hombre, la exclusión y la injusticia social. Se consolidó de esta forma, un bucle de retroalimentación en el que se potenciaban el poderío médico, el imperio industrial farmacológico y de los modelos de producción de bienes y servicios en salud, para una sociedad que por primera vez enfrentaría al hombre ante su primera crisis civilizatoria.

En el trenzado de este relato histórico se revela durante el Ilustrismo y la Revolución Industrial, el momento en que la humanidad, expandió la validación de las tesis etiologicistas de los contagionistas del siglo XIX, que adversaban a otros autores que exponían a las condiciones de vida y de trabajo, a los determinantes sociales y sus procesos, como argumentos explicativos significantes del proceso salud-enfermedad. Así desde el cientificismo de los grandes avances en las ciencias básicas, fue potenciada la hegemonía del Método Clínico,¹⁹ como práctica médica restauradora, reivindicada exitosa de las intervenciones en salud, que se hicieron cada vez más hegemónicas desde un enfoque biologicista, mercantilista y mecanicista que llegó hasta permitirse definir un modelo propio conocido como la Medicina Basada en Evidencias.²⁰

Esta focalización de reproducción de poder, fue concentrada espacial o territorialmente en el Hospital²¹ como Icono de la medicina occidental de la atención médica en cama y centro institucional de acumulación y reproducción del conocimiento y de las biotecnologías. Representación simbólica con una acumulación de significantes perfectamente coherentes a la Sociedad del Libre Mercado. Esto sumado a los avances tecnológicos que determinaron la transfiguración del paradigma analógico al digital, en la sociedad humana con el papel protagónico de la Internet hace aproximadamente ya seis décadas, de sus avances y sus aplicaciones, como la cirugía robótica, la telemedicina, impresión 3D entre muchos otros, son argumentos que complementan el análisis de contextualización de profundización acentuada de la brecha socio - tecnológica previamente señalada. De esta forma primariamente esbozada a trazo grueso, lo hegemónico, se prosigue con la contextualización de la sumisión en el modelo biomédico: La Salud Pública.^{22,23}

La Salud Pública como asunto de Estado en los siglos XVIII y XIX.

Al incorporarse el interés colectivo, de la comunidad, como asunto de Estado, enraizada desde

los contextos de la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, las cuales jugaron un papel relevante en su proceso de conformación, ya para el siglo XIX se posicionaba la Salud Pública como política de Estado, como bien público, como conjunto de intervenciones estatales justificadas y legitimadas socialmente en nombre del interés colectivo, de toda la población. Su origen trastoca con el de la medicina occidental eurocéntrica, desde la emergencia de la Europa de los Estados republicanos, donde se reconocen los derechos de los ciudadanos "libres e iguales", y se asigna al Estado la responsabilidad de velar por dichos derechos.

Destaca en este contexto, fue una de sus disciplinas raíces, la epidemiología, que a finales del siglo XVIII y del siglo XIX consolidaba grandes logros. Si bien nunca dejara de reconocerse, las referencias de Hipócrates en la antigüedad, quien había empleado los términos de epidemia y endemia. Ejemplos a mencionar, fueron la reforma sanitaria de Inglaterra y las contribuciones de Chadwick (dio origen a la primera ley de salud pública británica en 1848), Snow, R. Virchow (medicina social europea), el informe Black, también sobre desigualdades en la salud de Inglaterra y Gales, desigualdades entre clases sociales (fundamentalmente estas), género y grupos raciales entre otras.²⁴ Así la epidemiología originariamente positivista, dura, fáctica y científica, se impregno de lo social a través de la acción del Estado y con ella, la Salud Pública, para más tarde, nuevamente fracturarse y expresarse como epidemiología clínica (forma de cohesionarse de forma más coherente con el poder imperante). Corresponde ahora apreciar las contribuciones de Bernardino Ramazzini, médico italiano del siglo XVII, considerado el fundador de la Medicina del Trabajo,²⁵ la cual se agregaría en su accionar en la Salud Pública.

Otro fueron los aportes de la Salud Ambiental, al incorporar relaciones entre determinantes sociales, el ambiente y los efectos de las sociedades humanas para el planeta y restos de los seres vivos que en él cohabitan. Se expresaría en la línea del tiempo en dos vertientes, la "verde", preocupada por los efectos de la actividad humana sobre el ambiente natural y con aspectos como el desarrollo sostenible, la pobreza, la dinámica demográfica, el efecto de invernadero, el deterioro de la capa de ozono, el ordenamiento territorial, la deforestación, la desertización y sequía, las zonas de montaña, la biodiversidad, la biotecnología, la protección de océanos, mares y costas y otros. Esta propuesta fue estelarmente promovida desde el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Por otro lado, la vertiente "azul", preocupada por los efectos del ambiente sobre la salud y bienestar de la humanidad conducida a través

de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 26. Asimismo, otra arista de gran impacto en América, lo constituyó el enfoque ecosistémico, emprendido desde el programa de Enfoques Ecosistémicos en Salud Humana, del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC).^{27,28} Sir MacFarlane Burnet, en 1940 introdujo el concepto de la "Historia Natural de la Enfermedad" para las enfermedades infecciosas.²⁹ Recordemos En 1920, Winslow³⁰ definió la salud pública como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Más tarde, Winslow cambió el término "salud física" por el de "salud física y mental".

Ya para 1958, Leavell y Clark propusieron el uso de este modelo para cualquier tipo de enfermedad, estructurando un sistema de prevención (niveles de prevención), conceptualizado como un proceso de fenómenos que se inicia en un individuo al exponerse a una serie de factores de riesgo (período prepatogénico), que puede desencadenar la aparición de la enfermedad subclínica y clínica. Se dividió en un período prepatogénico y patogénico que impulsaría el modelo de atención medicalizado preventivista de la salud pública (la destinada a los sujetos sociales excluidos o sin recursos para sufragar la atención de su salud y que correspondía en responsabilidad del Estado) que se articularía perfectamente con la clínica y el icono hospitalario, con fuertes relaciones con el ejercicio libre de la profesión, la tercerización de la salud a través de intermediarios financieros (transnacionales financieras y/o aseguradoras). Se había estructurado toda una institucionalidad validada desde la ciencia y los organismos multilaterales, que respondía a las leyes del mercado que regían este tipo de sociedad. Cabe destacar la existencia de otros referentes no menos importantes, como el informe Lalonde, de Canadá, desde un abordaje para la atención de la salud de los canadienses, que propuso una visión sobre la prevención médica. Se catalogó como un informe de salud pública orientado a las políticas públicas y que se convierte en un hito en los intentos de una nueva mirada a la salud pública.

Desde los principales organismos multilaterales de la salud, resaltó la primera Conferencia Internacional

sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa 1986,³¹ donde se emitió una carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que agobian a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Estrategia de Salud para Todos del año 2000 (OMS), refrendada en 1981 por la 34.ª Asamblea Mundial de la Salud, también marcó un paso importante en la salud pública global. Más tarde, la Organización Panamericana de la Salud, por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas",³² en Marzo 2001, definió once Funciones Esenciales de la Salud Pública, al desarrollar un instrumento para medir su desempeño, lo que permitía a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública y de esta forma homogenizar y expandir con éxito este modelo. Fueron estas: 1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población, 2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública, 3. La promoción de la salud, 4. El aseguramiento de la participación social en la salud, 5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública, 6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública, 7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, 8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos, 9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud, 10. La investigación en la salud pública. 11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde esta aproximación, aportó una definición de salud pública como: "El esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio actuaciones del alcance colectivo".

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha permanecido incólume desde 1946, la cual señalaba que "*salud no es*

solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo". Constituyo toda una objetivación de una utopía, de un reduccionismo del determinismo científico, intangible e invisibilizador que validó y certificó la dualidad hegemónica: Clínica y Modelo Preventivista, de y para esta sociedad de consumo, e igualmente permite acceder a la comprensión de la transformación de Facultades Médicas a Facultades en Ciencias de la Salud ante los requerimientos de la desmedicalización y de asumir la intra y transdisciplinariedad y de las transformaciones de los departamentos de medicina preventiva y social en estas facultades a departamentos de Salud Pública, que más adelante, enfrentaran otros desafíos de transformación que más tarde serán expuestas. Es importante referir desde la acción invisible de la mano del mercado, en este contexto social del impacto significativo de los organismos mundiales financieros multilaterales, de integración y las estrategias de tratados de libre comercio: Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Mercado Común Europeo; MERCOSUR; ALBA; OPEP, PETROCARIBE, UNASUR, BRICS, CELAC, CAN, que constituyen actores importantes del juego del poder mundial y con significativo impacto en las políticas públicas de salud y pudiese expresarse del estado de bienestar de los pueblos y las naciones desde la aproximación reflexiva e histórica de la confrontación dialéctica del poder imperial y la luchas emancipadoras de las colonias y de los pueblos. Argumentado el contexto hegemónico, corresponde ahora abordar las manifestaciones contra-hegemónicas.

Manifestaciones Contra-hegemónicas de salud pública.

En América, la corriente latinoamericana^{33,34,35,36} para el último tercio del siglo XX, venía realizando sus contribuciones al pensamiento epidemiológico, pero desde su contexto de la América Latina, plena de sol, colorido, trópico y pobreza, se empieza a crear conciencia política de sus males, y gesta en las corrientes progresistas el concepto de la producción social de la enfermedad que tendría arraigo y armonía con los movimientos sociales organizados en defensa de la salud como derecho social. Así se genera una epidemiología contextualizada y con mejor contenido, que reconoce los mecanismos de reproducción social, las clases sociales y sus luchas, la división social del trabajo lo que determino una innegable influencia marxista en su posicionamiento. Asume ante la vida, una posición crítica a través de la epidemiología pero que busca una complementariedad desde la sensibilidad de la Medicina Social.

Llegaron a ser especiales referentes: Juan Samaja, Enrique Dussel (Argentina), Jaime Breilh y Edmundo Granda (Ecuador), Naomar de Almeida Filho (Brasil), Asa Cristina Laurell (México) entre muchos otros. Son innegables desde cualquier perspectiva, las contribuciones de esta corriente latinoamericana por presentarse contextualizada desde un paradigma contra-hegemónico, quienes asumen un posicionamiento político explícito, en los matices que van desde la impregnación marxista que recibió las críticas del socialismo real a una gran diversidad de matices y tonalidades, pero que al final articularon en la búsqueda de la sensibilidad suprimida. Su expansión y crecimiento institucional cristalizó en La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).³⁷ Esta nueva aproximación, merece la cita de Álvaro Franco²¹ sobre la propuesta de Breilh "desde la dimensión ontológica (una forma de recorte del objeto salud y su interpretación), la dimensión epistemológica (formas de relación sujeto-objeto y su cosmovisión) y la dimensión praxiológica (una concepción de la práctica y el posicionamiento frente a la estructura de poder), dimensión novedosa pero cercana al concepto de Foucault sobre el poder y la salud". Según Breilh,³⁸ "los temas en salud pública debe referirse a una teoría de la necesidad, a los derechos humanos relacionados, las formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes, los preceptos y los mecanismos de la seguridad humana, cuestiones étnicas, raciales, de género y sociales de inequidad y poder". Emerge desde esta propuesta la Salud Colectiva, Edmundo Granda, la reseñó como una mirada alterna ante el modelo hegemónico de la Salud Pública.

De una simple aproximación semántica y si se quiere hermenéutica, esta coexistencia de significantes como Medicina Social y Salud Colectiva, al menos llama la atención en la posible presencia, una vez más, de un proceso de disyunción íntimamente relacionado con el determinismo científico académico de sus escenarios, siendo no menos cierto el interrogante de ¿Si algún día la medicina social se deslazará del significante semántico de medicalización que originariamente posee? Queda abierta la interrogante e implícitamente el debate. Muy probablemente tocará abordar el término polisemia e inicialmente se encontraran unas primeras aproximaciones. El contraste de mayor relevancia, lo constituirán los debates de la aparente disyunción medicina social y salud colectiva y que asemeja al menos en su apariencia, el transitar de una hegemonía descrita al principio de esta disertación. Es posible que el solo devenir del tiempo permita resolver este enigma.

La República Bolivariana de Venezuela, realizo un hito histórico el 25 de abril de 1995, por el llamado al

Referéndum Constituyente o Consultivo el cual condujo finalmente por vía constitucional, electoral, pacífica y democrática de consulta popular a una nueva Constitución Nacional.^{39,40,41,42,43} Aprobada también por el pueblo de Venezuela, mediante referendo constituyente a los quince días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y nueve, y proclamada por la Asamblea Nacional Constituyente en Caracas, a los veinte días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y nueve. Año 189° de la Independencia y 140° de la Federación. Se compone de un Preámbulo, 350 artículos, divididos en 9 Títulos, Capítulos, las Disposiciones Derogatorias, Transitorias y Finales. En ella, se definió un proceso de refundación de la República, desde la ruptura con la democracia representativa y se hace esencia constitucional la Democracia Directa, objetivizada como Democracia, Participativa y Protagónica. Si bien esta nueva república se consolida en el ejercicio del poder, con alrededor de 18 de 19 contiendas electorales victoriosas (una sola derrota electoral y de estrecho margen en el 2007, en el referéndum de consulta solicitado por el presidente para una reforma constitucional), su estabilidad contrasta con múltiples procesos de desestabilización que desencadenaron para ser contrarrestados el desarrollo de una nueva institucionalidad en el contexto de este proceso originario y hasta hoy irrepetible: Barrio Adentro y las Misiones Sociales a partir del Convenio Integral Cuba-Venezuela en salud.

El legado del Plan de la Patria y su expresión en el sector salud a través del Plan Nacional de Salud 2013 - 2019,⁴¹ se hace explícito, que la salud en Venezuela, es un derecho constitucional y corresponde al Estado la responsabilidad de asegurar el acceso de toda la ciudadanía a las intervenciones y recursos necesarios, para la promoción, la defensa y la recuperación de la salud a nivel individual y colectivo. Esto implica asumir la universalidad, al mismo tiempo que la adecuación a las necesidades específicas de la población de acuerdo al género, la interculturalidad, ciclo de vida, ciclo de vida y territorio social para la construcción del Socialismo del Vivir bien. Se concibe la salud- enfermedad como un proceso histórico y socialmente determinado por el modo de vida el cual deviene de la interacción entre el modo de producción, el grado de desarrollo de las fuerzas

productivas, la distribución y el ejercicio del poder y los patrones culturales de producción y consumo que se derivan de ellas con las condiciones naturales de existencia incluyendo las características bioclimáticas del territorio de asentamiento que generan la exposición a las condiciones favorables y desfavorables que se expresan en el perfil de salud de la población y su patrón de morbilidad.

El Plan Nacional de Salud asume a la Red Integrada de Salud como la estrategia de construcción de la nueva organización en salud y al mismo tiempo eje articulador y de desarrollo del Sistema Público Nacional de salud a partir de las necesidades de la población y que se articula con el desarrollo del Poder Popular en coherencia con los mandatos constitucionales y del Plan de la Patria 2013 - 2019. El Sistema Público Nacional de Salud ejecuta las políticas dirigidas a promover el Vivir Bien y la Salud de la población en coordinación con otros sectores y niveles de gobierno, implantando el Modelo de Atención Integral y la Estrategia de Atención Primaria en Salud en todos los establecimientos de salud que funcionan en red en los ámbitos locales, municipales, estatales y nacional.

Los avances y el impacto social alcanzados con la Misión Barrio Adentro sentaron las bases para la conformación de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), como la unidad básica organizativa y operativa de la construcción y de gestión del Sistema Público Nacional de Salud en el marco de un nuevo modelo de organización como lo es la Red Integrada de Salud. Las ASIC, son el espacio para la formación del talento humano para la salud con alta calidad académica y compromiso social. El territorio social donde se articulan la red de servicios primarios de salud, con las redes sociales comunitarias y todas las Misiones Sociales. El Modelo de Atención Integral, establece la organización de los servicios en función de las necesidades y el Vivir bien de las personas, de las familias y de la comunidad con el enfoque de determinación social de la salud, ciclo de vida, interculturalidad y género. Resaltan aquí la presentación del modelo de atención integral como respuesta a la disyunción y una concepción de la salud muy diferente a la tradicionalmente acogida por la OMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Delors J & Colaboradores. La educación encierra un tesoro. Comisión internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid: Santillana (1996) Consulta online: 06-02-2013. Disponible en: [http://ceups.educacion.unmsm.edu.pe/proyeccion_archivos/educacion-encierra-un-tesoro.pdf].
- 2) Sarco Lira J. Pertinencia de la Educación en Salud Pública. Trabajo de Ascenso. Universidad de Carabobo, Venezuela. No publicado. 2007.
- 3) Sánchez G. Bases Ético - Filosóficas de una propuesta alternativa de formación médica para una praxis socio-sanitaria oportuna en Venezuela. Revista Comunidad y Salud (Supl) 2008; 6(1): 1-14. Disponible en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv6sup1/2008-sup-1.pdf].
- 4) Guevara M, Terán I, Sarco Lira J. Crónica Sanitaria: Doctorado en Salud Pública. Revista Comunidad y Salud (Supl) 2007; 5(1): 42-45. Disponible en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm].
- 5) Sánchez, R; Mesa D. Editorial: El currículo por competencias. Revista Comunidad y Salud (Supl) 2007; 5(1): 1-3. Disponible en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm].
- 6) Durant M; Naveda O. Transformación Curricular por competencias en la educación universitaria bajo el enfoque ecosistémico formativo. Universidad de Carabobo. Fundacelac. Primera Edición. Valencia, Venezuela 2012.
- 7) Castrillo B. Interfase epistemológica entre Salud y Reproducción Social. 2008. Disponible en: [http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-300-4599cgs.pdf].
- 8) Casca P. Historia de la sociedad Humana. Editorial Ágora. Argentina. 2011. Disponible en: [http://www.pcr.org.ar/file/pub/historia.pdf].
- 9) Ideología, Hegemonía y Poder. Táctica y estrategia en la práctica política revolucionaria. Programa Nacional de Formación de Formadores UBV XXI. 2008. Disponible en: [http://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fgestion-social-ubv-lara.jimdo.com%2Fapp%2Fdownload%2F5571981813%2Fideologia.pdf%3Ft%3D1320019895&ei=WpJmVYWeAtDvggT5j0H0CA&usq=AFQjCNG0NeapCerpTvdRnXnKw4CSsJ4yg].
- 10) González María C. Sosa G. Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate. Salus online: 14-1 Abril. Epistemología de la salud pública. P. 76 2010. Publicación disponible online en: [http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/asp_epis_salud_publica.pdf].
- 11) Angellucci L. Emoción y Salud un modelo Causal. Tesis Doctoral. UCV. Facultad de Humanidades y Educación. Psicología. 2011. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/5182/1/Tesis%20doctoral%20Angellucci%202011 completa.pdf].
- 12) Lázaro J; Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2013 Mayo 27]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es.].
- 13) Madariaga C. La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales. Interculturalidad, salud, y derechos humanos: Hacia un cambio epistemológico. Revista Reflexión N° 36, ediciones CINTRAS. Santiago, diciembre 2008, Disponible en: [http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf].
- 14) Sosa G. Un médico más cercano al hombre y la salud. La formación para la praxis desde una perspectiva socio-crítica. Clemente Editores Valencia. Venezuela. 2006.
- 15) Terán, I. González, María C. El saber y la práctica médica desde el discurso de los residentes del postgrado en Medicina General Integral de dos municipios del estado Aragua. Revista Comunidad y Salud, 2008; 6(1): 14-22. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000100004&lng=es&nrn=iso>. accedido en 16 feb. 2012].
- 16) Sarco Lira J. Editorial. Impregnar a la Universidad de Tecnología, ¿A cuál Universidad? ¿Para cual Sociedad? .Revista Comunidad y Salud. 2008; 6(2): 1-3.
- 17) Sarco Lira J; Vivas D; Rolo M; Guevara M; Terán I; Dorta L; Osorio L. Competencias en las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Su innovación y desarrollo en las Facultades de Ciencias de la Salud para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Revista Comunidad y Salud. 2010; 8(1): 65-72.
- 18) Corona L. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2010; 8(5) Suplemento "El método clínico".
- 19) Junquera L.M., Baladrón J., Albertos J.M. Olay S. Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac. [revista en la Internet]. 2003 Oct. [citado 2015 Mayo 27]; 25(5): 265-272. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582003000500003&lng=es].
- 20) Expósito R; Rubio J; Hospitales sus orígenes. Historia de la enfermería. 2012. Publicación disponible online en: [http://enfeps.blogspot.com/2012/03/hospitales-sus-origenes.html]
- 21) Franco G. Á. Tendencias y teorías en salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2006; 4(2): 119-130. Disponible en: [http://www.redalyc.org/pdf/120/12024212.pdf].
- 22) Rojas F. Salud Pública Medicina Social. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba. 2009. Disponible en: [http://www.alames.org/documentos/saludpubmedsocial.pdf].
- 23) Castellano P. L. Epidemiología, Situación de Salud, Salud Pública y Condiciones de Vida, Consideraciones Conceptuales.

- Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida, y Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Santa Casa. Sao Paulo. 10 - 13 de diciembre 1995. Disponible en: [http://ecaths1.s3.amazonaws.com/doctoradodontologiacreditadount/974570701.3-Epidemiolog%C3%ADa%20en%20salud%20publica.pdf].
- 24) MESS - INSHT. España. "De Morbus Artificum Diatriba". Tratado sobre las enfermedades de los Trabajadores. Traducción, comentada. 2012. Publicación disponible online en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/VIGILANCIA%20DE%20LA%20SALUD/Tratado%20sobre%20las%20enfermedades%20de%20los%20trabajadores/tratado%20enfermedades.pdf].
- 25) Martínez J; Iglesias M; Pérez A; Curbeira E; Sánchez O. Salud ambiental, evolución histórica conceptual y principales áreas básicas. Rev. Cubana de Salud Pública. 2014; 40(4):403-411. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400014].
- 26) Lebel J. Salud. Un enfoque ecosistémico. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Enero 2005. Disponible en: [idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/33537/13/121253.pdf] accedido en 22 marzo. 2012.]
- 27) Henry M. Ecohealth en gobernanza Iniciativa sobre Liderazgo y Desarrollo del Campo de Ecosalud y Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETVs) en América Latina y el Caribe. IDRC. Presentación. ISAGS. Rio, Septiembre 2012. Disponible en: [http://es.slideshare.net/isagsunatur/presentacin-mario-henry-rodriguez-taller-isags-idrc].
- 28) Universidad CLEA. Educación online. Historia Natural de la Enfermedad. Publicación disponible en: [http://www.cleaedu.com/pdf/diplomados/aulas/salud/mdt/paginas/mdt020-5-hist-nat-de-la-enf.pdf].
- 29) Universidad Católica de Chile. EPI-Centro. Salud pública ¿Qué es y qué hace? Publicación disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm].
- 30) OMS/OPS. Carta de Otawa. 1986. Publicación disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf].
- 31) OPS/OMS. La Salud Pública en las Américas. Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. 2002. Disponible en: [http://mispas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Documentos%20de%20salud/Salud%20p%C3%BAblica%20en%20las%20am%C3%A9ricas.pdf].
- 32) Pereyra Z H. Epidemiología Social. Presentación. PDF. Disponible en: [http://www.epiredperu.net/epired/cursos/epidemiologia_bas-mh/epibas_ppt19_11I.pdf].
- 33) Iriart C; Walztkin H; Breilh J; Esgrada A. Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health 12(2), 2002. Disponible en: [http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf].
- 34) Barrera A, Breilh J; Santana V; Alfonso A; Martínez C, Spinelli H; Menéndez, E; Escudero J. C.; Rodríguez M; Castillo A, Hernández, M; Feo O; Tambellini A, Fleury S.; Rojas O, Torres M, Laurel C; López O. ALAMES. México. Conferencias PES 2012. Disponible en: [http://alamesuy.blogspot.com/2008/12/taller-latinoamericano-sobre.html].
- 35) Hernández L. Boletín del Observatorio en Salud. Opinión y Debate en Salud. Que crítica la epidemiología crítica. Una aproximación a la mirada de Neomar Almeida Filho. Vol.2, No. 4. 2009. Disponible en: [http://www.bdigital.unal.edu.co/15752/1/10453-19813-1-PB.pdf].
- 36) ALAMES. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Disponible en: [http://www.alames.org].
- 37) D'Elia Y. Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Caracas. Venezuela. ILDIS. 2006. Publicación disponible online en: [http://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/50458.pdf].
- 38) Breilh J. Nuevos paradigmas en Salud Pública. En: Programas de Naciones Unidas para el ambiente/OPS/ Reunión Internacional. Un enfoque de ecosistemas para la salud humana. Enfermedades transmisibles y emergentes. Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública. Fiocruz, 1999.
- 39) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, jueves 30 de diciembre de 1999. Publicación disponible online en: [http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2014/01/LeyesOrganicas/GO-36860_constitucion.pdf].
- 40) Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela. Plan Nacional de Salud 2013 -2019, Documento para el debate público. 2013. Publicación disponible en: [http://www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/salud2014.pdf].
- 41) Ley del Plan de la Patria 2013-2019. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No 6.118 Extraordinario, 4 de diciembre de 2013. Publicación disponible en: [http://www.onapre.gob.ve/index.php/publicaciones/descargas/finish/36-ley-del-plan-de-la-patria-2013-2019/209-ley-del-plan-de-la-patria-2013-2019].
- 42) B. Rodríguez y P. Francés. Filosofía Política II. Apuntes de clase (B. Rodríguez y P. Francés) Tema 1. La democracia. [www.ugr.es/~pfg/001Tema1.pdf].
- 43) Rojas A; Alvarado C. Promover la cohesión social: Las experiencias de la Unión Europea y América Latina y el Caribe. La Inclusión en Venezuela: Fuente fundamental de cohesión social. Disponible en: [http://eeas.europa.eu/lac/vienna/speeches/rojas.pdf].

NORMAS DE PUBLICACIÓN

GUÍA PARA LOS COLABORADORES

FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Los documentos deben enviarse directamente a la Revista Comunidad y Salud, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba" Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruiz Pineda, Morita II, Maracay, Edo. Aragua, Venezuela.

Cada documento enviado para publicación debe estar acompañado de una comunicación dirigida al Editor (a) de la Revista, firmada por cada uno de los autores donde declaran estar de acuerdo con participar en dicha publicación y en el orden de autoría establecida, además de ceder los derechos de reproducción a la revista.

La revista se reserva los derechos de hacer modificaciones de forma al texto original.

Los documentos contentivos en los trabajos enviados a la Revista Comunidad y Salud deberán ajustarse a las instrucciones, considerando el estilo y naturaleza de la Revista y a los "Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas", establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas actualizados en noviembre de 2003. Dichos requisitos se conocen también como "Normas de Estilo de Vancouver".

1.- El trabajo debe ser escrito a doble espacio, en hojas tamaño carta (21,5 x 27,5 cm) dejando un margen de al menos 2,5 cm. superior, inferior e izquierdo y 3 cm. de margen derecho. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo inferior derecho, empezando por la página del título. Se acelerará la programación de un manuscrito ya aprobado si su versión final se acompaña con una copia para PC, un disco compacto (CD) en Microsoft Word versión 2007 o más, con espaciado a 1,5; tipo de letra Time New Roman con tamaño letra 10 pts y justificados los márgenes.

Los trabajos de investigación y o de revisión deben estar escritos en máximo 25 páginas incluyendo Tablas y figuras.

Deben entregarse tres ejemplares idénticos de todo el texto, con sus referencias, tablas y figuras. Las Figuras que muestran imágenes deben entregarse en copias fotográficas,

2.- Los Trabajos para la Sección de Artículos deben dividirse en secciones tituladas "Introducción", "Material y Métodos",

"Resultados" y "Discusión". Otros tipos de artículos, tales como los "Artículos de revisión", pueden acomodarse mejor a otros formatos, que sean aprobados por el Comité Editorial.

3.- El ordenamiento de cada trabajo será el siguiente:

3.1.- Página del Título: La primera página del manuscrito debe contener: 1) El título del trabajo, describirá en forma específica, clara y concisa el contenido central de la publicación; 2) El o los autores, deben ser identificados con su nombre, apellido principal e inicial del segundo. Se recomienda a los autores escribir su nombre con formato constante, en todas sus publicaciones en revistas incluidas en el Index Medicus y otros índices internacionales; 3.- Nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4.- Nombre y dirección del autor con quien establecer correspondencia o solicitar separatas e incluir su correo electrónico; 5.- Fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos. Señale con números "superíndices" a los autores y, al pie de la página, identifique su ubicación interinstitucional.

3.2. Resumen: La segunda página debe contener un resumen escrito en español e inglés con una extensión máxima de 250 palabras, que describa los propósitos del estudio o investigación, el material y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes. No emplee abreviaturas no estandarizadas. No use expresiones vagas como "se presentan los resultados obtenidos y se comenta su significado".

3.3. Introducción: Resuma la racionalidad del estudio y exprese claramente su propósito. Cuando sea pertinente, haga explícita la hipótesis cuya validez pretendió analizar. No revise extensamente el tema y cite sólo las referencias bibliográficas que sean estrictamente atingentes a su propio estudio.

3.4. Material y Método: Describa el lugar y la fecha del estudio, la selección de los sujetos estudiados: personas o animales, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique el o los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores la posibilidad de reproducir sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso métodos

estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalos con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.

Cuando efectúe experimentos en seres humanos, explique si los procedimientos respetaron normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (2004), y si fueron revisados y aprobados por un comité ad hoc de la institución donde se efectuó el estudio.

Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales, ni los números de fichas clínicas del hospital.

Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados obtenidos.

3.5. Resultados: Presente sus resultados siguiendo una secuencia lógica y concordante. Los datos se pueden mostrar en tablas y figuras, pero no simultáneamente en ambas.

En el texto, destaque las observaciones importantes, sin repetir todos los datos que se presentan en la Tablas o Figuras. No mezcle la presentación de los resultados con la discusión, la cual debe incluirse en la siguiente sección.

3.6. Discusión: Discuta únicamente los aspectos nuevos e importantes que aporta su trabajo y las conclusiones que usted propone a partir de ellos. No repita detalladamente datos que aparecen en "Resultados". Haga explícitas las concordancias o discordancias de sus hallazgos y sus limitaciones, relacionándolas con otros estudios relevantes, identificados mediante las citas bibliográficas respectivas. Conecte sus conclusiones con los propósitos del estudio, que destacó en "Introducción". Evite formular conclusiones que no estén respaldadas por sus hallazgos, así como apoyarse, en otros trabajos aún no terminados. Plantee nuevas hipótesis cuando le parezca adecuado, pero califíquelas claramente como tales. Cuando sea apropiado, proponga sus recomendaciones.

3.7. Referencias: Para las referencias bibliográficas (citas bibliográficas) prefiera las que correspondan a trabajos originales publicados en revistas Indizadas. Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante números arábigos, colocados entre paréntesis o como supraíndice al final de la frase o párrafo en que se

las alude. Las referencias que sean citadas únicamente en la tablas o en las leyendas de las figuras, deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto.

Se debe evitar el uso de resúmenes como referencia. Las referencias de trabajos que están aceptados por una revista pero aún en trámites de publicación deberán designarse "en prensa". Evitar el uso de comunicaciones personales. Al listar las referencias, siga el siguiente orden:

A) Artículos de Revista: Apellido e inicial del nombre del o los autores, en mayúscula. Mencione todos los autores cuando sean seis, o menos; si son siete o más, incluya los seis primeros y agregue, "et al". Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí. Sigue el título completo del artículo, en su idioma original. Luego, el nombre de la revista en que apareció, abreviado según el estilo usado por el Index Medicus, año de publicación; volumen de la revista; número entre paréntesis, página inicial y final del artículo.

Ejemplo: 16. González A, Nicovani S, Massardo L, Aguirre V, Cervilla V, Lanchbury JS, et al. Influence of the HLA-DR beta share epitope on susceptibility to and clinical expression of rheumatoid arthritis in Chilean patients. Ann Rheum Dis 1997; 56: (1)191-193.

B) Capítulos en Libros: Ejemplo: 18. Croxatto H. Prostaglandinas. Funciones endocrinas del riñón. En: Pumarino H, ed. Endocrinología y Metabolismo. Santiago: Editorial Andrés Bello; 1984, p. 823-840.

Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

3.8 Agradecimientos: Exprese su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

3.9 Tablas: Presente cada Tabla en hojas apartes, separando sus líneas con doble espacio (1,5 en WP). Numere las tablas en orden correlativo o en archivo aparte en el Disco Compacto y asígneles un título que explique su contenido (Título en la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Se aceptarán máximo 06 tablas y/o figuras para cada trabajo de investigación o artículo de revisión No usar líneas verticales, separe con líneas horizontales las cuales se colocan después del título, después de los

encabezamientos de cada columna y una al final de la tabla antes de las notas aclaratorias si las hubiere. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar. Cite cada tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.

3.10 Denomine "Figura" a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ej.: Gráfico, Radiografías, Electrocardiogramas, Ecografías, etc.). los gráficos deben ser dibujados empleando un programa adecuado para facilitar su edición, o empleando un programa computacional adecuado para que los mismos puedan ser editados. Envíe tres (3) reproducciones fotográficas de cada figura, en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm. Las letras, números, fechas y símbolos deben verse claro y nítidos en la fotografía y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía en forma de imágenes sino de textos y se incluirán en hoja aparte, para ser compuesto por la imprenta. En el respaldo de cada fotografía debe anotarse, con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la figura, el nombre del autor principal, y una fecha indicando su orientación espacial. Los símbolos, fechas o letras empleadas en las fotografías de preparaciones microscópicas, deben tener tamaño y contraste suficiente para distinguirse en su entorno. Cite cada figura en el texto, en orden consecutivo. Si una figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Envíe las figuras protegidas en un sobre grueso de tamaño apropiado. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato.

Las publicaciones de ilustraciones en color debe ser consultadas con la revista y tendrá un costo para los autores.

3.11 Leyenda para las Figuras: **Presente los títulos y leyendas de las figuras en una página separada.**

Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones. En la reproducción de preparaciones macroscópicas, explique la ampliación y los métodos de tinción empleados.

4. Ejemplares y Separatas.

Por cada artículo publicado el (los) autor (es) recibirán 5 ejemplares de la revista.

INSTRUCCIONES PARA LAS OTRAS SECCIONES DE LA REVISTA

Los escritos para las secciones Forum Comunitario, Epidemiología en Acción y Crónica Sanitaria, serán revisados por expertos en los distintos temas quienes podrán sugerir modificaciones sin alterar el contenido original del texto. Una vez aceptadas las correcciones por el (los) autor (es), y después de realizada la publicación se le otorgará 5 ejemplares de la revista.

Cada escrito podrá tener una extensión de 20 páginas, redactadas en doble espacio en un solo lado del papel con letra Time New Roman, tamaño 10 pts, y justificados los márgenes. Podrán prescindir del formato IMRYD, pero manteniendo una secuencia lógica en el texto. Para las referencias bibliográficas se utilizar preferiblemente las sugeridas para artículos científicos.

PUBLISHING NORMS

GUIDE FOR COLABORATORS

FORMS AND PREPARATIONS OF MANUSCRIPTS

The papers must be sent directly to Revista Comunidad y Salud (community & health magazine). Departamento de Salud Pública (department of public health), "Witremundo Torrealba" School of Medicine, University of Carabobo, Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruiz Piñeda, Morita II, Maracay, edo. Aragua, Venezuela.

Each manuscript sent for publication must have a communication directed to the editor of the magazine, signed by each one of the authors stating they agree to participate in the magazine and in the established order, and to waive the reproduction rights to the magazine.

The magazine reserves the rights of making modifications to the form of the original text.

The papers sent to community & health magazine must follow these instructions, prepared considering the style and nature of the magazine and the requirements submitted to "revistas biomedicas" established by the "comité internacional de directores de revistas medicas 1997; 126:36-37. These guidelines are also known as Vancouver guidelines.

1. The paper must be written in double space, letter size page (21,5 x 27,5 cm) leaving a margin of at least 2,5 cm - traducir—all pages must be numbered on the upper right hand corner starting with the title page. The programing of a manuscript already approved for its final version 1998 will come with a copy for CD, in Microsoft Word version 1998 or higher with spacing up to 1,5; in letter size 12 pt and the margins justified.

The investigation papers (trabajos de investigacion) shouldn't be more than 25 pages long. The review articles (articulos de revision) can be more than 20 pages long, including "tablas y figuras".

Three identical examples of the text must be delivered or handed in with its references, tables and figures. The figures that show images must be in photos not photocopies.

2. All the papers must be divided in sections titled "introduction", "material & methods", "results & discussion". Other types of articles such as "articulos de revision" can be better accommodated to other formats, to be approved by the editorial comitee.

3. The order of each paper will be as follows:

3.1- Title page: the first page of the manuscript must contain;

1) The title of the paper, will describe in a clear way, the main contents of the publication; 2) the authors or author, must be identified with their name and last name. Its recommended that the authors write their name in a constant format in all their publications in magazines included in the "index medicus" and other international indexes; 3.- name of the section/s, departments, services and institutions that should be credited for their work; 4.- name and address of the author in order to establish correspondance or request separatatas. It can include fax number and e-mail address; 5.-source of funds, if there were any, grants, equipment, drugs, or all.

3.2. Summary: the second page must contain a summary written in spanish & english 250 words long it must describe the purposes of the study or investigation, the material and methods used, the main results and the most important conclusions. It is recommended to use a structured summary (introduction and objectives, methodologie, most important results and conclusions). Do not apply abreviations. Do not use vague expressions" showing how results are obtained or comment its meaning".

3.3. Introduction: summarize the rationalaty of the study and clearly express its purpose. Only when relevant, express the hipothesis of which you tried to analize. Don't review the subject extinsively cite only book references strictly relevant to the studio.

3.4. Material and method: describe the place and date of the study, people, animals organs, tissue, cells, etc., and it's respective controls. Identify the methods, instruments, apparatus and procedures used, with the adequate precision allowed so other observers can reproduce your results. If well established methods were used and from its frequent use (includes statistic methods) name and cite the respective references. When the methods have been published but are not well known provide the references and add a brief description. If the methods are new or you applied modifications to the methods established, describe them precisely, justify its use and state its limitations.

When you carry out expirements on human beings, explain if the procedures respected the ethical standards in agreement with the (2004) helsinki declaration, and if they were reviewed and approved by a comitee *ad hoc* of the institution were the study was carried out.

Identify the drugs and chemical composites used, with their generic name, its dosage and application. Identify the patients by means of correlative numbers, neither by their initials, nor by their medical history.

Always indicate the number of patients or observations, the

statistical methods used and the level of importance chosen previously to judge the results.

3.5. Results: show your results following a logical sequence and concordance, in the texts, tables and figures, but not in both simultaneously.

In the text, highlight the important observations, without repeating all the facts that are shown in tables and figures. Don't mix the presentation of the results with the discussion. The discussion must be included in the following section.

3.6. Discussion: discuss only the new and important aspects that your work contributes and the conclusions that you propose. don't repeat detailed facts that appear in "results". Express where you agree and disagree with your findings and limitations, relating them with other relevant studies, identified by the respective bibliography. Connect your conclusions with the purpose of the study that you highlighted in "introduction". Avoid formulating conclusions that are not supported by their findings and by other studies that have not been completed. Raise new hypothesis when you think it is adequate, but describe them as such. When appropriate, propose your recommendations.

3.7. References: for bibliographical references (bibliographical quotes) choose the ones that were originally published in medicine journals. Number the references in the order they are mentioned for the first time in the text. Identify them with arabic numbers, placed (between paranthesis) at the end of the phrase or section in which they are mentioned. The references that will be quoted only in the tables(graphs?) Must be numbered in the sequence they are quoted for the first time in the text.

The summaries of presentations to congresses can be quoted as reference only when they were published in journals. if they were published in (Books of Summaries) they can be quoted in the text(between paranthesis) at the end of the pertinent paragraph. References of research will not be accepted if they are accepted by a journal, even if its about to be printed. Follow this order when listing the references:

- A) Journal articles: last name and first name initial of the author or authors, in capital letters. Mention all the authors when they are six, if they are seven or more include the first six and add, "*et al*". Limit the punctuations to commas that separate the authors among them. The complete title of the article, in it's original language. then, the name of the journal where it appeared, abbreviated according to the style by "**index medicus**", year of publication, volume of the journal: starting page and end of article.

Example: 16. Gonzalez A, Nicovani S, Massardo I, Agguire V, Cervilla V, Lanchbury JS, *et al*. Influence of

the hla-dr beta share epitope on susceptibility to and clinical expression of rheumatoid arthritis in chilean patients. *Ann rheum dis* 1997; 56:191-193.

- B) Chapters in Books: example: 18. croxatto h. Prostaglandinas. Funciones endocrinas del riñon. En: Pumarino H, ed. *Endocrinologia y Metabolismo*. Santiago: Editorial Andres Bello, 1984; 823-840.

The authors are responsible for the exactness of their references.

3.8. Gratitude: express your gratitude only to people and institutions that have contributed substantially to your study (work). The authors are responsible for the mentioning of people or institutions in which case the readers could attribute the results of the work and its conclusions.

3.9. Tables: present each table in separate pages, separating it's lines with double space (1,5 in wp). Number the tables in correlative order or file separately in a diskette and assign a title that explains it's content (title in the table) over each column place a short heading or abbreviation. Do not use vertical lines separating with horizontal lines which are placed after the title, after the headings of each column and one at the end of the table and before any special comments if there were any . The column with data(facts) must be separated by spaces and not by vertical lines. When special notes (notas aclaratorias) are required add them at the bottom of the table. Use special notes(notas aclaratorias)for all non standard abbreviations. Cite each table in its consecutive order when mentioned in the text.

3.10. Name "figure" to any illustration that is not a table (example: graphics, x-rays, electrocardiograms, etc.) The graphics must be drawn by a professional or using an adequate computer program . Send 3 photographic reproductions each figure, in black and white 9x12 cm. The numbers, dates, and symbols must be seen sharp and clear in the photograph and must be sufficient in size to be legible, when reduced in size for publishing purposes. Its titles and legends must not appear in the photograph but will be included in a separate page to be printed by the printing house. In the back of each photograph you must write down in a carbon pencil or with a label, the name of the figure , name of the main author and a date indicating it's orientation. The symbols, dates, or alphabet letters in the photographs of microscopic preparations, must be sufficient in size and contrast to be distinguished in its environment.

Cite each figure in the text, in consecutive order. If a figure reproduces material that has been already published, indicate its origin and obtain written permission from the author and original editor to be reproduced for your work (study). Send the figures in a thick, big envelope.

The photographs of patients must have part of their faces covered to protect their anonymity.

The publication of color illustrations must be consulted with the magazine and at the authors expense.

3.11 Legend for the figures: present the titles and legends of the figures in a separate page. Identify and explain every symbol, arrow, number or letter that was used to signal some part of the illustration. In the reproduction of macroscopic preparations, explain the enlargement and the methods used.

4. Issues and Separate.

For each article published the author or authors will receive 5 separatas and an issue of the magazine.

INSTRUCTIONS FOR THE OTHER SECTIONS OF THE MAGAZINES

The texts for the sections forum comunitario, epidemiologia en accion y cronica sanitaria will be reviewed by experts in different issues that could suggest modifications without altering the original content of the text. Once the corrections are accepted by the author or authors, and after the publication has been published they will be rewarded with 5 separate.

Each text can be 20 pages long, can be written in double space and only on one side of the paper and can leave out the imryd format, but maintain a logical sequence in the text.

INDICE ACUMULADO

Volumen 14, N° 01, Año 2016

(Orden según apellido del primer autor)

Rafael Acosta Pereira, Daisy Meza Palma.

Análisis del discurso en el proceso de mediación del conocimiento de la educación física desde una visión compleja.

Alirio Arraiz, Leomar Blasco, Lioana Garcia, María Gutierrez Gutierrez, Angel Sierra, Johnny Sarco Lira Parodi, Maria Infranco, Luz Marina Navarretes.

Requerimiento de unidad de hemodiálisis del eje Este del estado Aragua, Venezuela. 2014

Ángel Fernández T., Aldo Reigosa Y.

Cáncer de mama hereditario

Mariela Mata, Andreina Parra, Karen Sánchez, Yenny Alviarez, Luis Pérez-Ybarra

Relación clínico-epidemiológica de Giardiasis en niños de 0-12 años que asisten a núcleos de Atención Primaria. Municipio Francisco Linares Alcántara, estado Aragua.

Julio César Meza.

Reflexiones epistemológicas y semánticas acerca del baloncesto como área del conocimiento para la salud, desde una visión holística

Fedor Meza, Daisy Meza Palma.

Representaciones iconográficas de la educación física para la construcción semiológica de imaginarios colectivos desde el diálogo de saberes.

Ramón Rivas D., José A. Rodríguez, Alexandra Rojas, Rosanny Rodríguez, María Rumbos, Daniela Romero, Mercedes Herrera

Perfil clínico epidemiológico de embarazadas con chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en Corporalud, estado Aragua. Año 2014.

Kerman Rosales Sabino

Enfrentando desafíos en el contexto de la Salud Pública Internacional.

Normig Zoghbi, Angela López.

La llegada del virus Zika a Venezuela y su posible huella en la salud materna- infantil. Ideas para el debate

Normig Zoghbi, Paolo Tassinari, María del Pilar Fortes, María Paredes, Ligia Gámez, Marina Palacios.

Perfil genético HLA en familias venezolanas: útil herramienta biomédica.

Volumen 14, N° 02, Año 2016

(Orden según apellido del primer autor)

Elizabeth Fajardo Ramos; Leonor Córdoba Andrade; Jhon Elkin Enciso Luna.

Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo.

Darli Ernestina González Ramírez, José Antonio Romero Palmera.

Diseño de ficha de registro y notificación de casos de leishmaniasis para el programa de control en Venezuela.

Sarina K. González, Luisana A. García, David E. Flores, Rosa E. Pérez, Juan J. Luis-León, Johana G. Mota-Alvarez, Rosa C. Pérez.

Infección por *Sporothrix schenckii* en agricultores del caserío "Peñón de Gabante". Municipio Tovar. Estado Aragua. Venezuela.

María Cristina González M.; Yamile Delgado de Smith

Lenguaje no sexista. Una apuesta por la visibilización de las mujeres.

José Gregorio López Añez; Orlina I. López Añez; Andreina C. López Bitriaga

Focos de atención en la prevención del cáncer de mama en Venezuela.

Mariela Mata-Orozco; Mayra López-Caldera; Daisy Meza Palma; Alejandro Labrador Parra; Johny Sarco Lira; Henry Pérez; María Triolo-Mieses; Arturo Martínez Santos; Carmen Gimón Uzcategui; Desiree Cuberos Guedez; Rosa Goldcheidt Martínez; Gregoria González, Evelin Escalona.

Enfoques emergentes de la epidemiología: una mirada desde la transdisciplinariedad.

Magaly S. Ortunio C.; Harold Guevara R.

Aproximación teórica al constructo resiliencia.

Ariel E. Reyes G.

Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela.

Johny Sarcolira Parodi

Educación en Ciencias de la Salud, aproximación desde una nueva mirada de la Salud Pública.

Marymili Segura Vera; Mirna Stranieri

Formación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género en Venezuela.

Maily Tang P.

La Muerte Materna develada en los escenarios ocultos de la transcomplejidad.

Rosirys Velasquez Salazar, Solimar Rojas, Adriana Briceño, Marco Prieto.

Neurocisticercosis: Enfermedad infecciosa desatendida, olvidada y emergente. A propósito de un caso.

Juan Diego Villegas-Alzate, Sebastián Vera-Henao, María Camila Jaramillo-Monsalve, Laura Isabel Jaramillo-Jaramillo, Lina María Martínez-Sánchez, Gloria Inés Martínez-Domínguez, Iván Villegas-Gutiérrez.

El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública.

Index Acumulated

Volumen 14, N° 01, Año 2016

(Order by the first author's last name)

Rafael Acosta Pereira, Daisy Meza Palma.

Analysis the mediation process of physical education knowledge from a complex vision speech.

Alirio Arraiz, Leomar Blasco, Lioana Garcia, Maria Gutierrez Gutierrez, Angel Sierra, Johnny Sarco Lira Parodi, Maria Infranco, Luz Marina Navarretes.

Requirement of hemodialysis unit in shaft this Territorial Aragua state, Venezuela. 2014

Ángel Fernández T., Aldo Reigosa Y.

Hereditary breast cancer

Mariela Mata, Andreina Parra, Karen Sánchez, Yenny Alviarez, Luis Pérez-Ybarra

Clinical-epidemiologic relationship of giardiasis in children 0-12 years attending primary care nucleus. Municipality Francisco Linares Alcantara, Aragua.

Julio César Meza.

Epistemological reflections and semantics about basketball as area of knowledge for health from a holistic vision

Fedor Meza, Daisy Meza Palma.

Iconographic representations of physical education for collective imaginary sociological construction of knowledge from the dialogue.

Ramón Rivas D., José A. Rodríguez, Alexandra Rojas, Rosanny Rodríguez, María Rumbos, Daniela Romero, Mercedes Herrera

Clinical epidemiological profile of pregnant with chikungunya in Corposalud watch in state epidemiological, estate Aragua 2014

Kerman Rosales Sabino

Facing challenges in the context of international Public Health.

Normig Zoghbi, Angela López.

Zika virus arrival to Venezuela and its possible imprint on the maternal- child health. An urgent discussion

Normig Zoghbi, Paolo Tassinari, María del Pilar Fortes, María Paredes, Ligia Gámez, Marina Palacios.

HLA genetic profile in Venezuelan families: Biomedical useful tool

Volumen 14, N° 02, Año 2016

(Order by the first author's last name)

Elizabeth Fajardo Ramos; Leonor Córdoba Andrade; Jhon Elkin Enciso Luna.

Quality of life in older adults: reflections on the colombian context from Schalock and Verdugo model.

Darli Ernestina González Ramírez, José Antonio Romero Palmera.

Designing a registration and notification file of cases of leishmaniasis for the control program in Venezuela.

Sarina K. González, Luisana A. García, David E. Flores, Rosa E. Pérez, Juan J. Luis-León, Johana G. Mota-Alvarez, Rosa C. Pérez.

Infection caused by *Sporothrix schenckii* in farmers from the village "Peñón de Gabante". Tovar municipality. Aragua state. Venezuela.

María Cristina González M.; Yamile Delgado de Smith

Non- sexist language. A commitment to visibility of women.

José Gregorio López Añez; Orlina I. López Añez; Andreina C. López Bitriaga.

Attention focuses on prevention of breast cancer in Venezuela

Mariela Mata-Orozco; Mayra López-Caldera; Daisy Meza Palma; Alejandro Labrador Parra; Johny Sarco Lira; Henry Pérez; María Triolo-Mieses; Arturo Martínez Santos; Carmen Gimón Uzcategui; Desiree Cuberos Guedez; Rosa Goldcheidt Martínez; Gregoria González, Evelin Escalona.

Emerging approaches of epidemiology: a view from the transdisciplinarity.

Magaly S. Ortunio C.; Harold Guevara R.

Theoretical approach to the resilience construct.

Ariel E. Reyes G.

Sexually transmitted infections. A Public Health Problem in the World and in Venezuela.

Johny Sarcolira Parodi

Education in Health Sciences, an approach from a new look of public health.

Marymili Segura Vera; Mirna Stranieri

Training of health personnel for addressing gender violence in Venezuela.

Maily Tang P.

Maternal death unveiled in the hidden scenarios of the transcomplejidad.

Rosirys Velasquez Salazar, Solimar Rojas, Adriana Briceño, Marco Prieto.

Neurocysticercosis: an ignored, forgotten and emerging infectious disease. A case study.

Juan Diego Villegas-Alzate, Sebastián Vera-Henao, María Camila Jaramillo-Monsalve, Laura Isabel Jaramillo-Jaramillo, Lina María Martínez-Sánchez, Gloria Inés Martínez-Domínguez, Iván Villegas-Gutiérrez.

The abandonment of treatment compliance in renal replacement therapy: an alarm in public health.



Universidad de Carabobo

Comunidad y Salud



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Depósito Legal: pp200202AR1401 - ISSN: 1690-3293



Suscripciones: revistacomunidadysalud@hotmail.com
Teléfono: (00-58-243)2170739 Departamento de Salud Pública

Revista Científica del Departamento de Salud Pública