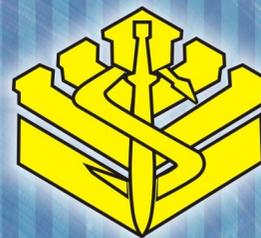




Universidad  
de Carabobo



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

Depósito Legal: pp200202AR1401  
ISSN: 1690-3293

# Comunidad y Salud

Vol. 20 N° 1 Año 2022

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 ANGEL FERREIRA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. DECANO: JOSÉ CORADO**

### SEDE CARABOBO

**ASISTENTE AL DECANO**

**DANIEL AUDE**

**DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA**

**VILMAR QUINTERO**

**DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS**

**DORIS NÓBREGA**

**DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ANI EVIES**

**DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS**

**RÚBEN TORO**

**DIRECTORA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL**

**MILENA GRANADO**

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL**

**NELINA RUÍZ**

**DIRECTORA DE POSTGRADO**

**EVERILDA ARTEAGA**

**DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**MAYRA JIMÉNEZ**

**DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR**

**ZULMA RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES**

**DAILENE LEAL**

**COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES**

**MILAGROS ESPINOSA**

**COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN**

**MARIA ELENA CRUCES**

**COORDINADORA DE TIC**

**ÁNGEL FERNÁNDEZ**

### SEDE ARAGUA

**COMISIONADO DEL DECANO**

**JOSÉ SÁNCHEZ**

**DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA**

**"DR. WITREMUNDO TORREALBA"**

**IRMA AGÜERO**

**DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS**

**DAYANA REQUENA**

**DIRECTORA EXTENSION ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**LEYDA MONTERO**

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL**

**ELIZABETH FERRER**

**DIRECTORA DE POSTGRADO**

**MARÍA VICTORIA MÉNDEZ**

**DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**MARLA PAREDES**

**DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR**

**EVELIA PRINCE**

**DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES**

**ISAMAR CHIRINOS**

**COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES**

**MARIANELA MORENO SARCOLIRA**

**COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN**

**YURAIMA GARCIA**

**COORDINADORA TIC**

**MAIT VELÁSQUEZ**

**DIRECTORA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS**

**DARIA CAMACHO**

*Revista 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*

*SCIELO. <http://www.scielo.org.ve> LILACS. <http://www.bireme.br> LIVECS. <http://www.bvs.org.ve>*

*ASEREME. Asociación de Editores de Revistas Médicas*

*MIAR. Matriz de Información para el Análisis de Revistas*

*ESCI. Emerging Sources Citation Index*

*ROAD. Directory of Open Access Scholarly Resources*

*WOS. Web of Science Groups*

*Latín REV/FLACSO. Red Latinoamericana de Revistas Académicas en Ciencias Sociales y Humanidades.*

*Registrada en DGBC-UC. Portal de Revistas de la Biblioteca Central. Universidad de Carabobo. <http://servicio.bc.uc.edu.ve>*



*Dirección: Revista Comunidad y Salud. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba" Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Avenida Leonardo Ruíz Pineda, Sector La Morita II. Maracay, Venezuela.*

*<http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm> Correspondencia: [revistacomunidadysalud@gmail.com](mailto:revistacomunidadysalud@gmail.com); [revista.comysalud@uc.edu.ve](mailto:revista.comysalud@uc.edu.ve)*

## Contenido

### Artículos Originales

#### EDITORIA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

#### COMITÉ EDITORIAL

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)

PEDRO VILLASANA (UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS,  
CHILE)

GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)

JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)

DAISY MEZA PALMA

(UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, ECUADOR)

NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)

RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)

MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (FCSA-UC)

IRIS TÉRAN (FCSA-UC)

MAILY TANG (FCSA-UC)

#### COMITÉ ASESOR

MARIA CRISTINA GONZÁLEZ (FCSA-UC)

DORIS ACEVEDO (FCSA-UC)

IRIS VILLALOBOS (FCSA-UC)

AISMARA BORGES (FCSA-UC)

MANUEL ROLO (FCSA-UC)

LUIS GALINDEZ (UNIVERSIDAD DEL SUR DE LA  
FLORIDA, USA)

MARCO MARRUFFO

(MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD)

#### COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS FCS-ARAGUA)

- 1-10 **Interacción Trabajo, familia y salud en las y los trabajadores de un centro de Atención Primaria en Salud. Aragua, Venezuela.**  
Ariel Pérez Galavís.
- 11-18 **Relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y la Hemorragia digestiva alta.**  
Rosario Romero P, Luis Barboza A, Jorge Romero Ch, Henry Cueva P, José Faría R.
- 19-28 **Adherencia y Conocimiento del Asma Infantil por parte del cuidador en un Hospital de Lima.**  
Gladys Maria Reyes Aranya.
- 29-35 **Impacto del embarazo en el comportamiento de la enfermedad hemorroidal. Maracay, Aragua, Venezuela.**  
Carlos Alejos Agüero, Alberto Brea Madrid, Valeria Araque, Maria Calcurian, Carlos Alejos Ludert, Luz Marina Navarrete.
- 36-47 **Validación de la Escala Fantástico: estilo de vida en adultos venezolanos.**  
Devorah Alejandra Díaz H., Héctor José Peña E.
- 48-58 **Tensiones en la formación y práctica en salud antes y durante la Revolución Bolivariana en Venezuela.**  
Pedro Enrique Villasana López, Mary Reina Ramos Rodríguez.

### Caso Clínico

- 59-63 **Dermatosis por IgA lineal en la infancia. A propósito de un caso. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".**  
Mildred Dorta, Natalia Sarabia, Yurimar Rojas.

### Cartas al Editor

- 64-65 **Participación del Tecnólogo Médico en terapia física y rehabilitación en atención primaria en tiempos de pandemia, Perú.**  
Cristhian Santiago Bazán.
- 66-68 **Normas de Publicación**

## Content Originals Articles

### EDITORA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

### EDITORIAL COMMITTEE

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)  
PEDRO VILLASANA (UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS,  
CHILE)  
GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)  
JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)  
DAISY MEZA PALMA  
(UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, ECUADOR)  
NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)  
RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)  
MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (FCSA-UC)  
IRIS TÉRAN (FCSA-UC)  
MAILY TANG (FCSA-UC)

### COMITÉ ASESOR

MARIA CRISTINA GONZÁLEZ (FCS-UC)  
DORIS ACEVEDO (FCSA-UC)  
IRIS VILLALOBOS (FCSA-UC)  
AISMARA BORGES (FCSA-UC)  
MANUEL ROLO (FCSA-UC)  
LUIS GALINDEZ (UNIVERSIDAD DEL SUR DE LA  
FLORIDA, USA)  
MARCO MARRUFFO  
(MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD)

### COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO  
EVELIA PRINCE  
(DPTO. DE IDIOMAS FCS-ARAGUA)

- 1-10 **Work, family interaction and health: in workers from a primary health care center. Aragua, Venezuela.**  
Ariel Pérez Galavís.
- 11-18 **Relationship between *Helicobacter pylori* infection and upper gastrointestinal bleeding.**  
Rosario Romero P, Luis Barboza A, Jorge Romero Ch, Henry Cueva P, José Faría R.
- 19-28 **Adherence and knowledge of childhood asthma by the caregiver in a Hospital in Lima.**  
Gladys Maria Reyes Aranya.
- 29-35 **Impact of pregnancy on the behavior of hemorrhoidal disease. Maracay, Aragua, Venezuela.**  
Carlos Alejos Agüero, Alberto Brea Madrid, Valeria Araque, Maria Calcurian, Carlos Alejos Ludert, Luz Marina Navarrete.
- 36-47 **Validation of fantastic scale: a measure for lifestyle of venezuelan adults.**  
Devorah Alejandra Díaz H, Héctor José Peña E.
- 48-58 **Tensions in training and practice health before and during the Bolivarian Revolution in Venezuela.**  
Pedro Enrique Villasana López, Mary Reina Ramos

## Clinical case

- 59-63 **Dermatosis linear IgA in childhood. In regards to a case. Hospital Universitario "Dr. Ángel Iralde", Venezuela.**  
Mildred Dorta, Natalia Sarabia, Yurimar Rojas.

## Editor's Letters

- 64-65 **Participation of the medical technologist in physical therapy and rehabilitation in primary care in times of pandemic, Perú.**  
Cristhian Santiago Bazán.
- 69-71 **Publishing Norms**

## INTERACCIÓN TRABAJO - FAMILIA Y SALUD EN LAS Y LOS TRABAJADORES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ARAGUA, VENEZUELA.

WORK - FAMILY INTERACTION AND HEALTH: IN WORKERS FROM A PRIMARY HEALTH CARE CENTER. ARAGUA, VENEZUELA.

Ariel Pérez Galavís<sup>1</sup>

### ABSTRACT

*The present research aimed to analyze the work-family interaction as a determining factor in the health of workers with family responsibilities who work in a primary health care facility in Aragua - Venezuela in 2020 - 2021. This field research, within the quantitative paradigm, was of observational design and descriptive and cross-sectional level. The study population was made up of 85 workers. The sample selected under an intentional sampling was made up of 35 workers, having as inclusion criteria: workers of both sexes, both administrative and blue-collar, with children between 0 and 17 years of age; with seniority of at least 6 months of work and willing to participate in the study. The type of interaction prevailing in the sample studied was typified through the work-family interaction questionnaire, where the most frequent were the positive family-work interaction given by an average of 1.82, represented by women in 37%. And the negative work family interaction with a mean of 1.61. The survey of sociodemographic and work data, showed that 100% of women establish reconciliation strategies between the family and work sphere. Regarding the self-perceived health effects, it was determined by means of the referred effects survey, that there are low references of alterations on these. It is concluded that the work-family relation has implications in social equality and gender, and in the intergenerational transmission of opportunities. Hence, it is recommended to implement family support strategies as a key element; furthermore, the support of the State is necessary in the creation of policies directed at workers with family responsibilities.*

**KEY WORDS:** family relationships, working conditions, health personnel.

### RESUMEN

*La presente investigación tuvo como objetivo analizar la interacción trabajo-familia como condicionante de la salud de las y los trabajadores con responsabilidades familiares que laboran en un centro de atención primaria de salud, ubicado en el estado Aragua, Venezuela. Esta investigación de campo, dentro del paradigma cuantitativo, fue de diseño observacional, nivel descriptivo y de corte transversal; la población estuvo conformada por 85 trabajadores, la muestra seleccionada bajo un muestreo intencional quedó constituida por 35 trabajadores, teniendo como criterios de inclusión: trabajadores de ambos sexos, tanto administrativos como obreros, con hijos en edades entre 0 y 17 años, antigüedad laboral mínima de 6 meses y que estuviesen dispuestos a participar en el estudio. A través del cuestionario de interacción trabajo-familia se tipificó el tipo de interacción prevalente en la muestra estudiada, donde la más frecuente fue la interacción positiva familia-trabajo dado por una media de 1,82; representado por mujeres en un 37%, y la interacción negativa trabajo-familia con una media de 1,61. A través de la encuesta de datos sociodemográficos y laborales se identificó que 100% de las mujeres establecen estrategias conciliatorias entre la esfera familiar y laboral. En cuanto a los efectos a la salud autopercebidas se determinó por medio de la encuesta de efectos referidos, que hay bajas referencias de alteraciones sobre estos. Se concluye que la relación trabajo-familia tiene implicaciones en la equidad social y de género y en la transmisión intergeneracional de oportunidades. De allí, que se recomienda implementar estrategias de apoyo familiar como elemento clave, requiriendo el apoyo del Estado en la creación de políticas dirigidas a las y los trabajadores con responsabilidades familiares.*

**PALABRAS CLAVE:** relaciones familiares, condiciones de trabajo, personal de salud.

### INTRODUCCIÓN

Las sucesivas evoluciones durante el Siglo XIX y XX, del sistema de producción industrial, como bien advierten Vidal y Sánchez<sup>1</sup> "generó una ruptura entre el espacio familiar y el del trabajo que en teoría debían complementarse pues, gracias al trabajo las personas pueden satisfacer sus necesidades de alimentación y seguridad"; además, en familia se desarrollan los lazos afectivos y se establecen los mecanismos que garantizan la reproducción armónica de la vida humana y la formación integral para desenvolverse en la sociedad. Los efectos

Recibido: diciembre 15, 2021

Aprobado: Abril 05, 2022

<sup>1</sup>Docente Investigador. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Ariel Pérez G.. ORCID: 0000-0003-3422-3862

Correspondencia: arieldavid65@gmail.com

de esa ruptura se han hecho patentes a medida que la división sexual del trabajo, en el que las mujeres solo se ocupaban del trabajo doméstico ha ido desapareciendo en la práctica.

Sin embargo, los cambios sociales, políticos e ideológicos han llevado a la mujer a la búsqueda de igualdad en relación con los hombres. Una de las principales manifestaciones de estas transformaciones, tal como lo reseña la Organización Internacional del Trabajo (OIT), es que cada vez más mujeres se insertan en el mercado laboral movidas, sobre todo, por razones económicas de sobrevivencia familiar y deterioro del ingreso. Este cambio ha introducido nuevos factores en el binomio empleo - familia en una dinámica imparable por la progresiva igualación de los sexos, el aumento del nivel educativo de la mujer y la necesidad de obtener un doble ingreso para el mantenimiento del hogar<sup>2</sup>.

Así mismo, América Latina experimenta, según Goldin<sup>3</sup> una "revolución silenciosa" en lo que concierne a la interacción entre trabajo y familia. La autora explica, que siete de cada diez mujeres en edad reproductiva forman parte de la fuerza laboral y crecientemente habitan en hogares liderados por mujeres, muchos de estos monoparentales. Simultáneamente, los cuidados continúan siendo responsabilidad sobre todo de la mujer, lo cual ha constituido, como lo afirma la Comisión Económica Para América Latina y del Caribe<sup>4</sup> (CEPAL) "una fuerte barrera de acceso al mercado laboral".

En tal sentido, si se tiene en cuenta el cambio económico y social sufrido en las últimas décadas, se puede observar la asignación diferencial de roles a cada género, de tal forma, que antes el hombre tenía asignado el área del trabajo y la mujer la del hogar. Pero ahora, ambos sexos trabajan y, a su vez, cuidan la familia. Todo ello produce, como señala Grados y Gutiérrez<sup>5</sup> "*la problemática del conflicto trabajo - familia. Por consiguiente, para una persona es difícil separar su vida laboral de la familia o personal, porque están interconectadas*". Por otra parte, algunos autores no evidencian diferencias entre géneros, mientras otros indican que existen niveles más altos de conflicto trabajo-familia en las mujeres, aunque ello parece depender de otras variables, tanto del ámbito laboral como del familiar.

A pesar de los cambios socio-demográficos y económicos derivados de la mayor participación de las mujeres en el mundo laboral formal, la sociedad todavía no los han asimilado, por lo que, aunque existen instituciones dedicadas, tanto a la crianza de las y los niños como a individuos de la tercera edad, en la actualidad muchas personas viven una situación de

conflicto al querer compaginar o conciliar las demandas de su trabajo con el deseo de pasar más tiempo con sus familiares. En relación a esto, Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza y Gómez<sup>6</sup>, consideran que hay que reconocer que entre trabajo y familia existe "*una relación muy compleja, que puede ser positiva o negativa*".

Por otra parte, ante el escenario que se vive actualmente, debido a la pandemia por SARS-CoV-2, ha aumentado la carga asociada al trabajo no remunerado, el cual, tal como lo plantea la CEPAL, es llevado a cabo en mayor medida por la mujer y se ha incrementado, debido al cierre de las escuelas y al mayor número de personas que requiere cuidados especiales<sup>7</sup>. En comparación a otras recesiones mundiales, Alon Doepke, Olmstead-Rumsey y Tertilt<sup>8</sup>, consideran que esta situación irregular, que implica un distanciamiento social, "*afecta más a sectores que cuentan con mayor porcentaje de empleo femenino, tal como el sector salud*", que según publicación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), escrito por Anita Bhathia "*se estima es ejercido en un 67% por la fuerza laboral femenina*"<sup>9</sup>. Por lo que las mujeres, del sector salud, tienen un aumento en el riesgo de infección debido a sus roles predominantes como cuidadora informal y trabajadora de la salud, tal como se observó durante la epidemia del ébola entre los años 2014 y 2016, siendo relevante, el estudio de la interacción trabajo - familia desde la mirada de género y pandemia.

Después de esto, Hernández<sup>10</sup>, considera que el estudio de la articulación entre trabajo y familia ha sido objeto de interés relativamente reciente. Esto debido al impacto que tiene la capacidad de conciliación de la vida familiar y la vida laboral en la motivación al trabajo. En suma, Fraile<sup>11</sup> coloca en evidencia:

*"...la invasión de la vida familiar ante las demandas extraordinarias de la vida laboral, la permeabilidad de la esfera de la familia y del espacio mental complejiza la separación de ambos ámbitos y plantea un nuevo modo de ver el trabajo desde la conciliación familia/empresa"*.

En consecuencia, la primera revisión documental que evaluó sistemáticamente las investigaciones sobre la interacción entre trabajo y familia, la efectuaron Greenhaus y Beutell en 1985 citados por Vidal y Sánchez<sup>1</sup>, quienes definieron el conflicto trabajo-familia como una forma de conflicto entre roles, en que las presiones de trabajo y la familia son mutuamente incompatibles en algunos aspectos. Sin embargo, Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza y Gómez<sup>6</sup>, consideran que en los últimos años se reconoce que la

relación trabajo-familia es compleja, pudiendo ser positiva o negativa y partiendo del modelo de conflicto propuesto por Moreno, Mayo, Sanz, Geurts, Rodríguez y Garrosa<sup>12</sup>, se plantean cuatro posibles realidades: a) Interacción negativa trabajo-familia o interferencia trabajo-familia, b) Interacción negativa familia-trabajo o interferencia familia-trabajo, c) Interacción positiva trabajo-familia o facilitación trabajo-familia y d) Interacción positiva familia-trabajo o facilitación familia-trabajo.

Por consiguiente, en el nuevo modelo prevaleciente de familia, Sabater<sup>13</sup> hace referencia que la diversidad es la regla:

*... "los perfiles de organización de la vida se multiplican y, en estos modos de organización, se observa una proporción creciente de formas de organización familiar con un modelo dual de ingresos. Precisamente el problema de la conciliación vida familiar y laboral se sitúa en la doble jornada laboral".*

Además, existen algunas evidencias de que las inadecuadas condiciones de trabajo de los profesionales de atención primaria, tal como lo reseña Acevedo, Farías, Sánchez, Astegiano y Fernández<sup>14</sup> "repercuten negativamente en su propia salud y en la calidad de atención ofrecida". Recíprocamente se ha introducido en el análisis de la interacción trabajo-familia el papel de las organizaciones en la compaginación de la vida laboral, la vida familiar y la personal.

Otros aspectos que generan particular interés en el abordaje de esta problemática son las consecuencias del conflicto trabajo-familia en la salud. Sobre esta consideración, autores como Grzywacz<sup>15</sup> (2000), Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza y Gómez<sup>6</sup>, Knecht y *et al.*<sup>16</sup>, relatan que los efectos a la salud de las y los trabajadores se pueden manifestar tanto en la salud física, mental y psicológica. En los casos que las relaciones negativas entre trabajo y familia se vinculan con una pobre salud física y mental, como una menor gratificación y mayor interferencia entre trabajo y familia, mayor es el número de síntomas referidos por las mujeres en relación a los hombres. Entre los síntomas identificados, cuando existe una interacción negativa trabajo-familia, se encuentran: agotamiento emocional, dolencias, cansancio y las dolencias de salud auto-percibidas.

Con base a las consideraciones anteriores, el sector salud, particularmente en los servicios asistenciales, se distingue de otros ámbitos por tener propósitos muy especiales; es decir, las personas atendidas. Además, la actividad que el personal efectúa contiene riesgos específicos que, durante la interacción

trabajo-familia, puede generar problemas de salud en el conjunto de las y los trabajadores y en cada uno de ellos. En esta perspectiva, nos planteamos analizar la interacción trabajo-familia como condicionante de la salud de las y los trabajadores con responsabilidades familiares que laboran en un centro de atención primaria de salud, ubicado en el estado Aragua, Venezuela, durante los años 2020 y 2021.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló la investigación dentro del paradigma cuantitativo, con un diseño no experimental, de campo, nivel descriptivo y corte transversal. La población estuvo representada por 85 trabajadores del centro de salud, de la cual se tomó una muestra de tipo intencional, considerando como criterios de inclusión: trabajadores de ambos sexos, tanto administrativos como obreros, con hijos en edades comprendidas entre 0 y 17 años de edad, antigüedad laboral mínima de seis meses y con disposición a participar en el estudio. Dicha muestra quedó integrada por 35 trabajadores/as de las diferentes áreas.

Las herramientas utilizadas para recabar la información a fin de cumplir con los objetivos planteados fueron: a) Encuesta de Datos Socio-demográficos y Laborales con énfasis en Datos Familiares, creada por Vidal y Sánchez<sup>1</sup> para obtener datos sobre edad, sexo, grado de instrucción, número de hijos, antigüedad laboral, si vive con sus hijos, si vive en pareja, así como las estrategias de conciliación aplicadas por las y los trabajadores para identificar las demandas familiares y laborales. Se aplicó la herramienta N° 11 (Lista de verificación de las condiciones generales de seguridad e higiene), del Manual para Gerentes y Administradores: Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>17</sup>, que incluye 21 apartados, cuyo procedimiento de aplicación fue a través de la observación directa de las condiciones de trabajo; b) El Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia, desarrollado por Geurts, Taris, Kompier, Dijkers, Van y Kinnunen, empleando la versión en español de Moreno *et al.*<sup>12</sup>, que consta de 22 ítems con respuestas policotómica tipo Likert; en cuyas respuestas se calculó la media de los valores de todas y todos los encuestados para cada tipo de interacción; c) La Encuesta de Efectos Referidos (EER) elaborada por Almirall, Del Castillo, González, Álvarez, Hernández y Parada<sup>18</sup>. Este instrumento consta de 70 ítems que reflejan alteraciones de la salud a partir de los síntomas y entidades referidas por la o el trabajador, permitió conocer cuál es la percepción que sobre su salud tiene cada trabajador/ra. La información obtenida fue

procesada mediante programa Excel, tabulada y analizada calculando los porcentajes y utilizando estadística descriptiva.

## RESULTADOS

En la muestra de trabajadores/as estudiados (n=35), el rango de edad reportado fue entre 24 y 49 años, con un promedio 36 años; 69% mujeres y 31% hombres; 37,1% con grado de instrucción universitaria incompleta, 28,6% universitaria completa y 22,9% técnicos superior universitario. En relación al número de hijos, 42,9% manifiesto tener dos hijos; 31,4% un hijo y 17,1% tres hijos. En cuanto a la antigüedad laboral, 62,8% declaró tener más de 7 años trabajando en la institución. Igualmente se reporto que 100% vive con sus hijos y 74,3% viven en pareja (tabla 1).

La lista de verificación de la herramienta N° 11, permitió identificar las condiciones de higiene y seguridad del centro de salud, obteniendo en todas las categorías analizadas respuestas falsas o frases incorrectas que señalan las condiciones no existentes, las cuales deben considerarse como un peligro potencial para el personal de salud que allí labora, con énfasis en aspectos de Ergonomía (73%), Prevención y Extinción de Incendio (63%) y en igual proporción (50%) en los Riesgos Químicos, así como en las condiciones de iluminación y ventilación.

Las interacciones de la relación trabajo - familia identificadas en la muestra, la dimensión más frecuente es la interacción positiva familia - trabajo con  $\chi=1,82$ , seguido de la interacción negativa que ejerce el trabajo sobre la familia ( $\chi= 1,61$ ). (tabla 2)

Las actividades desarrolladas en el hogar determinan las demandas familiares, ya que constituyen en gran medida las responsabilidades tanto de la mujer como de los hombres que conforman el núcleo familiar. Entre las diferentes actividades domésticas, 100% de las mujeres cocinan, friegan platos, limpian la casa, lavan y planchan la ropa, hacen mercado, pagan servicios y solo 50% hacen arreglos menores de la casa; sin embargo, 100% de los hombres friegan platos, hacen mercado, pagan servicios y realizan arreglos menores de la casa, 46% cocinan y nunca lavan y planchan la ropa. De las actividades parentales 100% son realizadas por las mujeres, en cambio, 56% de los hombres de esta muestra orientan las tareas de sus hijos, nunca los bañan y los visten, como tampoco cuidan familiares enfermos; 100% de la muestra comparte actividades recreativas. En cuanto a las estrategias conciliatorias, como "cuidado de los niños" es desarrollado 100% por la muestra; 91% (32 de

35, de los cuales 24 son mujeres) de la muestra ha solicitado permiso en su trabajo por asuntos familiares; 80% ha tenido problemas familiares producto de su trabajo ( tabla 3).

En cuanto a las demandas laborales en las y los trabajadores del centro de salud, se obtuvo que 91% tienen una jornada laboral de 8 horas; 9% (13% de las mujeres) realizan turnos extras para aumentar sus ingresos; 86% tienen una pausa para la comida entre 16 y 30 minutos; 100% tienen más de 3 días de descanso motivado a que están laborando por turnos de día producto de la pandemia y 100% no está conforme con su remuneración mensual. En cuanto a las condiciones psicosociales, 89% consideró que son malas debido a que tienen sobrecarga de trabajo, laboran bajo presión, sin posibilidad de tomar pautas cortas, con tareas monótonas y poco interesantes; además, no hay relación entre ingreso vs esfuerzo y capacidades, no sienten satisfacción por el trabajo, aunque 11% manifestó que son buenas las condiciones psicosociales. Por otra parte, 69% declaró que las exigencias físicas y la actividad física que realizan durante la jornada laboral son pesadas (tabla 4).

Las consecuencias del conflicto trabajo - familia como condicionante de la salud pueden influir tanto en la salud física como psicológica y mental. El perfil de salud basado en el promedio de la Encuesta de Efectos Referidos a la salud de las y los trabajadores, fué 0,2; dado porque 60% tienen "preocupación por su salud personal" y 51% por "miedo a las enfermedades graves"; ubicando a la muestra estudiada con "bajas referencias de alteraciones a la salud" (tabla 5).

## DISCUSIÓN

Históricamente, la división sexual del trabajo - hombres proveedores, mujeres cuidadoras- supuso una especialización a lo largo de líneas de género que relegó el trabajo reproductivo en el contexto de la familia -las tareas domésticas y de cuidado- al espacio de lo privado, invisibilizándola como trabajo socialmente valioso y configurando un tipo de desigualdad enraizado en el propio modo de organización social. Según Acevedo, Farías, Sánchez, Astegiano y Fernández<sup>14</sup> "La demanda por mayor igualdad de género ha puesto de relieve la importancia del trabajo doméstico y de cuidado como un elemento clave para el bienestar de los individuos y las sociedades", relevando al mismo tiempo las tensiones implícitas en el proyecto de conciliar las demandas de este tipo de labor con las que impone el trabajo remunerado. Dicha tensión sigue estando hoy en el centro de las desigualdades de género en términos

**Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica y laboral en las y los trabajadores de la salud de un Centro de Atención Primaria de Salud.

|                        | <b>Variables</b>         | <b>f</b> | <b>%</b> |
|------------------------|--------------------------|----------|----------|
| Edad                   | 24 – 27                  | 5        | 14,3     |
|                        | 28 – 31                  | 9        | 25,7     |
|                        | 32 – 35                  | 8        | 22,9     |
|                        | 36 – 41                  | 4        | 11,4     |
|                        | 42 – 45                  | 3        | 08,6     |
| Media: 36 años de edad | 46 – 49                  | 6        | 17,1     |
| Sexo                   | Mujeres                  | 24       | 69       |
|                        | Hombres                  | 11       | 31       |
| Grado de Instrucción   | Secundaria incompleta    | 1        | 02,8     |
|                        | Secundaria completa      | 3        | 08,6     |
|                        | TSU                      | 8        | 22,9     |
|                        | Universitaria incompleta | 13       | 37,1     |
|                        | Universitaria completa   | 10       | 28,6     |
| Nº de Hijos            | 1                        | 11       | 31,4     |
|                        | 2                        | 15       | 42,9     |
|                        | 3                        | 6        | 17,1     |
|                        | >4                       | 3        | 08,6     |
|                        | 6 meses – 3 años         | 5        | 14,3     |
| Antigüedad laboral     | 4 – 6 años               | 8        | 22,9     |
|                        | 7 – 10 años              | 13       | 37,1     |
|                        | >11                      | 9        | 25,7     |
| Vive con Hijos         | Si                       | 35       | 100      |
|                        | No                       | 0        | 00,0     |
| Vive en pareja         | Si                       | 26       | 74,3     |
|                        | No                       | 9        | 25,7     |

de las oportunidades para desarrollar talentos, generar un ingreso propio y decidir sobre él. La distinción también cruza las posibilidades de vincular el trabajo no solo con la productividad económica, sino también con el bienestar y el desarrollo armónico de las capacidades humanas.

En este contexto, esta investigación buscó develar, a través de las respuestas emitidas a los instrumentos, las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la distribución de la sobrecarga familiar, además las condiciones, posibilidades y limitaciones que surgen desde el mundo laboral remunerado para hacer

posible la instalación de una agenda de conciliación de responsabilidades laborales y familiares, con equidad de género, sin obviar la situación de la pandemia por COVID 19, que ha conllevado a nuevas formas de organización del trabajo; sin embargo, en el sector salud permanece sin cambios haciendo especial sobrecarga de las demandas no solo laborales sino familiares.

Sobre las variables estudiadas en este Centro de Atención Primaria de Salud, en relación a las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT), solo 5 aspectos de los 13 evaluados no cumplieron con la normativa exigida; por tanto, es de considerar que el

**Tabla 2.** Media según tipo de interacción en las y los trabajadores de la salud de un Centro de Atención Primaria de Salud.

| Interacción Negativa<br>Trabajo – Familia | Interacción Negativa<br>Familia – Trabajo | Interacción Positiva<br>Trabajo – Familia | Interacción Positiva Familia –<br>Trabajo |
|---|---|---|---|
| 1,61                                      | 1,36                                      | 1,31                                      | 1,82                                      |

**Tabla 3.** Demandas familiares según sexo de las y los trabajadores con responsabilidades con sus familias, en un Centro de Atención Primaria de Salud.

| Variables                     | Actividades                                | Mujeres |     | Hombres |     |
|-------------------------------|--|---------|-----|---------|-----|
|                               |  | f       | %   | f       | %   |
| Actividades<br>Domésticas     | Cocinar                                    | 24      | 100 | 5       | 46  |
|                               | Fregar platos                              | 24      | 100 | 11      | 100 |
|                               | Limpia la casa                             | 24      | 100 | 3       | 27  |
|                               | Lavar la ropa                              | 24      | 100 | 0       | 0   |
|                               | Planchar la ropa                           | 24      | 100 | 0       | 0   |
|                               | Hacer mercado                              | 24      | 100 | 11      | 100 |
|                               | Pagos de servicios                         | 24      | 100 | 11      | 100 |
| Actividades<br>Parentales     | Arreglos menores de la casa                | 12      | 50  | 11      | 100 |
|                               | Bañar y vestir a sus hijos                 | 24      | 100 | 0       | 0   |
|                               | Orientar las tareas a sus hijos            | 24      | 100 | 6       | 56  |
|                               | Cuidar familiares enfermos                 | 24      | 100 | 0       | 0   |
| Estrategias<br>Conciliatorias | Compartir actividades recreativas          | 24      | 100 | 11      | 100 |
|                               | Cuidado de los niños                       | 24      | 100 | 11      | 100 |
|                               | Permisos laborales para asuntos familiares | 24      | 100 | 8       | 73  |
|                               | Problemas familiares a causa del trabajo   | 22      | 92  | 6       | 56  |

trabajo es un determinante social del proceso salud - enfermedad, sobre el que puede influir favorable o desfavorablemente. No obstante, en los últimos años han surgido un conjunto de iniciativas que buscan promover mejoras en las condiciones de trabajo y empleo en el sector salud. Su propósito consiste en construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los recursos humanos, con el objetivo de alcanzar el "trabajo decente en el sector salud".

Entre estas iniciativas, se destacan el programa de Trabajo Decente de la OIT, como también el plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud de la OPS 2015-2025<sup>19</sup>, que proponen una serie de objetivos estratégicos tendientes a generar relaciones laborales adecuadas entre el personal y las organizaciones de salud, a fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y garantizar institucionalmente la prestación de servicios de buena calidad para toda la población. Para cumplir con dichos objetivos es necesario conocer las condiciones en las que realizan sus tareas las y los trabajadores de la salud y definir metodologías que permitan medir de manera concreta las CyMAT.

Recíprocamente, los cambios ocurridos en las últimas décadas en relación al mercado laboral han estado fuertemente marcados por la incorporación de la mujer al mismo; derivado de ello, la búsqueda del equilibrio entre lo familiar y lo laboral ha estado presente desde ese momento y, por consiguiente, la preocupación por cómo conciliar ambas esferas. Asimismo, Vidal y Sánchez<sup>1</sup> consideran que *"hoy en día, la conciliación se presenta como un problema sin resolver que implica a las familias y a los individuos"*.

Del desequilibrio que se está generando a partir de la dificultad de conciliar se han sucedido cambios que afectan a todos los miembros del grupo familiar y a las personas en situaciones vulnerables, como son los dependientes. Adicionalmente es conocido que la pandemia obligó a reorganizar el trabajo y trajo nuevas formas como el teletrabajo; sin embargo, el sector salud no ha presentado cambios en cuanto a su organización, pero ha conllevado a la realización de otras tareas, tales como el cuidado familiar, la educación de sus hijos, entre otras, aumentando así la carga laboral para la gran mayoría de dicho personal.

Asimismo, de la interacción positiva entre el trabajo y la familia, definida por Moreno *et al.*, citado por Grados y Gutiérrez<sup>5</sup>, *"como la integración entre el ámbito laboral y familiar, con el fin de contribuir y mejorar la vida"*, en la presente investigación prevaleció

la dimensión positiva familia - trabajo, concebida por las autoras antes citadas como *"la relación en donde la situación familiar y personal del trabajador optimizan el desempeño del mismo en su lugar de trabajo"*. La interacción negativa entre el trabajo y la familia, entendida como los roles que ejercen las personas dentro de una organización que pueden obstaculizar los roles a nivel familiar, conllevan a que las relaciones entre el trabajo y la familia se vuelvan inadecuadas por las presiones que tienen en el trabajo: Esta dimensión de interacción negativa trabajo-familia fue la que prevaleció, destacando que los elementos propios del trabajo afectan la vida personal del trabajador.

En cuanto al sexo, la interacción positiva familia - trabajo, 37% de la muestra estudiada, estuvo representada por mujeres. Análogamente, al comparar entre los sexos las estrategias aplicadas, 100% de las mujeres establecen estrategias conciliatorias entre lo que es la esfera familiar y la del trabajo, influyendo positivamente estas estrategias desarrolladas en el hogar, sobre el trabajo remunerado; por tanto, hay un balance satisfactorio entre ellas, y en este caso, la interacción es beneficiosa para ambos campos. Sin embargo, 29% de la muestra en estudio se ubicó en la interacción negativa trabajo - familia, representado en un 20% por mujeres, de lo cual se puede deducir que la participación en el trabajo remunerado obstaculiza la ejecución de las estrategias conciliatorias desarrolladas en el hogar, influyendo negativamente el trabajo sobre la familia, ya que las exigencias laborales minimizan el tiempo dedicado a los familiares, esto puede asociarse con disminución de la productividad laboral. Por tanto, se observó la existencia de una clara división sexual del trabajo doméstico, asumiendo las mujeres la mayor parte de las diferentes tareas de la casa, por lo que se puede concluir que el hombre se mantiene indiferente a estas actividades a desarrollar en el hogar.

En suma, Kanter citado por Sabater<sup>13</sup>, plantea como *"hasta hace unas décadas, las responsabilidades y roles inherentes a estos ámbitos eran desempeñados por hombres y mujeres de forma diferenciada debido a la tradicional división de roles por sexo"*. Sin embargo, los cambios sociales, políticos e ideológicos han llevado a la mujer a la búsqueda de igualdad en relación con los hombres. Una de las principales manifestaciones de estas transformaciones, tal como lo reseña la autora antes citada, ha sido la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Este cambio ha introducido nuevos factores en el binomio empleo - familia en una dinámica imparable por la progresiva igualación de los sexos, el aumento del nivel educativo de la mujer y la necesidad de obtener un doble ingreso para el mantenimiento del hogar, tal como

**Tabla 4.** Demandas laborales según sexo de las y los trabajadores con responsabilidades familiares de un Centro de Atención Primaria de Salud.

| Demandas Laborales  |             | Mujeres |     | Hombres |     |
|---|-------------|---------|-----|---------|-----|
|   |             | f       | %   | f       | %   |
| Horas trabajadas diarias                                      | 8 horas     | 21      | 88  | 11      | 100 |
|   | >8 horas    | 3       | 13  | 0       | 0   |
| Pausas de descanso para la comida                             | <15 min     | 0       | 0   | 2       | 18  |
|   | 16 – 30 min | 24      | 100 | 6       | 55  |
| Días de descanso a la semana                                  | >30 min     | 0       | 0   | 3       | 27  |
|   | 1 día       | 0       | 0   | 0       | 0   |
|   | 1 – 2 días  | 0       | 0   | 0       | 0   |
| Remuneración mensual  | >3 días     | 24      | 100 | 11      | 100 |
|   | Conforme    | 0       | 0   | 0       | 0   |
| Condiciones psicosociales en el trabajo                       | No conforme | 24      | 100 | 11      | 100 |
|   | Buenas      | 3       | 13  | 1       | 9   |
| Exigencias físicas y actividad física en el centro de trabajo | Malas       | 21      | 88  | 10      | 91  |
|   | Ligera      | 0       | 0   | 1       | 9   |
|   | Moderada    | 6       | 25  | 4       | 36  |
|   | Pesada      | 18      | 75  | 6       | 55  |

**Tabla 5.** Media de los efectos a la salud en las y los trabajadores de la salud de un Centro de Atención Primaria de Salud.

| NO   | Poco Frecuente | Frecuente | Muy Frecuente |
|------|----------------|-----------|---------------|
| 30,9 | 1,6            | 1,4       | 1,2           |

se ve reflejado en los resultados de esta investigación. Además, independientemente del nivel de formación académica, cada vez más mujeres con responsabilidades familiares y con hijos pequeños buscan trabajo fuera del hogar, algunas como estrategia para un mayor crecimiento y aprendizaje y otras para lograr la subsistencia.

Entre tanto, esta realidad social, tal como Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza y Gómez<sup>6</sup> explican que ha generado la necesidad de compatibilizar el empleo con el cuidado familiar, obligándola a conciliar las demandas asociadas a cada uno de sus roles y a evitar conflictos que puedan influir en su calidad de vida y en su salud física y mental.

En cuanto a los efectos a la salud autopercibidas por las y los trabajadores los resultados reportaron que hay bajas referencias de alteraciones a su salud. No obstante, considerando que la interacción negativa trabajo - familia no fue la dimensión más reconocida dentro de las posibles entre los dos ámbitos vitales y la baja correlación entre estas variables, se puede afirmar que aunque coincide con lo identificado en la literatura, los resultados de la presente investigación no alcanzan la magnitud registrada en los estudios de referencia.

Para concluir, frente a los cambios demográficos, sociales y económicos, sin dejar a un lado la pandemia que actualmente azota a la humanidad, las familias se exponen al desafío de lograr un equilibrio entre trabajo y familia; es decir, de alcanzar un compromiso total en el desempeño de cada papel, con la dedicación necesaria para responder de manera óptima en cada situación, lo cual traería beneficios en la calidad de vida de las personas y para el mejoramiento de las relaciones familiares. Por lo que, en esta investigación, se argumenta que, como sociedad, enfrentamos el desafío de entender que no se trata de un problema privado, sino que además de los impactos en el bienestar subjetivo, la satisfacción laboral y otros indicadores de calidad de vida, la relación trabajo - familia tiene importantes implicaciones para la equidad social y de género, así como para la transmisión intergeneracional de oportunidades, ya que las niñas y los niños ven sus oportunidades de vida influidas por las posibilidades que sus padres y madres tienen de brindarles sustento económico y cuidado adecuado.

Por este motivo, es necesario iniciar una reflexión explícita de esta materia, a la luz de la actual normativa laboral, y desde una perspectiva social, económica y cultural, con el objeto de avanzar hacia la concreción de una distribución equitativa de roles entre madres y padres trabajadores, y también entre familias, organizaciones y Estado. Ello podría contribuir a materializar un cambio en el mercado de trabajo, de tal manera que las madres trabajadoras no se vean en la necesidad de renunciar o de postergar su desarrollo laboral y profesional realizando mayoritariamente trabajos residuales o más precarios o postergar la conformación de una familia. La igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres frente al acceso al empleo, y respecto a las posibilidades de desarrollo y de mejoramiento del nivel de ingresos, puede abrir la posibilidad de crear relaciones de género más igualitarias y democráticas en la familia, así como una mayor convivencia familiar.

Entre las recomendaciones que surgen en esta línea de investigación, se debe considerar el apoyo familiar como elemento clave que permita entender la interacción trabajo - familia que se registre, pues en la medida de que el trabajador reciba apoyo de la familia mejor será la relación positiva familia - trabajo y menor la relación negativa trabajo - familia. Por otro lado, el Estado podría contribuir a mejorar la condición de miles de trabajadoras y trabajadores -siguiendo el principio de la progresividad de las Leyes- ratificando el Convenio 156 de la OIT, sobre las y los trabajadores con responsabilidades familiares, aplicando legislativamente como operativamente las políticas allí señaladas. Asimismo, las asociaciones de las y los trabajadores, pueden contribuir discutiendo en los convenios colectivos cláusulas que incluyan medidas de protección a la trabajadora y al trabajador con hijos. Las organizaciones no gubernamentales, particularmente, las que promueven el empoderamiento de las mujeres, entre otras, pueden hacer pública la discusión en la sociedad de la corresponsabilidad de los hombres en el hogar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Vidal Velásquez, G. A., & Sánchez Tovar, L. Interacción trabajo-familia y salud. Una aproximación desde los actores para la formación integral en la sociedad. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*. 2017; (7): 38–53. Retrieved from <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/2298>.
- 2) Organización Internacional del Trabajo. La participación laboral de las mujeres aumenta pero el camino a la igualdad aún es largo en América Latina y el Caribe. Ginebra, 2018. Extraído el 11 de abril de 2020 de: <https://www.ilo.org/>
- 3) Goldin C. The quiet revolution that transformed women's employment: education and family. *American Economic Review*. 2006; 96(2): 1-21. Extraído el 09 de abril de 2020 de: <https://scholar.harvard.edu/>
- 4) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 2013. 2013; Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas. Extraído el 15 de abril de 2020 de: <http://repositorio.cepal.org/>
- 5) Grados S y Gutiérrez C. Interacción trabajo-familia en el personal administrativo del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente. Lima, 2018. Trabajo especial de grado para optar al título de Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Universidad Nacional José F. S. Carrión, Lima, Perú.
- 6) Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Zaragoza J y Gómez V. Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. *Salud Pública*. 2008; 50(6):482-489. Extraído el 25 de abril de 2020 de: <https://www.mediagraphic.com/>
- 7) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Measuring the impact of Covid-19 with a view of reactivation (Special Report N° 12). 2020; Publicaciones de las Naciones Unidas: Autor. Extraído el 23 de enero de 2021 de: <https://www.cepal.org/>
- 8) Alon T, Doepke M, Olmstead-Rumsey J, Tertilt M. The impact of COVID 19 on gender equality. National Bureau of Economic Research Working Paper. 2020. Extraído el 12 de diciembre de 2020 de: <https://www.nber.org/>
- 9) Organización de las Naciones Unidas Mujeres. Las mujeres y el COVID19: Cinco acciones que los gobiernos pueden adoptar sin demoras. Washington, 2020. Extraído el 02 de febrero de 2021 de: <https://www.unwomen.org/>
- 10) Hernández A. Expectativas de vida familiar y laboral de una muestra de estudiantes de publicidad y relaciones públicas. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante, España. 2008. Extraído el 05 de marzo de 2020 de: <https://www.lluisvives.com/>
- 11) Fraile G. La relación entre la conciliación de la vida familiar y laboral y las motivaciones del trabajo. Un estudio sobre los directivos en argentina. Tesis Doctoral. Universidad de Navarra, Pamplona. 2015. Extraído el 1 de abril de 2020 de: <https://dadun.unav.edu/>
- 12) Moreno B, Mayo M, Sanz A, Geurts S, Rodríguez A, y Garrosa E. Effects of work-family conflict on employee's well-being: the moderating role of recovering experiences. 2008. Extraído el 19 de abril de 2020 de: <http://www.latienda.ie.edu/>
- 13) Sabater M. Interacción trabajo-familia. La mujer y la dificultad de la conciliación laboral. *Lan Harremanak*. 2014;1(30):163-198.
- 14) Acevedo G, Farías A, Sánchez J, Astegiano C, y Fernández A. Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente. *Salud Pública*. 2013; 3(12):15-22.
- 15) Grzywacz J. ¿Work-family spillover and health during midlife: is managing conflict everything? *American Journal of health Promotion*. 2000;14(4):236-243. Extraído el 01 de mayo de 2020 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 16) Knecht M, Bauer G, Klaghofer R, Buddberg B, Stamm M y Hammig O. Work-life conflicts and health among Swiss physicians in comparison with other university graduates and with the general Swiss working population. *Swiss Medical Weekly*. 2010;140:13-63. Extraído el 02 de mayo de 2020 de: <https://researchgate.net/>
- 17) Organización Panamericana de la Salud. Salud y seguridad de los Trabajadores del Sector Salud: Manual para gerentes y Administradores. Washington. 2005. Extraído el 04 de marzo de 2020 de: <https://www.paho.org/>
- 18) Almirall PJ, Del Castillo NP, Gonzalez A, Hernández JS, Parada C. Validación de un instrumento para el diagnóstico del Mobbing: cuestionario de Heinz Leymann (LIPT) modificado. *Rev Cubana de Salud y Trabajo*. 2008; 9(1):34-48.
- 19) OPS/OMS. Plan de acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025. 01 de octubre de 2015. 67ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33983/CD54\\_10Rev.%201-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33983/CD54_10Rev.%201-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=)

## RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

RELATIONSHIP BETWEEN HELICOBACTER PYLORI INFECTION AND UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING.

Rosario Romero P.<sup>1</sup>, Luis Barboza A.<sup>2</sup>, Jorge Romero Ch.<sup>3</sup>, Henry Cueva P.<sup>4</sup>, José Faría R.<sup>5</sup>

### ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding represents a difficult problem for public health due to its high incidence and lethality, estimated to represent one case per 20,000 inhabitants in the world population, with different disorders producing it, among them peptic ulcer, in whose progress *Helicobacter pylori* infection is a dangerous element. The objective of the study was to determine the relationship and frequency between *H. pylori* infection and upper gastrointestinal bleeding. A descriptive correlational study was carried out with 50 patients with gastrointestinal bleeding who attended the Gastroenterology Service of the Hospital Nacional Arzobispo Loayza of Peru from July to October 2021. A data collection instrument was developed for the variables: age, gender, origin, occupation and level of education. In order to determine the presence of *H. pylori*, a gastric biopsy was performed for histopathological identification. Pearson's correlation was used to establish the correspondence between the variables. The results report 16% of the patients with upper gastrointestinal bleeding of which 14% revealed infection by *H. pylori*, with a mean age of 49.5 years old and predominantly female. A positive correlation between the variables upper digestive hemorrhage and *H. pylori* infection was found, with a coefficient of 0,685. Peptic ulcer disease and gastritis are the gastrointestinal diseases that represent a high risk for upper gastrointestinal bleeding, so it is necessary to suspect the presence of this bacterium in patients with symptoms.

**KEY WORDS:** digestive hemorrhage, *Helicobacter pylori*, peptic ulcer, gastritis.

### RESUMEN

La Hemorragia Digestiva Alta representa para la salubridad pública una difícil problemática por la alta incidencia y letalidad, estimándose que representa un caso por cada 20,000 habitantes en la población mundial, siendo diferentes trastornos los que la producen, entre ellos la úlcera péptica, en cuyo progreso se encuentra como elemento de peligrosidad la infección por *Helicobacter pylori*; el objetivo del estudio fue Determinar la relación y frecuencia entre la infección por *H. pylori* y hemorragia digestiva alta. Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional con 50 pacientes con hemorragia digestiva, que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Perú, durante los meses de julio a octubre del 2021. Se elaboró un instrumento de recolección de información para las variables; edad, género, procedencia, ocupación y grado de instrucción. Para determinar la presencia de *H. pylori* se realizó una biopsia gástrica para la identificación histopatológica. Se utilizó la correlación de Pearson para establecer la correspondencia entre las variables. Los resultados reportan 16% de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta de los cuales 14% revelaron infección por *H.pylori*, con edad media de 49,5 años de edad y predominio de género femenino Se encontró una correlación positiva entre las variables hemorragia digestiva alta e infección por *H. pylori*, con coeficiente igual a 0,685. La enfermedad ulcero péptica y la gastritis, son las enfermedades gastrointestinales que representan riesgo elevado para sufrir Hemorragia Digestiva Alta por lo cual es necesario sospechar sobre la presencia de dicha bacteria en pacientes con sintomatología.

**PALABRAS CLAVE:** hemorragia digestiva, *Helicobacter pylori*, úlcera péptica, gastritis.

Recibido: febrero 23, 2022

Aprobado: abril 20, 2022

### INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA), se basa en la pérdida de sangre causada en el canal gastrointestinal superior, cercano al musculo-ligamentoso de Treitz<sup>1-3</sup> y representa la perentoriedad más importante en la consulta gastroenterológica<sup>4</sup>; constituye para la salubridad pública una difícil problemática por su alta incidencia y letalidad. Se estima que representa un caso por cada 20.000 habitantes en la población mundial<sup>5</sup>, siendo producida por diferentes trastornos que se categorizan según el organo biologico y el lugar donde se encuentre focalizado, los cuales estan habitualmente representados

<sup>1</sup>Universidad Continental. Lima. Perú. <sup>2</sup>Universidad Tecnológica del Perú. <sup>3</sup>Universidad Continental. Cusco. Perú. <sup>4</sup>Médico Internista e investigador independiente. <sup>5</sup>Universidad de Ciencias y Humanidades. Perú.

Rosario Romero P. ORCID: 0000-0002-1319-1171.

Luis Barboza A. 0000-0001-7793-1258.

Jorge Romero Ch. ORCID: 0000-0002-5738-7504.

Henry Cueva P. ORCID: 0000-0003-1605-5885.

José Faría R. ORCID: 0000-0002-7220-418X.

Correspondencia: rosarioromeroparra@gmail.com

por la hipertensión portal y la úlcera péptica; sin embargo, las técnicas para evaluar la HDA dejan sin probar 20% de su causalidad<sup>6</sup>. En Perú, las muertes, en periodos recientes, han mantenido una incidencia que abarca de 7 a 10%, por el aumento de padecimientos relacionados a la edad poblacional<sup>4</sup>. En consecuencia, el sangrado digestivo elevado es causa frecuente de atención en las emergencias y constituye una cantidad significativa de entradas hospitalarias<sup>1-7</sup>. La letalidad es versátil varía entre 2 y 20%, según la edad del paciente y sus enfermedades de base, la cantidad de la hemorragia y las señales endoscópicas de peligro<sup>8</sup>.

Existen detallados elementos, considerados de peligrosidad en el progreso de la úlcera péptica, primordialmente la infección por *Helicobacter pylori* y el suministro de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), confirmando que estos dos elementos, constituyen un peligro autónomo en el avance de la úlcera y el aumento de las hemorragias digestivas<sup>9</sup>. Existen detallados elementos, considerados de peligrosidad en el progreso de los AINE para que produzcan una menor erosión de la mucosa gástrica conjuntamente con el suministro de los bloqueadores de los ácidos del estómago o inhibidores de la bomba de protones (IBP)<sup>10-15</sup>.

No se ha definido la actuación de *H. pylori* en la pérdida de sangre gastrointestinal, empero la presencia de su infección, representa el principal origen del progreso de las ulceraciones pépticas, siendo ésta la primera causa de HDA<sup>16-21</sup>. *H. pylori* se relaciona con la intermitencia de las ulceraciones pépticas en 40 a 70% de las incidencias, ya que 27% de las ulceraciones duodenales no acostumbran a relacionarse con dicho microorganismo, y al aniquilar dicha infección, la intermitencia de las ulceraciones pépticas aminora a 3%<sup>21</sup>. Por tanto, se presume que de forma indirecta, el *H. pylori* es responsable de la aparición de sangrado del tracto digestivo superior.

La HDA con sus manifestaciones principales es una infección que demanda ser prescrita, estimada y medicada<sup>22-27</sup>. La valoración del paciente en etapas tempranas es significativa y con una acometida adecuada se logra optimizar el escenario apropiadamente, las vacilaciones y la tardía actuación acarrear numerosas dificultades, que conllevan a la letalidad del paciente<sup>28-33</sup>.

En este contexto, es importante analizar la coexistencia de *H. pylori* con las hemorragias gastrointestinales altas en personas ingresadas en los Servicios de Medicina Interna hospitalarios para establecer la relación entre el *H. pylori* y el desarrollo de HDA<sup>34</sup>, promover el desarrollo de nuevas estrategias

diagnósticas y terapéuticas que permitan un mejor manejo de esta enfermedad, con el fin de disminuir la morbimortalidad que representa esta entidad patológica, ya que son pocos los estudios publicados sobre estos eventos. Por ello, el objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación de la infección por *H. pylori* y la hemorragia digestiva alta.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 59 personas admitidas por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Perú con diagnóstico de hemorragia digestiva superior, durante los meses de julio a octubre del año 2021. La elección de la muestra se ejecutó a través de un muestreo no probabilístico conforme a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión: a) Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta con cifras óptimas de hemoglobina (>8mg/dL); b) Pacientes HIV negativos.

Criterios de Exclusión: a) Pacientes con hemorragia digestiva alta con sangrado activo al momento de realizar la gastroscopia; b) Pacientes con comorbilidades que limitan la realización del estudio como: Edad extrema (>70 años); Enfermedades Cardiovasculares agudas: Insuficiencia cardiaca descompensada, síndrome coronario agudo; Pacientes con inestabilidad hemodinámica; c) Pacientes que no quieran participar en la investigación.

Fueron seleccionados cincuenta (n=50) pacientes (32 mujeres y 18 hombres) a quienes se les aplicó los métodos de diagnósticos empleados internacionalmente<sup>35</sup> para identificar la existencia de infección por *H. pylori* y determinar si este germen representa o no un elemento de riesgo para desarrollar HDA en los pacientes.

La información fue obtenida mediante un instrumento elaborado por los investigadores, denominado Hemorragia Digestiva Alta con las siguientes dimensiones: Características generales de salud y sociodemográficas, las cuales fueron desarrolladas en 12 ítems, siendo validado por juicio de expertos y cuya confiabilidad se logró mediante el coeficiente Alfa Cronbach igual a 0,89. A través del referido instrumento fueron recogidos los siguientes datos: edad del paciente, género, procedencia (rural o urbana), antecedentes patológicos (presencia de

enfermedades asociadas como cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, etc.), antecedentes de enfermedades gastrointestinales (reflujo gastroesofágico, enfermedad ulcero-péptica, gastritis, litiasis vesicular). Se investigó además la presencia de hábito tabáquico (consumo o no de cigarrillo, hábito alcohólico (consumo o no de alcohol) y cafeico (consumo o no de café), ocupación (oficio que desempeña).

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, recomendando el cumplimiento de las pautas éticas, según el Reglamento y el Manual de procedimientos de dicho Comité Institucional. En este sentido, a cada uno de los pacientes integrantes de la muestra, se les explicó los objetivos de la investigación, se les solicitó su autorización como constancia de participación voluntaria en el estudio, lo cual fue expresado con la firma del consentimiento informado. Seguidamente, a cada paciente, se le aplicó el instrumento diseñado para desarrollar la investigación.

La identificación histopatológica fue procesada por biopsia gástrica, empleada también por Bermúdez *et al.*<sup>36</sup>, utilizando el microscopio para observar el microorganismo en forma de espiral en cortes histológicos con desiguales tinciones como hematoxilina-eosina, la de Warthin-Starry con nitrato de plata y la tinción con Giemsa.

#### Análisis estadístico

Recopilada la información se tabularon los datos para facilitar su análisis, las derivaciones fueron expresadas como media y desviación estándar y en frecuencia absoluta y relativa. Se agruparon las variables género, grupos de edad, comorbilidades, hemorragia digestiva superior e infección por *H. pylori*. Para establecer la correspondencia entre la infección de *H. pylori* y HDA, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. El análisis de los datos se realizó con una significancia estadística de  $\alpha=0,05$  y se ejecutó aplicando el Programa Estadístico SPSS.

#### RESULTADOS

De los cincuenta (50) pacientes de la muestra en estudio, 16% (n=8) presentaron HDA y 84% (n=42) no presentaron HDA. La tabla 1 presenta, los resultados de las variables sociodemográficas de los pacientes con HDA reportando una media de edad de  $49,46 \pm 18,70$  de los cuales 50% se agruparon entre 26 y 45 años de edad, con predominio del género femenino (87,5%), procedentes del área urbana, en una razón de 7:1.

Asimismo, 87,5% negó el desempeño de alguna actividad laboral y 14% refirió haber cumplido solo estudios de secundaria. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con y sin HDA, para estas variables sociodemográficas.

En cuanto a las características generales de salud, se encontró que 100% de los pacientes con HDA presentaron antecedentes patológicos de tipo gastrointestinal. Dentro de estos antecedentes patológicos gastrointestinales se reportó el reflujo gastroesofágico, enfermedad ulcero péptica, gastritis y litiasis vesicular, predominando la enfermedad ulcero péptica (62,5%) como causante de HDA. El análisis de los hábitos psicosociales reportó que 75% y 87,5% declaró la presencia de tabaquismo y alcohol respectivamente, y 50% aceptó consumo de café (tabla 2).

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado ( $X^2$ ) se observó diferencia estadísticamente significativa para las variables antecedentes patológicos ( $p=0,006$ ), patología gastrointestinal ( $p=0,000$ ), enfermedad ulcero péptica ( $p<0,01$ ) y gastritis ( $p<0,05$ ) en pacientes que presentaron HDA y en aquellos pacientes que no la tenían. No se observó significancia estadística de riesgo para HDA, en el resto de las variables.

Se evidenció que de los 08 en pacientes que presentaron HDA, 07 (87,5%) fueron positivos a *H. pylori*; representando 14% del total de pacientes de la muestra estudiada. No obstante, se observó que 86% de los pacientes que reportaron infección por *H. pylori* no tenían sintomatología de HDA. Al aplicar la prueba  $X^2$  no se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: ( $p=0,599$ ), OR= 0,737 (IC: 0,071-7,610). Finalmente, la aplicación de la correlación de Pearson, entre HDA e infección por *H. pylori* reportó correlación positiva, con un coeficiente igual a 0,685.

#### DISCUSIÓN

Los resultados del estudio permiten determinar una correlación positiva entre la infección por *H. pylori* y HDA, este hallazgo coincide con lo reportado por González y Piñol<sup>37</sup>, quienes establecen las lesiones gástricas asociadas a la *H. pylori* y otros agentes agresivos, no sólo como una entidad de etiología infecciosa, sino como una alteración de los mecanismos neuroinmunes del estómago, que pierden su acción reguladora y defensora de la mucosa, y agravan el daño iniciado por la bacteria. Asimismo, confirman lo expresado por Da Costa *et al.*<sup>33</sup> quienes, al relacionar el hallazgo endoscópico con la frecuencia de infección por *H. pylori*, encontraron que la úlcera gástrica y la

**Tabla 1.** Características sociodemográficas según presencia de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes valorados por el Servicio de Gastroenterología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Perú.

| Variables             | Hemorragia Digestiva Alta |          |              |           |                    |            |
|-----------------------|---------------------------|----------|--------------|-----------|--------------------|------------|
|                       | Si                        |          | No           |           | Tasa por 100 (n=8) |            |
|                       | N                         | %        | N            | %         |                    |            |
| Edad<br>(49,46±18,70) | ≤ 25                      | 0        | 0,00         | 6         | 12,00              | 0,00       |
|                       | 26 a 45                   | 4        | 8,00         | 15        | 30,00              | 50,00      |
|                       | 46 a 65                   | 1        | 2,00         | 14        | 28,00              | 12,50      |
|                       | > 65                      | 3        | 6,00         | 7         | 14,00              | 37,50      |
| Género<br>(7:1)       | Femenino                  | 7        | 14,00        | 29        | 58,00              | 87,50      |
|                       | Masculino                 | 1        | 2,00         | 13        | 26,00              | 12,50      |
| Procedencia           | Urbana                    | 8        | 16,00        | 42        | 84,00              | 100,00     |
|                       | Rural                     | 0        | 0,00         | 0         | 0,00               | 0,00       |
| Ocupación             | Empleado                  | 1        | 2,00         | 12        | 24,00              | 12,50      |
|                       | Desempleado               | 7        | 14,00        | 30        | 60,00              | 87,50      |
| Nivel de instrucción  | Primaria                  | 0        | 0,00         | 6         | 12,00              | 0,00       |
|                       | Secundaria                | 7        | 14,00        | 24        | 48,00              | 87,50      |
|                       | Superior                  | 1        | 2,00         | 12        | 24,00              | 12,50      |
| <b>Total</b>          |                           | <b>8</b> | <b>16,00</b> | <b>42</b> | <b>84,00</b>       | <b>100</b> |

gastropatía erosiva tuvieron una relación positiva significativa.

La HDA representa causa de consulta habitual en los servicios de emergencia y se sospecha que constituya una estadística relevante a entradas hospitalarias, específicamente en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde oscila entre 25 y 30%, con letalidad variable de 2 a 20%; depende mayormente de la edad del paciente y sus comorbilidades, del volumen de la hemorragia y el riesgo en los signos endoscópicos<sup>2</sup>. Esta se manifiesta con mayor frecuencia en pacientes a partir de los 60 años de vida, asociada a padecimientos propios de su edad y que pueden incidir negativamente en su evolución<sup>37</sup>; sin embargo, en el presente estudio, este grupo de edad representa un porcentaje bajo, evidenciado en la media de edad de la muestra de pacientes estudiados. La sintomatología de HDA se observó con mayor frecuencia en pacientes relativamente jóvenes, del género femenino, de procedencia urbana; asimismo, se reportó que un gran porcentaje no desempeñaba ningún oficio y con un nivel de instrucción de secundaria. Los hallazgos observados en relación con la edad y género difieren de lo observado por Reyes *et al.*<sup>38</sup>, quienes observaron que los pacientes más afectados eran mayores a 50 años de edad y de género masculino en su mayoría.

Por otro lado, la totalidad de los pacientes con HDA reportó antecedentes patológicos de tipo gastrointestinal, entre estos: reflujo gastrointestinal, enfermedad ulcero péptica, gastritis y litiasis vesicular, predominando la enfermedad ulcero péptica como causante de HDA, lo cual coincide también con los resultados reportados por Da Costa *et al.*<sup>33</sup> Además, la mayoría de los pacientes incluidos en su estudio con hemorragia digestiva fueron positivos a *H. pylori*; sin embargo, en muchos casos su sintomatología no fue hemorrágica alta sino baja.

En nuestro estudio el mayor número de pacientes con HDA reportó como patología gastrointestinal a la úlcera péptica, lo que coincide con los hallazgos de Manrique-Lemus *et al.*<sup>39</sup>, quienes describieron esta enfermedad ulcero péptica como la causa trascendental de la hemorragia digestiva, concluyendo que la asociación de antecedentes patológicos y presencia de HDA permitió mostrar que en el predominio de la patología gastrointestinal, la gastritis puede considerarse como causa de HDA.

Los datos obtenidos convergen con lo señalado por Huachua *et al.*<sup>40</sup> quienes pretendieron aprobar el test rápido de ureasa en personas con HDA para la búsqueda de *H. pylori*, dichos autores observaron que la principal patología asociada a la HDA fue úlcera

**Tabla 2.** Características Generales de Salud según presencia de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes valorados por el Servicio de Gastroenterología. Hospital Nacional Arzobispo Loaiza, Perú.

| Variables                              |  | Hemorragia Digestiva Alta |       |    |       |                       |
|--|--|---------------------------|-------|----|-------|-----------------------|
|  |  | Si                        |       | No |       | Tasa por 100<br>(n=8) |
|  |  | N                         | %     | N  | %     |                       |
| Antecedentes<br>patológicos            | Si   | 8                         | 16    | 42 | 84,00 | 100,00                |
|  | No   | 0                         | 0,0   | 00 | 00,00 | 0,00                  |
| Patologías previas                     | Hepatopatía  | 0                         | 0,00  | 1  | 2,00  | 0,00                  |
|  | Hipertiroidismo  | 0                         | 0,00  | 4  | 8,00  | 0,00                  |
|  | Patología Gastrointestinal                             | 8                         | 16    | 12 | 24,0  | 100,00                |
|  | Sin patología  | 0                         | 0,00  | 25 | 50,0  | 0,00                  |
| Tipos de Patología<br>Gastrointestinal | Reflujo Gastroesofágico<br>(OR=2,8/ IC:0,227-35,910)   | 1                         | 2,00  | 4  | 8,00  | 12,50                 |
|  | Enfermedad úlcero péptica<br>(OR=7,0/ IC:1,394-35,987) | 5                         | 10,00 | 9  | 18,00 | 62,50                 |
|  | Gastritis<br>(OR=13,6/IC:1,068-174,81)                 | 2                         | 4,00  | 3  | 6,00  | 25,00                 |
|  | Litiasis vesicular<br>(OR=1,2/ IC:1,056-1,352)         | 0                         | 0,00  | 1  | 2,00  | 0,00                  |
| Tabaco                                 | Si   | 2                         | 4,00  | 7  | 14,00 | 25,00                 |
|  | No   | 6                         | 12,00 | 35 | 70,00 | 75,00                 |
| Alcohol                                | Si   | 1                         | 2,00  | 8  | 16,00 | 12,50                 |
|  | No   | 7                         | 14,00 | 34 | 68,00 | 87,50                 |
| Café                                   | Si   | 4                         | 8,00  | 12 | 24,00 | 50,00                 |
|  | No   | 4                         | 8,00  | 30 | 60,00 | 50,00                 |

X<sup>2</sup>: Antecedentes patológicos (p=0,006), Patología gastrointestinal (p=0,000), Enfermedad úlcero péptica (p<0,01), Gastritis (p<0,05). Tabaco (p=0,623), Alcohol (p=1,000) y Café (p=0,549).

gástrica, y en el presente estudio reporta el predominio de la enfermedad úlcero péptica en 62,5% como causante de HDA.

Dentro del análisis de los hábitos psicosociales de riesgo se apreció que un elevado porcentaje de los pacientes estudiados, no se encuentra expuesto a factores de riesgo tales como hábito alcohólico, tabáquico y cafeico. Sin embargo, Aguilar *et al.*<sup>41</sup> en su investigación, observaron que cerca de 50% de su muestra de estudio presentaron hábito tabáquico.

La evaluación de la asociación entre HDA y la infección por *H. pylori*, evidencia que cerca de la totalidad de las personas con hemorragia digestiva presentaron biopsia positiva para *H. pylori*; sin embargo, las variables hábitos psicosociales (cafeico, alcohólico

y tabáquico) y reflujo gastroesofágico no reportaron asociaciones significativas entre ellas. Además, Duarte-Chang y Zuñiga<sup>42</sup> observaron en su estudio que un menor porcentaje de su muestra fueron positivos a *H. pylori*; lo antes mencionado, revela hecho de que la infección por *H. pylori* está altamente relacionada con las enfermedades gastrointestinales, pero no siempre se manifiesta con sintomatología de tipo hemorrágica.

En ese sentido, y a pesar de que en dicho estudio la enfermedad predominante fue la gastritis por encima de la úlcera péptica Huachua *et al.*<sup>40</sup> muestran que la principal patología asociada a hemorragia digestiva es ésta última, así como también su más usual causante. Cabe destacar que, en el presente estudio no fue posible desarrollar con exactitud esa premisa debido, principalmente, al tamaño de la muestra, dando por hecho

que utilizando una muestra mayor de pacientes, los resultados pudiesen variar relativamente.

En efecto, con el análisis de los resultados obtenidos se mostró que existe una relación positiva entre la existencia de *H. pylori* y HDA, siendo la úlcera péptica la patología gastrointestinal más frecuentemente asociada. Lo antes mencionado requiere el desarrollo de medidas precisas y oportunas que promuevan el control y las indicaciones médicas adecuadas para tratar la infección por *H. pylori*<sup>43</sup> sobre todo en aquellas personas con enfermedades gastrointestinales.

#### CONCLUSIONES

Se determinó una correlación positiva entre las variables HDA e infección por *H. pylori* en pacientes valorados por el Servicio de Gastroenterología del Hospital. La enfermedad ulcero péptica y la gastritis, son las enfermedades gastrointestinales que

representan un riesgo elevado para sufrir HDA, por lo cual es necesario sospechar sobre la presencia de dicha bacteria en pacientes con sintomatología gastrointestinal. Por ello, se recomienda la evaluación temprana del diagnóstico y el manejo terapéutico endoscópico como las herramientas primordiales en la conducción de los pacientes con HDA, así como implementar la aplicación de métodos de diagnósticos capaces de revelar la presencia de *H. pylori*, en todo paciente con HDA. Por último, se plantea la necesidad de realizar un estudio más amplio, con un mayor número de pacientes que permitan indagar más a fondo sobre la analogía existente entre la infección del *H. pylori* y la HDA.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) González G y Piñol F. Etiopatogenia de la hemorragia digestiva alta no variceal, respuesta inflamatoria y *Helicobacter pylori*. Rev. Méd. Electrón. 2018; 40(1):159-171. Disponible en: <https://bit.ly/3EplCx7>.
- 2) Bravo E, Guzman P, Gallegos R, Corzo M, Zegarra A, Surco Y, et al. Utilidad del Test Rápido de Ureasa para la Detección de *Helicobacter pylori* en la Hemorragia Digestiva Alta por Úlcera Péptica. Rev. Gastronterol. Perú. 2011; 31(1): 17-20. Disponible en: <https://bit.ly/3mzCAmq>.
- 3) Vaca B, Sarcos M, Espinosa N y Veletanga A. Hemorragia digestiva alta por úlcera péptica o duodenal. RECIMUNDO. 2019; 3: (2): 894-914. <https://doi.org/10.26820/recimundo/3.2>. abril. 2019;3(2):894-914.
- 4) Ichianagui C. Epidemiología de la hemorragia digestiva. Acta Médica Peruana. 2006; 23(3):152-155. <https://bit.ly/3vX2R1H>
- 5) Yunga A y Montenegro A. Revisión teórica de los factores de riesgos asociados a hemorragia digestivas altas en pacientes geriátricos. Más Vida. 2020; 2(2):68-75. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0012>
- 6) Pérez J, Hernández R y La Rosa B. Caracterización clínico epidemiológica de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. 2021; 37(1):e1288. Disponible en: <https://bit.ly/3JkFXHh>
- 7) Martínez G, Figueroa P, Toro J, García C, Csendes A. Enfrentamiento actual de la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Cirugía. 2021; 73(6):728-743. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061132>
- 8) Ortega L, Yopez I, Coronado J. Factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia del tracto digestivo superior no varicosa. Rev. Cs Biomeéd. 2021; 10(1): 27-38.
- 9) Sánchez A, Ortega A, Egea J. Infección por *Helicobacter pylori*. Gastritis aguda y crónica. Gastropatía por AINE. Medicina y Cirugía del Aparato Digestivo. 2020: p 65.
- 10) Reshetnyak VI, Reshetnyak TM. Importancia de las formas latentes de *Helicobacter pylori* en la ulcerogénesis. World J Gastroenterol. 2017; 23 (27): 4867-4878. <https://dx.doi.org/10.3748/wjg.v23.i27.4867>.
- 11) Fischbach W, Malferttheiner P. *Helicobacter pylori* infection. Dt. Arzte-Verl. 2018; 115(25): 429-436.
- 12) Bittencourt de Brito B, Da Silva F, Soares AS, Pereira VA, Santos M, et al. Patogenia y manejo clínico de la infección gástrica por *Helicobacter pylori*. World J Gastroenterol. 2019; 25(37):5578-5589. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i37.5578>.
- 13) Camilo V, Sugiyama T y Touati E. Pthogenesisi of *Helicobacter pylori* infection. .infection. Helicobacter. 2017; 22(1):e2405. <https://doi.org/10.1111/hel.12405>.
- 14) Crowe SE. Infección por *Helicobacter pylori*. N Engl J Med. 2019; 380(12):1158-1165. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1710945>.
- 15) Hub CW y Kim BW. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. Korean J Gastroenterol. 2018; 72(5):229-236. <https://doi.org/10.4166/kjg.2018.72.5.229>.
- 16) Harris P, Calderon-Guerrero O, Vera-Chamorro J, Lucero Y, Vasquez M, Kazuo S, et al. Adaptación a la realidad de Latinoamérica de la Guía Clínica NASPGHAN/ESPGHAN 2016 sobre Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de Infección por *Helicobacter pylori* en Pediatría. Rev. Chil. Pediatr.2020; 91(5): 809-827. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.2579>.
- 17) Diaconu S, Predescu A, Moldoveanu A, Pop CS, Fierbinteanu-Braticevici C. Infección por *Helicobacter pylori*: viejo y nuevo. Rev. de Med. y Vida. 2017; 10(2):112-117.
- 18) Kamboj AK, Corter TG y Oxentenko AS. *Helicobacter pylori*: pasado, presente y futuro en la gestión. Actas de My. Clinic.2017;92(4):599-604. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.11.017>
- 19) Sterbenc A, Jarc E, Poljak M y Homan M. Genes de virulencia. de *Helicobacter pylori*. Rev. Mundial de Gastroenterol. 2019;25(33):4870-4884. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i33.4870>
- 20) Burucoa C y Axon A. Epidemiología de la infección por *Helicobacter pylori*. Helicobacter. .2017; 22(1):e12403. <https://doi.org/10.1111/hel.12403>.
- 21) Nguyen CT, Davis KA, Nisly SA y Li J. Tratamiento de *Helicobacter pylori* en poblaciones especiales de pacientes. Farmacoterapia. 2019; 39(10):1012-1022. <https://doi.org/10.1002/phar.2318>.
- 22) Gu H. Papel de los flagelos en la patogenia de *Helicobacter pylori*. Curr Microbiol. 2017; 74(7):863-869. <https://doi.org/10.1007/s00284-017-1256-4>.
- 23) Waskito LA, Salama NR, Yamaoka Y. Patogenia de la infección por *Helicobacter pylori*. Helicobacter. 2018; 23(1): e12516. <https://doi.org/10.1111/hel.12516>.
- 24) Matsuo Y, Kido Y, y Yamaoka Y. Patogenia relacionada con la proteína de la membrana externa de *Helicobacter pylori*. Toxins. 2017; 9(3):101-116. <https://doi.org/10.3390/toxins9030101>.

- 25) Ansari S, y Yamaoka Y. Factores de virulencia de *Helicobacter pylori* que aprovechan la colonización gástrica y su patogenicidad. *Toxins*. 2019; 11(11):677-693. <https://doi.org/10.3390/toxins1111067>.
- 26) Hathroubi S, Servetas SL, Windham I, Merrell DS y Ottemann KM. Formación de biofilm de *Helicobacter pylori* y su papel potencial en la patogenia. *Revisiones de microbiología y biología molecular-MMBR*. 2018; 82(2):01-18.
- 27) Sun Y, y Zhang J. El recrudescimiento de *Helicobacter pylori* y sus factores influyentes. *Rev. de Med. Celular y Molecular*. 2019; 23(12):7919-7925. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14682>.
- 28) Sabbagh P, Javanian M, Koppolu V Vasigala VR y Ebrahimpour S. Infección por *Helicobacter pylori* en niños: una descripción general de los métodos de diagnóstico. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2019; 38(6):1035-1045. <https://doi.org/10.1007/s10096-019-03502-5>.
- 29) Gong Y y Yuan Y. Mecanismos de resistencia de *Helicobacter pylori* y su terapia precisa de doble objetivo. *Critical Reviews in Microbiology*. 2018; 44(3):371-392. <https://doi.org/10.1080/1040841X.2017.1418285>.
- 30) Bravo D, Hoare A, Soto C, Valenzuela MA y Quest AF. *Helicobacter pylori* en la salud y la enfermedad humanas: mecanismos de efectos locales gástricos y sistémicos. *World J Gastroenterol*. 2018;24(28):3071-3089. <https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i28.3071>.
- 31) Galicia G, Cavero T, Alonso N, Borrel B, Botija G, Cilleruelo M, et al. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en la edad pediátrica. *An. Pediatr*. 2021; 95(5):383-398. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.05.014>.
- 32) Jaime F, Villagrán A, Serrano C, Cerda J, Harris PR. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en niños: estimando la edad de adquisición. *Rev. Méd. de Chile*. 2013; 141(10):1249-54. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872013001000003>.
- 33) Da Costa D, Guidotti F, Cabello N, Trigo F, Contreras C, Vergara F, et al. Disminución en la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en endoscopías digestivas altas. *Rev. Méd Chile*. 2018; 146(5):555-561. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000500555>.
- 34) Gravina AG, Zagari RM, De Musis C, Romano L, Loguercio C y Romano M. *Helicobacter pylori* y enfermedades extragástricas: una revisión. *Rev. Mundial de Gastroenterol*. 2018; 24(29):3204-3221. <https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i29.3204>
- 35) Pohl D, Keller PM, Bordier V y Wagner K. Revisión de los métodos de diagnóstico actuales y los avances en el diagnóstico de *Helicobacter pylori* en la era de la secuenciación de próxima generación. *World J. Gastroenterol* 2019; 25(32):4629-4660. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i32.4629>.
- 36) Bermúdez L, Torres E, Rodríguez B. Métodos para la detección de la infección por *Helicobacter pylori*. *Rev. Cubana Méd*. 2009; 48(1):1-14. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232009000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000100007&lng=es).
- 37) González G y Piñol F. Etiopatogenia de la hemorragia digestiva alta no variceal, respuesta inflamatoria y *Helicobacter pylori*. *Rev. Med. Electrón*. 2018; 40 (1): 159-171. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242018000100016&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242018000100016&script=sci_arttext&lng=pt).
- 38) Reyes D, Pozo S, Rojas F, Vicente F, Báez J, Vasquez R, Fernández F. Frecuencia de *Helicobacter pylori* en Pacientes con Sangrado Gastrointestinal Alto Asistidos en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis e. Aybar. *Rev. Méd Dom* 2021; 72(2):101-104.
- 39) Manrique-Lemus M, Rojas-Vilka J, Soriano-Alvarez C, Palomino-Portilla E. *Helicobacter pylori* y lesiones gástricas premalignas en pacientes con dispepsia no investigada en un hospital general de Lima. *Rev. Soc. Peru. Méd. Interna*. 2018; 31(4):128-136. <https://doi.org/10.36393/spmi.v31i4.3>
- 40) Huachua B, Meza K, Oscco D y Miranda U. Relación entre *Helicobacter pylori* y patologías digestivas altas por biopsia y endoscopia en un hospital general en Ica, Perú. *Rev. Méd Panacea*. 2017; 6 (1): 28-35. <https://doi.org/10.35563/rmp.v6i1.181>.
- 41) Aguilar E, Barrios M y Duarte A. prevalencia y características de la infección por *Helicobacter pylori* en manipuladores de alimentos del Recinto Universitario "Rubén Darío", UNAN-Managua. *Rev. Cs. Salud y Educ*. 2021; 3(3):17-25. <https://bit.ly/3EplNbl>.
- 42) Duarte-Chang C y Zuñiga J. Infección por *Helicobacter pylori* y relación con hallazgos endoscópicos en pacientes atendidos en un centro endoscópico de referencia en Panamá. *Rev. Gastroenterol. Perú*. 2021; 41(2): 73-78. <http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2021.412.1269>.
- 43) Avalos R, Vanterpool H, Morales M, Lamoth I y Prendes A. Nuevos retos en el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. *Rev. Med. Electrón*. 2019; 41(4):979-992. Disponible en: <https://bit.ly/313x1oE>.

## ADHERENCIA Y CONOCIMIENTO DEL ASMA INFANTIL POR PARTE DEL CUIDADOR EN UN HOSPITAL DE LIMA.

ADHERENCE AND KNOWLEDGE OF CHILDHOOD ASTHMA BY THE CAREGIVER IN A HOSPITAL IN LIMA.

Gladys Maria Reyes Aranya<sup>1</sup>

### ABSTRACT

*Asthma is one of the most prevalent chronic diseases in childhood and affects the quality of life of the minor as well as of the family, who have the responsibility to achieve an adequate management of the disease to avoid continuous visits to the emergency room due to exacerbations that could be avoided with adequate adherence to treatment. In order to determine the relationship between adherence and knowledge of childhood asthma by the caregiver in a Hospital in Lima, a descriptive cross-sectional study was carried out in the pediatric emergency service of the Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital in the Villa María Del Triunfo district, Lima-Peru. The sample consisted of 122 caregivers of children between 5 and 13 years old with an asthma diagnosis during the period July 2020-January 2021. The Morisky-Green Test was applied to assess adherence to treatment, and the Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ) to assess the level of knowledge. The results were subjected to the Rho Spearman statistical test. It was possible to show that there is no adherence to treatment in 78.7% and the level of knowledge about bronchial asthma of caregivers was in 56.6%. The results of the relationship between adherence and knowledge of asthma indicate that there is no relationship between these two variables.*

**KEY WORDS:** Adherence to treatment, childhood asthma, caregivers.

### RESUMEN

*El asma es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la niñez y afecta la calidad de vida del menor y la familia, quienes tienen la responsabilidad de lograr un adecuado manejo de la enfermedad para evitar las visitas continuas a la emergencia por exacerbaciones que podrían ser evitadas con una adecuada adherencia al tratamiento. Con el objetivo de determinar la relación entre adherencia y conocimiento del asma infantil por parte del cuidador en un Hospital de Lima, se realizó un estudio descriptivo y transversal en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en Lima-Perú. La muestra estuvo conformada 122 cuidadores de niños entre 5 a 13 años durante el periodo Julio 2020 - enero 2021. Se aplicó el Test de Morisky-Green para evaluar la adherencia y el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ) para evaluar el nivel de conocimiento y el análisis se realizó mediante la prueba estadística de Rho Spearman. Los resultados evidencian que no existe adherencia al tratamiento en 78,7% (96) de los cuidadores y el nivel de conocimiento sobre asma bronquial fue medio 56,6% (69). No se reportó relación estadística entre ambas variables.. Se concluye que deben implementarse estrategias para fortalecer los conocimientos en los cuidadores, mediante talleres y/o sesiones educativas personalizadas que permitan un mejor control del tratamiento de mantenimiento de la enfermedad e identificar aquellos factores que limitan la adherencia al tratamiento del asma, teniendo como principal ente de refuerzo y soporte al equipo médico.*

**PALABRAS CLAVE:** adherencia a tratamientos, asma infantil, cuidadores.

### INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reportan 235 millones de personas con asma y constituye la enfermedad crónica más común entre los niños.<sup>1</sup> El asma es un problema de salud pública, en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo. Se estima que para el año 2019, el asma afectó a 262 millones de personas y causó 461 000 muertes.<sup>2</sup>

En las últimas décadas, a partir del año 2000, se han desarrollado numerosas pautas para promover métodos estandarizados de diagnóstico y tratamiento

Recibido: marzo 21, 2022

Aprobado: mayo 20, 2022

<sup>1</sup>Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú.

Gladys Maria Reyes Aranya. ORCID: 0000-0003-3962-7508

Correspondencia: lalireyes\_22@hotmail.com

de esta enfermedad, como la Iniciativa Global para el Asma (GINA). No obstante, este consenso mundial sobre los objetivos del manejo del asma, los datos epidemiológicos publicados recientemente en Europa, Estados Unidos de América y Australia indican que en muchos países el tratamiento de los pacientes con asma es inadecuado y muchos de estos pacientes no logran el control de su enfermedad.<sup>3</sup>

El asma en América Latina cursa con alta prevalencia, presentando en México, Chile y Argentina entre 5-10%, mientras que en Uruguay, Panamá y Paraguay se reporta en 15-20%<sup>4</sup>. Por encima de este promedio aparecen Perú, Costa Rica y Brasil. Según el estudio AIRLA (The Asthma Insights and Reality in Latin America survey), traducido como "la encuesta de Percepción y Realidad del Asma en América Latina" ocurre que los niveles de control de asma distan mucho de los objetivos especificados por las guías internacionales para el manejo de esta enfermedad<sup>5</sup>.

Según el Ministerio de Salud, en el Perú uno de cada cinco menores padece esta enfermedad con lo cual es el país latinoamericano que reporta mayor incidencia, con alrededor de 265.000 niños menores de cinco años con asma, encontrando la mayoría de los casos en las ciudades de Lima y Callao, particularmente en los sectores ubicados en la costa. El característico clima húmedo y la contaminación ambiental de la capital favorecen el aumento de los casos por asma.<sup>6</sup>

Ante esta situación, es importante que esta patología sea manejada y controlada de manera adecuada, permitiendo el normal desarrollo físico y social del niño asmático, evitando los ausentismos escolares, daños pulmonares, crisis asmáticas severas, reingresos a sala de emergencia, hospitalizaciones y sobre todo previniendo riesgos de mortalidad en edades muy tempranas. En los niños asmáticos, la obligación de cumplir con el tratamiento recae directamente en el cuidador, entiéndase como aquella persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, con responsabilidad legal, por lo general un familiar cercano, que en el caso de pacientes pediátricos suele ser la madre<sup>7</sup>, y es esta persona quien debe cumplir con el tratamiento indicado por el personal de salud, siendo este último quien, en muchas ocasiones, percibe la poca adherencia al tratamiento indicado evidenciándose en las continuas visitas a las salas de emergencia.

Según la OMS, la adherencia significa el grado de comportamiento de una persona en tomar el medicamento, seguir una dieta o ejecutar cambios en el estilo de la vida. Por eso, cuando hablamos de adherencia

al tratamiento, nos referimos al grado en el cual una persona toma la medicación de acuerdo con la dosificación, el programa prescrito y el tiempo de tratamiento indicado; de allí que la ausencia de una adecuada adherencia, representa un problema de salud pública. En el asma se ha constatado que una pobre adherencia está relacionada con un incremento en el número de exacerbaciones anuales e ingresos hospitalarios y/o un aumento del riesgo de mortalidad.<sup>8</sup>

Cabello *et al.*<sup>9</sup> afirma que el tratamiento de un paciente asmático no sólo incluye un esquema farmacológico individualizado, sino también intervenciones educativas, como explicar la naturaleza de la enfermedad, la importancia de usar el tratamiento de mantenimiento de forma constante, el uso correcto del inhalador o aprender a controlar los factores ambientales que desencadenan las crisis.

Los pacientes con asma no controlada debidamente, a largo plazo invierten el doble en tratamiento que los pacientes que si controlan la enfermedad con un tratamiento adecuado. Es por esto que el control del asma es de suma importancia, ya que un paciente no controlado tiene altos riesgos de hospitalización y visita a urgencias.

Por lo antes expuesto, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el conocimiento sobre el asma infantil, por parte del cuidador, en un hospital de la ciudad de Lima; específicamente, determinar el nivel de conocimiento general, el reconocimiento, desencadenante y manejo del asma, el nivel de conocimiento sobre el tratamiento de mantenimiento, el nivel de conocimiento acerca de los falsos mitos y su relación con el nivel de adherencia al tratamiento del asma.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima-Perú.

La población fué conformada por 130 cuidadores de niños, que se encontraban en dicho Servicio de Emergencia Pediátrica durante el periodo julio, 2020-enero,2021. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, fue seleccionada una muestra de 122 cuidadores de niños con edades comprendidas entre 5 a 13 años con diagnóstico de asma que estaban por concluir su estadía en sala de

nebulización o en los box de atención y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: aceptación verbal y escrita de los cuidadores para participar en el estudio, con niños adscritos a la institución y con historia clínica de antecedente de asma. Se excluyeron terceras personas, cuidadoras solo durante el día, cuidadoras sin dominio de la lectura y/o escritura o cuyos menores no tuviesen confirmado el diagnóstico de asma.

Para la recolección de datos fueron utilizados 2 cuestionarios:

a) Test de Morisky-Green<sup>10</sup>, instrumento que considera Adherencia cuando se obtienen respuestas correctas en cuatro preguntas dicotómicas SI/NO y refleja la conducta del paciente, respecto al cumplimiento del tratamiento. Si al menos una de las respuestas es incorrecta se clasifica como No Adherencia. Este Test presenta la ventaja que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. En el presente estudio la confiabilidad de este instrumento, se comprobó mediante el coeficiente de Kuder-Richardson, obteniéndose un valor igual a 0,65.

b) Cuestionario de Conocimiento para los padres de niños con asma (Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire NAKQ). Fué creado por Fitzclarence y Henry<sup>11</sup>, en el año 1990 en Inglaterra y traducido al idioma español por Praena Crespo y colaboradores<sup>12</sup>, en el año 2008 en España, siendo esta versión equivalente a la original en inglés, con un grado adecuado de fiabilidad y validez. En el Perú, Ruiz<sup>13</sup> validó el cuestionario mediante una prueba piloto a 20 encuestados, obteniendo un coeficiente de Kuder - Richardson de 0.9; además de la ejecución de juicio de expertos, para verificar su validez, realizado por 8 profesionales de salud. En la presente investigación para comprobar la confiabilidad de este instrumento se obtuvo un coeficiente de Kuder - Richardson de 0.71.

Este cuestionario NAKQ consta de 31 preguntas, 25 de respuestas tipo verdadero/falso y 06 preguntas abiertas.

El cuestionario evalúa 4 áreas:

- Los conocimientos generales sobre asma
- El reconocimiento, desencadenantes y manejo de una crisis de asma
- El conocimiento sobre el tratamiento de mantenimiento
- Mitos sobre asma

Las respuestas correctas recibirán 01 punto y las incorrectas 0. La valoración total del cuestionario se

obtiene sumando los puntos asignados a cada pregunta y el resultado final estará entre 0 y 31; lo que indica que a mayor puntuación mayor grado de conocimientos. La escala de nivel de conocimientos se clasifica en alto, medio y bajo. Se calcularon los baremos para los niveles Alto, Medio y Bajo y se usó la prueba de estatinos.

En cada cuestionario fueron incorporadas preguntas sobre datos personales: parentesco, edad del cuidador y grado de instrucción; igualmente, información acerca de la edad del niño/a y género. Para la solicitud del consentimiento informado verbal y escrito, a cada cuidador se le explicó los objetivos del estudio y de los cuestionarios.

Durante el desarrollo del estudio se aplicaron los principios éticos de la investigación tales como: dignidad y derechos humanos, autonomía y responsabilidad, respetando la voluntad de los familiares en participar en el estudio a través del consentimiento informado, también se tomó en cuenta la privacidad y confidencialidad, igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, respeto a la **diversidad cultural y del pluralismo**.<sup>14</sup> La información copiada se vació en la hoja de cálculo Excel 2019. Posteriormente fue exportada al sistema IBM SPSS versión 20.0. Se emplearon medidas de resumen de estadística descriptiva para variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes. Para relacionar el nivel de conocimiento sobre asma y la adherencia al tratamiento, se aplicó la prueba estadística de Rho de Spearman.

## RESULTADOS

La muestra, constituida por 122 cuidadores de los niños con asma atendidos en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, reportó que 105(86,1%) fueron las mamás, 15 (12,3%), los papás y 2 (1,6%) las tías; 65 (86,1%) con educación secundaria, 45 (36,9%) universitaria y 12 (9,8%) educación técnica. La edad promedio fue de 37 años, con una edad mínima de 27 y máximo de 50 años. (tabla 1)

La edad promedio de los niños fué de 9 años, con una edad mínima de 5 y máximo de 13 años; 40,2% (n=49) de género femenino y 59,8% (n=73) masculino (tabla 2).

La tabla 3 presenta los resultados sobre la Adherencia al tratamiento y reportó, según la puntuación alcanzada por los cuidadores, que en 78,7% (n=96) de los niños/as no se cumple adecuadamente con el tratamiento indicado.

**Tabla 1.** Edad, parentesco y grado de instrucción de los cuidadores de los niños con asma en un hospital de Lima.

| <b>Edad</b>                 | X= 37; Min= 27- Max= 50 |          |
|-----------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Parentesco</b>           | <b>Frecuencia</b>       | <b>%</b> |
| Madre                       | 105                     | 86,1     |
| Padre                       | 15                      | 12,3     |
| Tías                        | 2                       | 1,6      |
| <b>Grado de Instrucción</b> | <b>Frecuencia</b>       | <b>%</b> |
| Secundaria                  | 65                      | 53,3     |
| Técnico                     | 12                      | 9,8      |
| Universitaria               | 45                      | 36,9     |

**Tabla 2.** Edad y género de los niños con asma atendidos en el servicio de emergencia en un hospital de Lima.

|                      |            |               |
|----------------------|------------|---------------|
|                      | Frecuencia | 122           |
| <b>Edad del niño</b> | Media      | 9             |
|                      | Máximo     | 13            |
|                      | Mínimo     | 5             |
|                      | <hr/>      |               |
| <b>Género</b>        | Femenino   | Frecuencia 49 |
|                      |            | % 40,2%       |
|                      | Masculino  | Frecuencia 73 |
|                      |            | % 59,8%       |

**Tabla 3.** Adherencia al tratamiento en niños con asma, atendidos en el servicio de emergencia en un hospital de Lima.

| Adherencia | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Si existe  | 26         | 21,3       |
| No existe  | 96         | 78,7       |
| Total      | 122        | 100        |

La tabla 4, reporta los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test de Morisky-Green a los cuidadores. Se encontró que las causas más importantes para la No Adherencia al tratamiento que presenta el niño por medio del cuidador, se observan en el Item 1: 51,6% de los cuidadores olvida alguna vez darle el medicamento. En el Item 2: 92,6% respondió que no toman los medicamentos a la hora indicada. En el Item 3: 31,1% respondió que, cuándo se encuentra bien, el niño deja de tomar la medicación y en el Item 4: 36,1% de los cuidadores reconoció que si alguna vez le sienta mal el medicamento, deja de tomarlo.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre asma que tienen los cuidadores, se observó que 17,2% (n=21) de ellos reportaron nivel Bajo, 56,6% (n=69) nivel Medio y 26,2% (n=32) nivel Alto (tabla 5).

En la tabla 6, se muestran los resultados de la evaluación de conocimiento general sobre asma, crisis aguda: reconocimiento, desencadenantes y manejo,

tratamiento de mantenimiento y falsos mitos, donde se observó el predominio de un nivel de conocimiento Medio; sin embargo, en cuanto al tratamiento de mantenimiento los valores se evidenciaron muy parejos en los cuidadores.

La relación entre el nivel de conocimiento sobre asma bronquial y la adherencia al tratamiento de los niños reporto, mediante la prueba de Rho Spearman, un coeficiente de correlación de -0,012 con un valor de  $p=0,892$ , concluyendo que no existe relación significativa entre ambas variables.

Respecto a las 06 preguntas abiertas del cuestionario NAKQ, podemos destacar lo siguiente: en la pregunta 1 (P1) ¿cuáles son los 3 síntomas principales del asma? sólo 5,7% señalaron los tres síntomas de manera correcta. En la P6, 18% de los cuidadores escribió tres factores que reconocen como desencadenantes de asma. En la P10 donde se solicitó anotar dos tratamientos (medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días 4,9% escribieron por lo menos 2 medicinas de uso regular; la P11 sobre ¿Qué tratamientos (medicinas) para el asma son útiles durante un ataque de asma? 4.1% escribió al menos 2 medicinas; en la P21. "Un niño de cinco años sufre un ataque de asma y toma dos inhalaciones de Ventolin (inhalador dosificador). Después de cinco minutos no mejora. Dé algunas razones de por qué puede haber pasado esto" ningún cuidador escribió al menos 2 razones. En la P23 donde se pidió anotar formas de ayudar para prevenir un ataque de asma mientras se hace ejercicio, 0.8% escribió 2 formas de

**Tabla 4.** Principales causas de la falta de adherencia al tratamiento por parte del cuidador según el Test de Morisky-Green.

| Item   | Si         |       | No         |       |
|--|------------|-------|------------|-------|
|  | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| Se olvida alguna vez darle el medicamento        | 42         | 51.6% | 80         | 48.4% |
| Toma los medicamentos a las horas indicadas.     | 6          | 7.4%  | 116        | 92.6% |
| Cuando se encuentra bien, deja de tomarlo        | 25         | 31.1% | 97         | 68.9% |
| Si le sienta mal el medicamento, le deja de dar. | 30         | 36.1% | 92         | 63.9% |

**Tabla 5.** Nivel de conocimiento sobre el asma por parte de los cuidadores de los niños atendidos en el servicio de emergencia.

| Nivel de      |            |      |
|---------------|------------|------|
| Conocimientos | Frecuencia | %    |
| Bajo          | 21         | 17,2 |
| Medio         | 69         | 56,6 |
| Alto          | 32         | 26,2 |

prevenir el ataque de asma. (tabla 7)

## DISCUSIÓN

A partir de los resultados encontrados, podemos resaltar que en esta investigación el grado de instrucción predominante en la muestra de cuidadores es secundaria completa con un 53,3%, con lo cual se puede considerar que este factor puede llegar a ser un

determinante para la adherencia al tratamiento del asma bronquial, debido a que la comprensión y manejo del conocimiento sobre la patología les permitirá guiar las prácticas sobre las medidas saludables que deben afrontar para la atención y recuperación del menor, bajo su cuidado.

Asimismo, estos resultados revelan que 78,7% de los niños no tienen adherencia al tratamiento del asma bronquial debido, principalmente en 92,6% de los casos, a que los cuidadores no administran el tratamiento en la hora indicada y 51,6% olvida dar el medicamento, lo cual guarda similitud con lo reportado por Rodríguez *et al*<sup>15</sup>, quienes reportaron en su estudio, que 74,3% de sus pacientes no presentó adherencia al tratamiento; igualmente, entre los factores de incumplimiento del tratamiento hacia referencia, a que si bien se cumplía con el tratamiento no se respetaba el horario ni la frecuencia y/o había una mala técnica inhalatoria por desconocimiento. Por su parte, Cotrina *et al.*<sup>16</sup>, reportó, de acuerdo a su experiencia, que 48,6% estaban mal controlados. Si bien, su estudio no reveló las causas de estos resultados, se podría considerar que sean consecuencia de múltiples factores locales, entre ellos una aplicación limitada del Programa Nacional de Asma, la falta de conocimiento por parte de los cuidadores y el rechazo a las terapias por diversos mitos y creencias.

**Tabla 6.** Nivel de Conocimientos sobre Asma por parte de los cuidadores según el Test NAKQ.

| Dimensiones  | Bajo       |      | Medio      |      | Alto       |      |
|--|------------|------|------------|------|------------|------|
|  | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    |
| Conocimientos Generales sobre Asma                             | 19         | 15,6 | 86         | 70,5 | 17         | 13,9 |
| Reconocimiento, desencadenantes y manejo de una crisis de asma | 25         | 20,5 | 82         | 67,2 | 15         | 12,3 |
| Conocimientos sobre tratamiento de mantenimiento               | 39         | 32,0 | 46         | 37,7 | 37         | 30,3 |
| Falsos mitos   | 37         | 30,3 | 63         | 51,6 | 22         | 18,0 |

Asimismo Elias *et al*<sup>17</sup> en su estudio consiguió que, 75% no tenía controlada la enfermedad.

Estos resultados permite expresar que la adherencia al tratamiento es un problema que puede estar presente a nivel mundial y en distintas realidades. Al respecto, Mackenney<sup>18</sup> categoriza a la adherencia en intencional y no intencional, a esta última correspondería el paciente pediátrico asmático, en los cuales están involucrados diferentes factores, entre ellos, la complejidad de cada régimen terapéutico, la incapacidad para comprender las indicaciones, la falta de un plan de acción escrito o a la falta de memoria, quienes se beneficiarían de un plan de acción consentido entre el niño y sus familiares y consistiría en recordatorios

**Tabla 7.** Resultado de preguntas abiertas del cuestionario NAKQ aplicado a cuidadores.

| Ítem | Incorrecto |       | Correcto   |      |
|------|------------|-------|------------|------|
|      | Frecuencia | %     | Frecuencia | %    |
| P1   | 115        | 94.3  | 7          | 5.7  |
| P6   | 100        | 82.0  | 22         | 18.0 |
| P10  | 116        | 95.1  | 6          | 4.9  |
| P11  | 117        | 95.9  | 5          | 4.1  |
| P21  | 122        | 100.0 | 0          | 0.0  |
| P23  | 121        | 99.2  | 1          | 0.8  |

mediante llamados, mensajes directos o bien la educación establecida y regular como un pilar esencial en el manejo de cada paciente en particular, basado en una relación médico paciente y familia óptima.

Según Diaz<sup>19</sup> la aceptación de padecer una enfermedad crónica y aprender a convivir con ésta, puede ser un proceso lento para el paciente y su familia. Los niños y los adolescentes se enfrentan a un desafío que requiere afrontar la responsabilidad y exigencias de un tratamiento diario a largo plazo, que muchas veces requiere adaptar sus actividades y su vida para cumplir con el mismo. El objetivo del tratamiento en las enfermedades crónicas es minimizar los síntomas, alcanzar su control o modificar la evolución natural para obtener una mejor calidad de vida, lo cual se puede lograr mediante intervenciones educativas como las realizadas por Bravo<sup>20</sup>. Este autor reportó que el grado de información sobre asma bronquial que poseían los familiares de niños/as asmáticos antes y después de la aplicación de la intervención, mejoró sustancialmente, de 9,09% al inicio hasta 72,7%, con categoría Alta, lo

que demuestra que mediante estrategias educativas se puede mejorar la calidad de vida de los niños reflejándose en la disminución de complicaciones y gravedad de las crisis así como visitas médicas, consumo de medicamentos e ingresos hospitalarios.

En relación al conocimiento que presenta el cuidador sobre el asma bronquial de los niños/as, en nuestra investigación se evidenció que 56,6% de ellos reportaron un nivel medio; sin embargo, resultados obtenidos en estudios similares en la ciudad de Lima son muy variados. Tal es el caso del estudio hecho por Coronel-Carvajal<sup>21</sup> quien observó en sus resultados que 74,6% de los padres no tenían la información suficiente sobre el asma. Así mismo Concepción<sup>22</sup> encontró predominio de padres con conocimientos inadecuados sobre la enfermedad, principalmente en cuanto a las medidas para evitar las crisis de asma bronquial, a sus agentes desencadenantes y el no reconocimiento de las manifestaciones clínicas del asma. Por su parte, Miranda y Recabarren<sup>23</sup> encontraron que 62% de los padres tiene un conocimiento regular sobre el asma, buenos conocimientos en 27,5% y deficiente en sólo 10,5% de los casos; resultados superiores en comparación con otros estudios. Respecto a los aspectos generales de la enfermedad, crisis, tratamiento controlador y mitos, los resultados reportaron un nivel regular con 66,5%, 63%, 54% y 48% respectivamente. Al correlacionar la influencia de algunos factores con el nivel de conocimientos, se informó sobre la importancia del tiempo de permanencia en el programa de asma.

En cuanto al tratamiento de mantenimiento, destaca que fue la dimensión que reportó un menor nivel de conocimientos; estudios realizados por Miranda y Recabarren<sup>23</sup> encontraron un nivel medio estando en un programa de asma; sin embargo, otros estudios<sup>21,22</sup> sobre conocimiento de los padres sobre el asma, publicaron que el menor conocimiento se reflejó en las medidas preventivas para la enfermedad. Al no conocer el tratamiento de mantenimiento solo conseguirá que se trate los síntomas mas no la prevención. Llama la atención, que los padres de familia pueden tener cierto conocimiento sobre asma y reconocen desencadenantes de la crisis asmática; sin embargo, existen otras dimensiones evaluadas que influirán negativamente como son los mitos y/o creencias sobre el asma y más aún no mantener el tratamiento indicado por el médico, evidenciando una falta de adherencia al tratamiento lo cual repercutirá en recaídas y reingresos hospitalarios alterando la calidad de vida no solo del menor sino de la propia familia. Por ello, es importante resaltar que el tratamiento del asma debe estar orientado al manejo y

control de la enfermedad, para lograr una mejor calidad de vida. En este sentido, se enfatiza en las intervenciones educativas por parte del equipo de salud, lo cual favoreciera los cambios en las actitudes, conductas y sobre todo creencias del paciente y familia permitiendo mejorar la adherencia al tratamiento.

En atención al objetivo planteado en esta investigación, sobre la relación de la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento del asma bronquial, por parte de los cuidadores, los resultados encontrados no reportaron significancia estadística entre las variables, lo cual se enfatizó por el bajo nivel de conocimiento del tratamiento de mantenimiento y en consecuencia la falta de adherencia.

La falta de adherencia intencional, siguiendo a Díaz<sup>19</sup>, ocurre por una decisión consciente por ejemplo, por preocupaciones o falta de confianza en los medicamentos, cuando los padres equilibran los efectos positivos y negativos de la medicación prescrita y cambian deliberadamente la indicación del médico; mientras que la no adherencia no intencional puede acontecer porque no se sigue el tratamiento por desconocimiento, técnica de administración inadecuada u olvido, ausencia de las rutinas diarias en la toma de los medicamentos, negativa del niño a tomar la medicación.

Con base a lo anterior, podemos reconocer que nuestra muestra de estudio, encajaría en la falta de adherencia no intencional ya que se evidencia un marcado déficit en el conocimiento del tratamiento de mantenimiento lo cual se reporta en el olvido o la administración de medicamentos en horarios no establecidos. Ante ello, se enfatiza que la adherencia al tratamiento puede ser modificada si se trabaja de manera conjunta médico-paciente-familia ya que existe una responsabilidad compartida. Por tanto, podemos aseverar que la intervención educativa siendo corta y repetida mejoraría algunos aspectos como la calidad de vida, conocimientos del asma, disminución de exacerbaciones, reducción del número de hospitalizaciones y visitas a sala de emergencias.

## CONCLUSIONES

- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimientos sobre asma bronquial por parte del cuidador, lo cual se evidencia por el bajo nivel de conocimiento del tratamiento de mantenimiento de la

enfermedad. Esto rescata la importancia de las intervenciones educativas personalizadas para generar conciencia en el cuidador frente a los conocimientos del asma, para mejorar las prácticas de autocuidado y lograr un mejor control de la enfermedad a los usuarios que reinciden en visitas a sala de emergencia. importante

- Las intervenciones educativas deben ser implementados desde la sala de espera con videos educativos que incluyan conocimientos generales sobre el asma bronquial. Enfatizar en la consulta médica y/o atención en el área de enfermería sobre la importancia de conocer la enfermedad para fortalecer la adherencia al tratamiento de la enfermedad, apoyando con la entrega de dípticos y trípticos que permitan implementar videos educativos sobre conocimientos generales de asma bronquial y que estos sean emitidos por las pantallas de llamado en la sala de espera de la emergencia permitiendo reforzar conocimientos generales de la enfermedad.

- Las intervenciones educativas deben ser implementados desde la sala de espera con videos educativos que incluyan conocimientos generales sobre el asma bronquial. Enfatizar en la consulta médica y/o atención en el área de enfermería sobre la importancia de conocer la enfermedad para fortalecer la adherencia al tratamiento de la enfermedad, apoyando con la entrega de dípticos y trípticos que permitan enfatizando puntualmente durante la consulta médica y/o atención en el área de enfermería sobre estos puntos apoyándose con la entrega de dípticos y/o trípticos que permitan plasmar los cuidados y/o prevención ante una crisis asmática.

- Proponer, promover y fomentar sobre la importancia de respetar el cumplimiento de la terapia de mantenimiento apoyándose en el equipo de enfermería sobre todo el uso adecuado de inhaladores realizándolo de manera práctica con la madre y niño en la sala de nebulizaciones e Implementar sesiones participativas en el uso de inhalador y aerocámara. Así mismo el manejo de equipos electrónicos que permitan los recordatorios, alarmas, mensajes de texto pueden permitir al cuidador ser un soporte para el tratamiento de mantenimiento.

- Implementar un programa de control del asma bronquial permitiendo así realizar un seguimiento oportuno de los niños diagnosticados con asma bronquial permitiendo desligar por completo los falsos mitos y creencias que no permiten que se logre una adecuada y oportuna adherencia al tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. (Internet) USA: Lancet. 2020; 396(10258):1204-22 -(citado 20 nov 2021). Disponible en: <https://www.thelancet.com/gbd/summaries>.
- 2) Organización Mundial de la Salud. Datos y estadísticas: Envejecimiento y Ciclo de Vida 2015. Ginebra: OMS (citado 20 nov 2021). Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/es](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es)
- 3) García G. Día Mundial del Asma: Mi Asma en Latinoamérica 2019. (citado 22 nov 2021). Disponible en: <https://alatorax.org/es/novedades/dia-m2019undial-del-asma-mi-asma-enlatinoamerica>.
- 4) Mallol J, Crane J, Von Mutius E, et al. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three: A global synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013;41(2):73-85. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.aller.2012.03.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2012.03.001)
- 5) Jiménez P. Asma en Latinoamérica; estudio AIRLA. *Medwave* 2005 Oct;5(9):e3545 Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3545#>
- 6) Ministerio de Salud. Asma (Internet) 2019 (citado 25 nov 2021) Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_7.asp?sub5=3](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=3)
- 7) Aranda F. Depresión en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada y en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2014 (Tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Internet) 2018 (citado 22 febrero 2022) Disponible: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9993>
- 8) Organización Mundial de la Salud. Datos y Estadísticas: Enfermedades Respiratorias Crónicas: asma. 2021. (Internet) Ginebra: OMS; 2021 (citado 26 nov 2021). Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/es](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es)
- 9) Leonardo Cabello MT, Oceja-Setien E, García Higuera L, Cabero M J, Pérez Belmonte E, Gómez-Acebo I, Evaluación de los conocimientos paternos sobre asma con el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. *Revista Pediatría Atención Primaria* 2013; XV(58):117-126. Asociación Española de Atención Primaria. Madrid, España. (citado 24 feb 2022) Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638749003>
- 10) Morisky DE, Green LN, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of medication Adherence. *Medical Care*. 1986; 24:24-74
- 11) Fitzclarence CA, Henry RL. Validation of Asthma Knowledge questionnaire. *J. Paediatr Child Health*. 1990; 26:200-4
- 12) Praena Crespo M, Lora Espinosa L, Aquino Linares, Sánchez Sánchez A, Jiménez Cortés A. Versión española del NAKO. Adaptación transcultural y análisis de fiabilidad y validez. *AN Pediatric (Barcelona)*. 2009; 70:209-17.
- 13) Ruiz Ruíz MT. Conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar servicio de emergencias pediátricas del Hospital Daniel Alcides Carrión - Callao 2014 [tesis Especialidad]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015. (citado 15 mayo 2022) Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5138/Ruiz\\_Ruiz\\_Maria\\_Teresa\\_2015.pdf?sequence=1](http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5138/Ruiz_Ruiz_Maria_Teresa_2015.pdf?sequence=1)
- 14) Minaya Martínez GE, Gonzáles Díaz JA. (Compiladores). Compendio de Normativa Ética para uso por los Comités de Ética en Investigación. Instituto Nacional de Salud del Perú. Lima, 2011 (acceso 28 nov 2021). Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/127>
- 15) Rodríguez-Marino J, Caballero-García M; Llanos-Tejada. Adherencia al tratamiento y nivel de control en pacientes asmáticos en un hospital de Lima *Horiz Med (Lima)* 2021; 21(2): e1341 Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000200002&script=sci_arttext)
- 16) Cotrina Rico KF, Piedra Hidalgo MA, Chang Dávila D, Vega Vidal M, Osada Lij J. Control de asma bronquial en niños y adolescentes atendidos en establecimientos de salud de Chiclayo. *Revista Cubana de Pediatría*. 2020;92(2):e834. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/834>
- 17) Melgen RE, Hernández F A y De la Cruz R. Nivel de control del asma en pacientes que acuden al Departamento de Neumología del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, agosto 2015 a febrero 2016. Santo Domingo, República Dominicana. *Ciencia y Salud*. 2019;3(3):43-9. Disponible: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1541>
- 18) Mackenney J. Asma severa problemática en pediatría. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; Cotrina Rico KF, Piedra Hidalgo MA, Chang Dávila D, Vega Vidal M, Osada Lij J. Control de asma bronquial en niños y adolescentes atendidos en establecimientos de salud de Chiclayo. *Revista Cubana de Pediatría*. 2020;92(2):e834. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/834>

- 19) Díaz V. La adherencia terapéutica y las enfermedades crónicas. Un problema clínico. *Pediátr Panamá* 2021; 50(3):37-47. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352582>
- 20) Bravo Polanco E, Pérez García B, Águila Rodríguez N, Ruiz Roja D R, Torres López Y, Martínez Santana M. Intervención educativa para padres o tutores de niños y niñas asmáticos. *Medisur: Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*. 2018; 16 (5): 672-679. Disponible en: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo1770051-intervenci%C3%B3n-educativa-para-padres-o-tutores-de-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-asm%C3%A1ticos](https://redib.org/Record/oai_articulo1770051-intervenci%C3%B3n-educativa-para-padres-o-tutores-de-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-asm%C3%A1ticos)
- 21) Coronel-Carvajal C. Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control del niño asmático. *Revista Mexicana de Pediatría* 2017; 84 (6): 222-229. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77166>
- 22) Concepción García L, Sánchez Silot C, Sagaró del Campo N, Cisneros M W, y Márquez Chacón A. Conocimientos en padres acerca del asma padecida por sus hijos. *MEDISAN* 2017; 21 (5):548-555. Santiago de Cuba. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000500006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500006)
- 23) Miranda Pacori P, Recabarren Lozada A. Nivel de conocimientos sobre el asma en padres de niños asmáticos que acuden a consulta externa especializada del hospital III Yanahuara-Arequipa. *Rev. Perú. Pediatric* 2017; 69(1): 10-19. Disponible en: [https://pediatria.org.pe/wp-content/uploads/2018/10/2017-01\\_REVISTA\\_SPP\\_VOL\\_69\\_N\\_01.pdf](https://pediatria.org.pe/wp-content/uploads/2018/10/2017-01_REVISTA_SPP_VOL_69_N_01.pdf)

## IMPACTO DEL EMBARAZO EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL. MARACAY, ARAGUA. VENEZUELA.

IMPACT OF PREGNANCY ON THE BEHAVIOR OF HEMORRHOIDAL DISEASE. MARACAY, ARAGUA. VENEZUELA.

Carlos Alejos Agüero<sup>1</sup>, Alberto BreaMadrid<sup>1</sup>, Valeria Araque<sup>1</sup>, Maria Calcurian<sup>1</sup>, Carlos Alejos Ludert<sup>1</sup>, Luz Marina Navarrete<sup>1</sup>

### ABSTRACT

*The Hemorrhoidal Disease has been studied around the world for many years. Studies have revealed that around 5% of the world population is predisposed to suffer from this disease. It is emphasized that pregnant woman enter a special group that represents a markedly higher incidence (25 to 35%) unlike the general population. The objective is to determine the impact of pregnancy on the behavior of the Hemorrhoidal Disease, in a population of patients, who attended the Maracay Central Hospital. A cross-sectional, clinical and epidemiological study was carried out that included 300 female patients, divided into: Group A, 100 patients without gestational or obstetric history, Group B 100 patients with obstetric history, not pregnant and Group C 100 pregnant patients, who attended the Maracay Central Hospital in the period from June to September 2017. The results reported that the incidence of Hemorrhoidal Disease according to each group was 9% for Group A, 20% for Group B and 36% for Group C, which reflects a direct relationship between pregnancy and the aforementioned pathology. The general risk factors did not present a statistically significant difference between the groups. Regarding the gestational-obstetric factors, no different behavior was evidenced in populations B and C. It is concluded that the study allows to demonstrate the impact produced by the Gestational-Obstetric Risk factors and therefore pregnancy in terms of the clinical and statistical behavior of Hemorrhoidal Disease.*

**KEY WORDS:** hemorrhoidal disease, pregnancy, gestational obstetrics risk.

### RESUMEN

*La Enfermedad Hemorroidal ha sido objeto de estudio a nivel mundial desde hace muchos años; las investigaciones se han centrado en revelar principalmente su incidencia, la cual se describe alrededor del 5% en población general. Se destaca que las embarazadas entran en un grupo especial que refleja una incidencia marcadamente superior (25 al 35%) con respecto a la población general. El objetivo fue determinar el impacto del embarazo en el comportamiento de la Enfermedad Hemorroidal, en una población de Pacientes, que acudieron al Hospital Central de Maracay, Venezuela. Se realizó un estudio clínico y epidemiológico, transversal, que incluyó 300 pacientes femeninas, divididas en tres grupos: A) 100 pacientes sin antecedentes gestacionales ni obstétricos, no embarazadas, B) 100 pacientes con antecedentes obstétricos y no embarazadas y C) 100 pacientes embarazadas, que acudieron al Hospital Central de Maracay durante el periodo Junio a Septiembre del año 2017. Los resultados reportaron que la incidencia por Enfermedad Hemorroidal según cada grupo fue de 9% para el Grupo A, 20% para el Grupo B y 36% para el Grupo C, lo cual refleja una relación directa entre el embarazo y dicha patología. Los factores de riesgo general, no presentaron una diferencia estadística significativa entre los grupos. Con respecto a los factores gestacionales - obstétricos no se evidenció un comportamiento diferente en las poblaciones B y C. Se concluye que el estudio permite evidenciar el impacto que producen los factores de Riesgo Gestacionales-Obstétricos en cuanto al comportamiento clínico y estadístico de la Enfermedad Hemorroidal.*

**PALABRAS CLAVE:** enfermedad hemorroidal, embarazo, riesgos gestacionales-obstétricos.

Recibido: marzo 24, 2022

Aprobado: Abril 28, 2022

<sup>1</sup>Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud-sede Aragua. Universidad de Carabobo.

Carlos Alejo Agüero. ORCID:0000-0003-4469-8757

Alberto BreaMadrid. ORCID: 0000-0002-7796-1737

Valeria Araque. ORCID:0000-0002-3965-1607

Maria Calcurian. ORCID:0000-0001-8961-6247

Carlos Alejos Ludert. ORCID:0000-0001-6143-8581

Luz Marina Navarrete. ORCID:0000-0001-6224-5052

Correspondencia: carlosluisalejos10@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La palabra Hemorroides proviene del griego haima (sangre) y rhein (fluir), lo que denota el síntoma fundamental de la enfermedad hemorroidal. Los cojinetes hemorroidales son estructuras normales en el conducto anal que contienen vasos sanguíneos, musculo liso y tejidos elásticos y conectivos. Si estos cojinetes hemorroidales sufren degeneración y dilatación, además de causar manifestaciones clínicas, configuran las Hemorroides o, de preferencia, la Enfermedad

Hemorroidal. Las hemorroides se clasifican en externas e internas, las primeras consisten en dilataciones en el plexo vascular en un plano distal respecto a la línea dentada (línea que separa en dos mitades el canal anal: hacia abajo el anodermo y hacia arriba la mucosa verdadera del canal anal), por su parte las hemorroides Internas son proximales a la línea dentada<sup>1,2</sup>.

La Enfermedad Hemorroidal (EH) ha sido objeto de estudio a nivel mundial desde hace muchos años; las investigaciones se han centrado en revelar principalmente su incidencia, Saclarides y Brand<sup>3,4</sup> la describen en alrededor de 5% en la población general y según reporte de Rodríguez-Wong<sup>5</sup> en un estudio realizado en México en el año 2009, con un grupo de embarazadas, la reporta aproximadamente en 30%. Ahora bien, en este grupo especial de población (embarzadas) presenta una incidencia marcadamente superior con respecto a la población general, y se ha descrito en ellas una incidencia entre 25 a 35% según investigaciones realizadas en Toronto, Canadá durante el periodo 2008 a 2010<sup>5,6-8</sup>.

Numerosos factores gestacionales han sido descritos y se les asocia a la presentación de la EH durante el Embarazo, uno de ellos es el incremento de la volemia durante el tercer trimestre, el crecimiento uterino, la compresión de los vasos ilíacos y los elevados niveles de progesterona y estrógenos circulantes, que causan relajación de las paredes venosas y reducción del tono, ocasionando dilatación de los plexos hemorroidales, promoviendo así el desarrollo de la enfermedad<sup>2,3</sup>.

En general, no se conoce una causa directa que desencadene los síntomas de esta enfermedad; no obstante, se tienen identificados factores de riesgo que actúan de manera independiente de los anteriormente mencionados (Gestacionales-Obstétricos) y que conducen a la aparición del cuadro clínico, tales como; la edad (a partir de la tercera década de la vida), el Sobrepeso, (con Índice de Masa Corporal IMC > 25, excepto en la embarazada que se encuentre en el tercer trimestre de la gestación, donde se acepta como normal un IMC entre 25 a 30, lo cual implica un envejecimiento de los medios de fijación de los cojines hemorroidales); una dieta baja en fibras (<25g/día), que condiciona el estreñimiento. Otros factores son la diarrea, la baja ingesta de agua, obesidad y factores genéticos inherentes al sujeto dependiendo de su localización (internos o externos)<sup>9-13</sup>. Las Hemorroides externas tienen tres síntomas principales: dolor, tumoración y en ocasiones prurito anal, mientras que en las Hemorroides internas son: hemorragia y prolapso<sup>6</sup>. La hemorragia es el síntoma más frecuente y constante; la sangre suele ser de color rojo rutilante, expulsada con las heces y en ocasiones se manifiesta en forma espontánea

y aislada<sup>14,15,16</sup>. El Prolapso Hemorroidal depende del tiempo de evolución. Al principio disminuye de manera espontánea y posteriormente, el paciente lo reduce en forma manual y por último es permanente<sup>1,6</sup>.

Se ha evidenciado que el embarazo y el parto vaginal predisponen a las mujeres a desarrollar síntomas hemorroidales, debido a los factores ya mencionados y al aumento progresivo de la presión intra-abdominal<sup>1,8,16</sup>. En ciertas poblaciones, hasta 85% de los embarazos se ven afectados por esta entidad en el tercer trimestre de la gestación y alrededor de un tercio de las mujeres después del parto se quejan de síntomas perianales<sup>5-17</sup>. La EH es común en el último trimestre y durante los primeros 30 días del puerperio, además se ha evidenciado que, debido a los elevados niveles de progesterona en sangre, hay una disminución del tránsito intestinal lo cual se traduce en estreñimiento, factor que favorece o agrava esta enfermedad en las embarazadas<sup>17</sup>. En una investigación realizada en Lituania en el año 2014, en la revisión de una serie de 280 pacientes embarazadas, se reportó que 43,9% desarrollo enfermedad perianal durante la gestación y 40,7% fueron diagnosticadas con EH<sup>18</sup>. En Venezuela son pocos los reportes de investigaciones publicadas sobre esta patología.

De acuerdo a lo anterior, nos planteamos conocer si en Venezuela, el embarazo influye en el desarrollo, comportamiento clínico y estadístico de la EH, independientemente de la presencia o no de factores conocidos como de riesgo general para esta enfermedad; por tanto, el objetivo de la presente investigación fue determinar el impacto del embarazo en el comportamiento de la Enfermedad Hemorroidal, en pacientes embarazadas y no embarazadas atendidas en el Hospital Central de Maracay, estado Aragua.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó una investigación clínica y epidemiológica, de corte transversal, con una población de 300 pacientes las cuales acudieron al Hospital Central de Maracay en el periodo Junio-Septiembre, 2017.

Las pacientes aceptaron su participación en el estudio mediante la firma de su consentimiento informado, donde se explicó el propósito y la finalidad de esta investigación; de igual forma se solicitó el permiso a los Jefes de Servicio de la institución hospitalaria en las áreas correspondientes a Ginecología - Obstetricia y Pediatría para la ejecución del estudio.

Para alcanzar el objetivo se procedió a: 1. Clasificar en tres grupos las pacientes incluidas en el estudio, considerando criterios demográficos y antropométricos; 2. Identificar en estos tres grupos factores de riesgo general para el desarrollo de la EH; 3. Seleccionar en cada grupo aquellas pacientes con sintomatología positiva para EH; 4. Comparar el comportamiento de la EH en los tres grupos de pacientes y 5. Relacionar los factores de riesgo generales y gestacionales-obstétricos en el desarrollo de la EH, en los tres grupos de estudio.

La clasificación de los tres grupos de pacientes consideró los siguientes criterios de inclusión: Población "A", 100 Pacientes no embarazadas y sin antecedentes Obstétricos, 2) Población "B", 100 Pacientes no embarazadas y con antecedentes Obstétricos y 3) Población "C", 100 pacientes embarazadas.

A todas las pacientes se les aplicó un instrumento tipo encuesta, estructurado en cuatro componentes, 1) Caracterización antropométrica, para evaluar las variables edad, peso y talla, 2) Identificación de las pacientes según serie o grupo (A, B y C), 3) Determinación de factores de riesgo comunes para la EH como: estreñimiento, diarrea, consumo de fibras, ingesta de agua y ejercicio, y 4) Detección de signos y síntomas positivos para la EH evaluando la triada: dolor, sangrado y prolapso relacionados a la Región Anorrectal.

Los datos generados fueron vaciados en una tabla realizada con Microsoft Excel 93 - 2007. Se utilizó el programa EPI Info versión 3.5.4 para el análisis estadístico, obteniendo el porcentaje (%) de cada valor. Se utilizó la media aritmética para la valoración de aquellas pacientes con factores de riesgo, signos y síntomas positivos para la EH y se calculó el grado de significancia estadística, mediante la aplicación de Chi Cuadrado ( $X^2$ ) el cual estuvo dada por el valor de probabilidad ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

En la población estudiada ( $n = 300$  pacientes), se reportó una media de edad de  $29.8 \pm 12.03$  años. Al comparar este parámetro por grupos encontramos que en el grupo A, la media de edad fue de  $24,13 \pm 3,6$  años, en el grupo B  $39,26 \pm 14,8$  años y en el grupo C  $26,3 \pm 8,1$  años, sin diferencias significativas entre los tres grupos ( $p = 0$ ). En relación al peso, medido según el IMC, se encontraron valores de: en el Grupo A  $23,5 \pm 3,7$ ; en el Grupo B  $24,3 \pm 4,4$  y en el Grupo C  $27,2 \pm 4$ , considerando Sobrepeso un valor superior a 25,5 para las pacientes no embarazadas y superior a 30 para las pacientes embarazadas, grupo en el cual el cálculo de este índice, varía según la edad gestacional.

En relación a los factores de riesgo generales que propician el desarrollo de la EH, se evidenció que el consumo bajo de fibra ( $p = 0,0137$ ) y la presencia de episodios de diarrea ( $p = 0,0664$ ) fueron estadísticamente significativos; por el contrario, la presencia de estreñimiento, reportado en solamente 39% (117/300) de las pacientes estudiadas, no resultó con significancia estadística ( $p = 0,9588$ ) al igual que los antecedentes familiares de EH ( $p = 0,832$ ) y la ingesta diaria de agua ( $p = 0,115$ ) (tabla 1).

La influencia de los factores de riesgo Gestacionales - Obstétricos en el desarrollo de la EH, están representados en la tabla 2.

En el Grupo A (pacientes no embarazadas y sin antecedentes obstétricos) se evidenció que solo 9% manifestó signos y síntomas característicos de EH, mientras que 20% del Grupo B (pacientes no embarazadas y con antecedentes obstétricos) y 36% del Grupo C (pacientes embarazadas) reportaron signos y síntomas para EH.

En cuanto a los factores Gestacionales - Obstétricos tales como: Gestas Previas, Partos vía Vaginal vs Abdominal (Cesárea), no representan mayor impacto estadístico en el comportamiento clínico de la Enfermedad, comportándose de igual manera en los Grupos relacionados para este parámetro (B y C) con un valor de  $p = 0,290$  para parto vaginal y  $p = 0,973$  para Cesárea.

Al establecer comparación en cuanto al comportamiento de la EH en los tres grupos de pacientes estudiados: se reportan las tres características clínicas patognomónicas: Dolor, Sangrado y Prolapso del área anorrectal evidenciando que dicha triada tiene mayor incidencia en el grupo C a diferencia de los grupos A y B, por lo cual el embarazo en el Grupo C influye significativamente en la aparición de esta enfermedad. (gráfico 1).

## DISCUSIÓN

La Enfermedad Hemorroidal es una de las patologías ano-rectales más frecuentes del ser humano, con una incidencia de 5% en la población general, tal como se describe en los estudios realizados por Coello y cols<sup>1</sup>.

Aún no se conoce la causa que directamente esta relacionada con la aparición de esta enfermedad; sin embargo, existen teorías que tratan de explicar, los eventos etiopatogénicos, que la desencadenan; en primer lugar se ha relacionado con una "Disfunción del

**Tabla 1.** Factores de riesgo generales que propician la incidencia de la enfermedad hemorroidal según serie de pacientes.

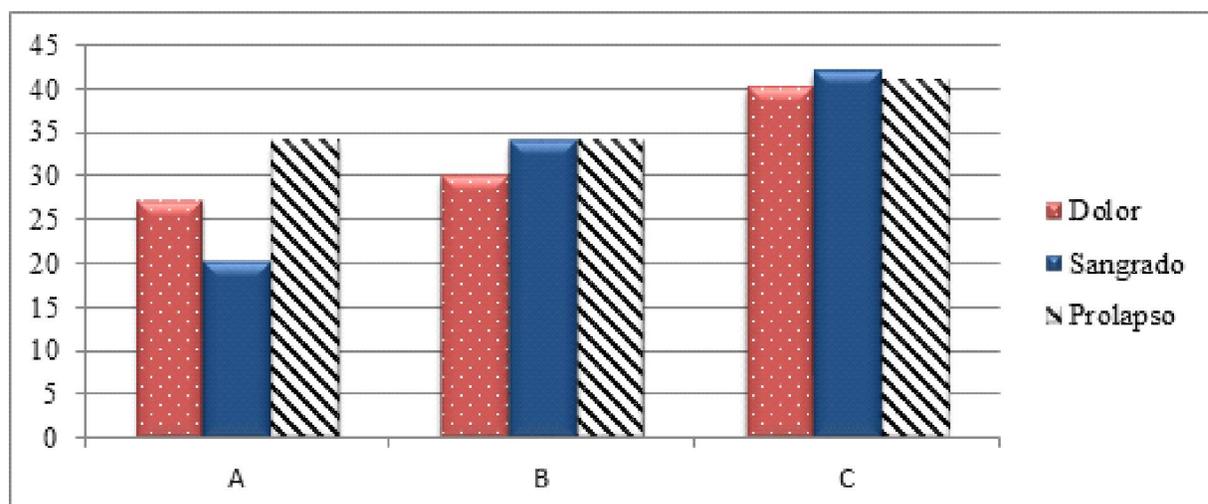
|                                | A*        | B <sup>H</sup> | C <sup>I</sup> | Valor p |
|--------------------------------|-----------|----------------|----------------|---------|
|                                | N=100     | N=100          | N=100          |         |
| <b>Edad (x±DE)</b>             | 24,13±3,6 | 39,26±14,8     | 26,3±8,1       | 0       |
| <b>IMC (x±DE)</b>              | 23,5±3,7  | 24,3±4,4       | 27,2±4,1       | 0       |
| <b>Estreñimiento</b>           |           |                |                |         |
| No                             | 60        | 62             | 61             | 0,9588  |
| Si                             | 40        | 38             | 39             |         |
| <b>Antecedentes familiares</b> |           |                |                |         |
| No                             | 61        | 60             | 64             | 0,8325  |
| Si                             | 39        | 40             | 36             |         |
| <b>Consumo de fibra</b>        |           |                |                |         |
| 3 veces por semana             | 31        | 41             | 30             | 0,0137  |
| Menos de 3 veces por semana    | 7         | 17             | 19             |         |
| Diario                         | 49        | 39             | 39             | 0,0137  |
| No                             | 13        | 3              | 12             |         |
| <b>Diarrea</b>                 |           |                |                |         |
| Trimestral                     | 12        | 6              | 4              | 0,0664  |
| Mensual                        | 9         | 4              | 4              |         |
| No                             | 79        | 90             | 92             |         |
| <b>Ejercicio</b>               |           |                |                |         |
| Más de 4 días por semana       | 12        | 12             | 1              | 0       |
| 3 días por semana              | 29        | 13             | 1              |         |
| Diario                         | 1         | 1              | 0              |         |
| No                             | 58        | 74             | 98             |         |
| <b>Ingesta de Agua (x±DE)</b>  | 5,93±4,8  | 6,67±7,3       | 6,42±7,2       | 0,1152  |

\*Pacientes sin embarazo y sin antecedentes obstétricos, H Pacientes con antecedentes obstétricos no embarazadas, I Pacientes embarazadas.

**Tabla 2.** Factores de riesgo gestacionales-obstétricos de la enfermedad hemorroidal según serie de pacientes.

|   | <b>A*</b><br>N=100 | <b>B<sup>H</sup></b><br>N=100 | <b>C<sup>I</sup></b><br>N=100 | <b>Valor p</b> |
|---|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------|
| <b>Gestas previas</b> (x±DE)              | N/A'               | 2,37±1,5                      | 2,2062±1,3                    | 0,4239         |
| <b>Partos vaginales</b> (x±DE)            | N/A                | 2,2295±1,5                    | 1,9333±1,2                    | 0,2908         |
| <b>Cesareas</b> (x±DE)                    | N/A                | 1,5781±0,7                    | 1,5714±0,9                    | 0,9734         |
| Diagnóstico Enfermedad Hemorroidal. N (%) | 9                  | 20                            | 36                            |                |

\*Pacientes sin embarazo y sin antecedentes obstétricos, H Pacientes con antecedentes obstétricos sin embarazo , I Pacientes embarazadas. N/A: No aplica.

**Gráfico 1.** Características clínicas de la enfermedad hemorroidal en tres series de pacientes.

Esfínter Anal Interno", caracterizada por Hipertonía del mismo, que condiciona la obstrucción del flujo venoso, congestión del cojín hemorroidal hasta la aparición de la sintomatología. Otros investigadores como Thompson y Hass, han argumentado que el deterioro de los mecanismos de fijación de los cojines hemorroidales es el responsable de la aparición de signos y síntomas característicos de la EH, tal como se explica en la publicación *Surgery of the Colon, Rectum and anus*<sup>19</sup>.

Si bien estas "teorías" no han logrado descifrar por completo la etiopatogenia de esta entidad, han sido señalados en diferentes estudios, como los de Abramowitz<sup>7</sup>, Corman<sup>9</sup> y Charúa<sup>18</sup>, un grupo de factores que predisponen a la aparición clínica de la EH (estreñimiento, diarrea, baja ingesta de agua, escaso consumo de fibras, obesidad y sedentarismo), que coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio, apreciando que dichos factores están presentes en los 3 grupos de pacientes (A, B y C) sin diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, al ser comparados, se destaca, que el Grupo A (pacientes sin antecedentes obstétricos, no gestantes) es el único grupo, en el cual solo los factores de riesgo general, se vieron involucrados en la aparición de la EH, con 9% de incidencia.

Otros factores de interés reportados en este estudio, son los relacionados con los antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes y su influencia en el desarrollo de la EH. Los de mayor relevancia se encuentran relacionados con el periodo de gestación, número de embarazos previos y la vía de resolución del parto, vaginal o vía abdominal (cesárea). Según Poskus, Buzinskiene, Drasutiene<sup>20</sup> y Ebrahimi<sup>4</sup>, el embarazo se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la EH con una incidencia mayor, en comparación con la población general, destacando que durante el embarazo dicha incidencia puede aumentar desde 25 hasta 35%, como lo reporta Abramowitz<sup>5,6</sup>, datos que coinciden con los obtenidos en el presente estudio para el Grupo C (gestantes), en el cual se encontró una incidencia de 36%.

Cabe destacar que los autores antes mencionados, atribuyen una relación entre EH y número de partos vaginales, (a mayor número de partos vaginales, mayor probabilidad de padecer EH). En nuestro estudio, la media de los partos vaginales para el Grupo B fué de  $2,2295 \pm 1,5$  y para el Grupo C de  $1,9333 \pm 1,2$ , para un valor de  $p=0,2908$ . En el caso de cesáreas, para el Grupo B la media fué de  $1,5781 \pm 0,7$

y para el Grupo C de  $1,5714 \pm 0,9$ , con un valor  $p=0,9734$ ; al comparar estas dos variables, se evidenció que no existe una diferencia estadísticamente significativa, entre el Grupo B y C en relación al número de partos vaginales vs el número de cesáreas.

Otro dato de gran importancia en relación a estos factores de riesgo específicamente en cuanto al número de partos vaginales y cesáreas, es que estos no representan un factor estadísticamente significativo en referencia al desarrollo de la EH (Grupos B y C), a diferencia de lo reportado por Noa y Vila<sup>16</sup>, lo cual sugiere que la mayor incidencia de signos y síntomas característicos de la EH, que corresponde al Grupo C (36%) es causado por el Embarazo, debido a que en los antecedentes obstétricos (número de partos vaginales y cesáreas) de los grupos comparados, no se encontró diferencia estadística, indicando que estos factores de riesgo se comportaron igual en el Grupo B y C, y la explicación de la mayor incidencia de EH del Grupo C, obedece a la gestación presente, lo que demuestra que el embarazo y los cambios en la fisiología de las pacientes, tienen mayor importancia en la incidencia de esta patología que el antecedente del número de partos vaginales.

Llama poderosamente la atención el comportamiento del Grupo B cuya incidencia de EH fue de 20%, lo cual hace claramente visible el impacto que tienen los Factores Gestacionales-Obstétricos en el comportamiento clínico y estadístico de esta patología, aun habiendo cesado la Gestación. Es decir; las pacientes del Grupo B, sin estar embarazadas, al momento del estudio, reflejaron una incidencia significativamente superior de esta patología en comparación con el Grupo A (9%), en donde solo los factores de riesgo general influyeron en la aparición de la EH. Por tanto, queda demostrado mediante este estudio, el impacto que tienen los factores de riesgo Gestacionales-Obstétricos en relación al comportamiento clínico y estadístico de la EH.

Finalmente, ante los resultados encontrados, se recomienda lo siguiente:

- Profundizar en el conocimiento de otros factores de riesgo Gestacionales-Obstétricos: duración del periodo expulsivo, el peso del producto de la gestación y la instrumentación en el parto vaginal.
- Promover y desarrollar una línea de Investigación enfocadas a otras patologías Ano-Rectales frecuentes: Fisura Anal, Abscesos Fistulosos Ano-Rectales y enfermedades de transmisión sexual.

- Diseñar y aplicar un instrumento educativo sencillo y práctico para las pacientes que acudan a las consultas de Gineco-Obstetricia en el Hospital Central de Maracay y la Red Ambulatoria del estado Aragua y aquellas pacientes que posean signos y síntomas positivos para la EH deben ser referidas a consulta especializada en el área de proctología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Alonso Coello P, Marzo Catstillejo M, Mascort J, Hervas A, Viña L, Ferrus J. Guía de práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal; 2ed.Barcelona ESP: editorial Elsevier Doyma; 2007.
- 2) Takahashi T. Colon recto y ano. 1 Ed. México DF: Editorial de Textos Mexicanos; 2003.
- 3) Saclarides TJ, Brand MI. Evolving trends in the treatment of anorectal diseases. *Dis Col Rec* 1999; 42: 1245-1252.
- 4) Ebrahimi N. Evaluation of Pharmacotherapy of Common Medical Conditions in Pregnancy. Toronto, Canada: Department of Pharmaceutical Sciences University of Toronto; 2011. Disponible en: [https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/30581/7/Ebrahimi\\_Neda\\_201111\\_MSc\\_thesis.pdf](https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/30581/7/Ebrahimi_Neda_201111_MSc_thesis.pdf)
- 5) Rodríguez-Wong U. Enfermedades ano rectales durante el embarazo y el puerperio. *Rev Hosp Jua Mex* 2009; 76(3): 157-160.
- 6) Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Daraï E, Mignon M, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002;45(5):650-5.
- 7) Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31(6):546-9. doi: 10.1016/s1297-9589(03)00127-9.
- 8) Staroselsky A, Nava-Ocampo A, Vohra S, Koren G. Hemorrhoids in pregnancy. *Medico Can Fam*, 2008; 54 (2): 189-190.
- 9) Corman ML. Colon and rectal surgery. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998:147-205.
- 10) Beck DE. Hemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner SD, eds. *Fundamentals of anorectal surgery*. 2nd ed. London: WB Saunders, 1998:237-53.
- 11) Salvati EP. Nonoperative management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1999;42:989-93.
- 12) MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995;38:687-94.
- 13) Brisinda G. How to treat haemorrhoids Prevention is best; haemorrhoidectomy needs skilled operators *BMJ* 2000; 321(7261): 582-583. doi: 10.1136/bmj. 321.7261.582.
- 14) Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 2009-2017.
- 15) Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 9245-9252.
- 16) Noa B, Vila J. Factores de riesgo obstétricos y quirúrgicos de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana 2017; 9: 51-66.
- 17) Amarillo H A, Amarillo HR. Hemorroides y sus complicaciones. Capítulo 375. Buenos Aires ARG, 100 ed. 2009.
- 18) Charúa L. Enfermedad hemorroidal. *Med. Int. Mex.* 2007;23(4):302-09.
- 19) Ratto C, Parello A, Lonisi L, Litta F (Editores). *Surgery of the Colon, Rectum and anus*. Editorial W.B Saunders Company; 2017.
- 20) Poskus T, D. Buzinskiene, G. Drasutiene, N.E. Samalavicius, A. Barkus, A. Barisauskiene, J. Tutkuviene, I. Sakalauskaite, J. Drasutis, A. Jasulaitis, A. Jakaitiene, Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study, *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2014; 121 (13): 1666-71. doi: 10.1111/1471-0528.12838.

## VALIDACIÓN DE LA ESCALA FANTÁSTICO: ESTILO DE VIDA EN ADULTOS VENEZOLANOS.

VALIDATION OF FANTASTIC SCALE: A MEASURE FOR LIFESTYLE OF VENEZUELAN ADULTS.

Devorah Alejandra Díaz H<sup>1,2</sup>, Hector José Peña E.<sup>2</sup>

### ABSTRACT

*The present investigation aimed to determine the psychometric properties of the Fantastic healthy habits scale. Supported by the theory of Wilson et al. (1984) for the study of the Healthy habits variable, and by the approaches of Kerlinger and Lee (2002) for the psychometric properties. The research is methodological, of a descriptive level in a field study, using a non-experimental descriptive transactional design. The sample was formed by 207 subjects, aged between 20 and 80 years. The Fantastic scale was used in its Spanish version Ramírez and Agredo (2012). It was made up of 25 items and 3 response options. The results determined a factorial analysis with ten domains, a correlation of 0,654 for convergent construct validity and an internal consistency with a Cronbach Alfa of 0,812, and a Guttman coefficient of 0,815 obtained from the half partition method, concluding that the instrument is valid and reliable.*

**KEY WORDS:** psychometric properties, healthy habits, lifestyle, adults.

### RESUMEN

*La presente investigación tuvo como objetivo determinar las propiedades psicométricas de la escala de hábitos saludables Fantástico. Sustentada bajo los aportes de Wilson et al. para el estudio de la variable Hábitos saludables y bajo los planteamientos de Kerlinger y Lee para las propiedades psicométricas. Se realizó una investigación de nivel descriptivo enmarcado en un estudio de campo, empleando un diseño no experimental transeccional. Se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo accidental, para seleccionar una muestra de 207 sujetos con edades comprendidas entre 20 y 80 años. Se utilizó la escala Fantástico en su versión en español traducida por Ramírez y Agredo, conformada por 25 reactivos y 3 opciones de respuesta. Los resultados determinaron para el análisis factorial la confirmación de los 10 dominios; una correlación significativa, moderada y positiva de 0,654, con la variable Autoestima, lo que indica una adecuada validez de constructo convergente y para la confiabilidad una consistencia alta con un alfa de Cronbach de 0,812, y un coeficiente de Guttman de 0,815 obtenido a partir del método de partición por mitades, concluyendo que el instrumento es válido y confiable.*

**PALABRAS CLAVE:** propiedades psicométricas, hábitos saludables, estilo de vida, adultos.

Recibido: abril 29, 2021

Aprobado: mayo 30, 2022

<sup>1</sup>Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, estado Zulia.

<sup>2</sup>División de posgrado e Investigación; Universidad Arturo Michelena, estado Carabobo.

Debora Alejandra Díaz H. ORCID: 0000-0001-9313-6051

Héctor José Peña E. ORCID: 0000-0001-7019-8209

Correspondencia: arieldavid65@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

.La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades"<sup>1</sup>; este bienestar es objeto de estudio de la psicología de la salud, como disciplina aplicada a los trastornos físicos o mentales, o cualquier comportamiento que incida sobre los procesos de salud y enfermedad<sup>2</sup>.

Algunas de estas aplicaciones se centran en la promoción estilo de vida<sup>3</sup>; por tanto, una modificación de hábitos insanos y el tratamiento de enfermedades

específicas, resaltando la estrecha relación entre el comportamiento y la salud, siendo así que la calidad de vida de una persona se encuentra vinculada al estilo de vida<sup>3</sup>; por tanto, una modificación en la forma de establecer las actividades y el tipo de estas actividades, incide directamente en la percepción de la vida según la cultura, valores y estándares de cada persona.<sup>4</sup>

Un estudio dirigido por la OMS<sup>5</sup>, afirma que la mayoría de los jóvenes del mundo no realizan suficiente actividad física, lo cual pone en peligro su salud actual y futura. En Venezuela, la práctica de hábitos saludables no es común, la dieta en la población venezolana no es balanceada y poco variada caracterizada por un alto consumo de calorías, carbohidratos, azúcar y baja ingesta de frutas y proteínas<sup>6</sup>. Así mismo, las enfermedades del corazón, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los suicidios y homicidios son las primeras causas de mortalidad en el país, teniendo como punto en común los estilos de vida no saludables, añadiendo que el sedentarismo se encuentra entre 48 y 67% en la población de adultos<sup>7</sup>, la prevalencia al tabaquismo de 22,4%, y una alimentación desbalanceada en 45% de los venezolanos<sup>8</sup>.

Esta información coincide con los reportes de una investigación realizada en la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela, según el cual el sedentarismo se observa en 65,9% de los sujetos, el tabaquismo en 21,8% y una alimentación desbalanceada en 64,9% de la población<sup>9</sup>. Así mismo, en otro estudio se encontró que 78,3% de las personas presenta trastornos del sueño y 53% presentó obesidad de grado I<sup>10</sup>, indicando así una estrecha relación entre la práctica de hábitos saludables y las enfermedades cardiovasculares.

Los datos señalados revelan las prácticas poco saludables frecuentes en la población venezolana; sin embargo, en la revisión del estado del arte de la prevalencia y factores de riesgo de enfermedades relacionadas al estilo de vida en muestras de población se encontraron similitudes, pero también diferencias significativas en diversos estudios<sup>11</sup> por lo que, contar con una metodología que proporcione información más precisa<sup>12</sup>, con base a una muestra representativa, constituye una necesidad en el país. Por esto, evaluar el estilo de vida saludable mediante un instrumento con valoración psicométrica resulta indispensable entre quienes brindan atención primaria y promocionan conductas saludables en la comunidad.

La noción del Estilo de vida surge a finales del siglo XIX<sup>13</sup> concebido por Weber, como producto de las condiciones socioeconómicas a las cuales se expone la persona, relacionado con las prácticas de los mismos

individuos<sup>14</sup>. Adler, cuestiona tal concepción y señala la importancia de una posición personal, definiendo el estilo de vida como un patrón de conductas y hábitos que emplea toda persona con el objetivo de mejorar, atribuyendo mayor responsabilidad a las elecciones del individuo<sup>15</sup>, lo cual, trajo como consecuencia la atención en el estudio de las creencias que adoptan las personas en relación con los hábitos de cuidado de la salud, surgiendo, el modelo de creencias sobre la salud de Becker, que explica que las motivaciones y percepciones subjetivas de cada persona sobre su salud están influenciadas por factores sociales, culturales, demográficos y personales, determinando así el estilo de vida<sup>16</sup>.

El estilo de vida es definido, entonces, como el conjunto de pautas y conductas que mejoran la calidad de vida, relacionado con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y de enfermedad<sup>17,18,19</sup>, y en relación a esto, no puede hacerse referencia al mismo sin la observación de un conjunto de comportamientos individuales y colectivos, denominados patrones conductuales<sup>20</sup>, señalados como formas recurrentes de comportamiento, que pueden entenderse como hábitos aprendidos a lo largo de la vida del individuo<sup>19</sup> y que son difíciles de modificar<sup>13</sup>.

Los componentes o dimensiones del estilo de vida comprende: la Familia y Amigos, referida a la dinámica que tiene la persona en su hogar y con sus amigos; la Actividad Física, en cuanto al ejercicio que realiza la persona, de qué tipo y la frecuencia con la cual lo realiza; Nutrición, que indica la calidad de la alimentación y si ésta es balanceada o no, si evita alimentos ricos en grasas o salados y cómo se siente la persona acerca de su peso<sup>13,20,21</sup>; Tabaco, que describe si la persona fuma y la frecuencia del consumo de cigarrillos; Alcohol, que indica que tan frecuente la persona consume alcohol y en qué cantidad; Sueño y estrés, relativo a cómo es el sueño de la persona y si ha tenido eventos estresantes en el pasado año; Tipo de personalidad, en cuanto a cómo se siente la persona consigo misma y su manejo emocional; Introspección, o manejo de la ansiedad y las preocupaciones y la Conducción y trabajo, relacionada a la satisfacción que percibe la persona en relación a su trabajo o las actividades que realiza<sup>13,20,21</sup>.

Lo antes señalado indica que, para describir el estilo de vida es necesario tomar en cuenta los patrones de conducta observados en las áreas relacionadas a la salud de una persona, pudiendo establecer a partir del conocimiento de tales patrones

conductuales los factores de riesgo y/o los factores protectores que influyen en el desarrollo de enfermedades o de una mejor calidad de vida, mediante un adecuado instrumento de medición.

En función de lo expuesto, para la medición del estilo de vida, Wilson *et al*, en el departamento de medicina familiar de la Universidad de Mc Master de Canadá, diseñaron el instrumento o escala Fantástico, que sirve como referencia en la identificación de las áreas que necesitan modificación; está compuesto por 25 ítems correspondientes a 9 dimensiones o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida, que son Familia y amigos, Actividad física, Nutrición, Tabaco y drogas, Ingesta de Alcohol, Sueño, estrés y sexo seguro, tipo de personalidad, conocimiento de sí mismo y trabajo<sup>21</sup>.

Esta escala fue adaptada y validada al español en una muestra de adultos<sup>22</sup> y adolescentes colombianos<sup>23</sup>; en adultos diabéticos<sup>24</sup>; en población brasileña<sup>25</sup> y peruana<sup>26</sup>, evidenciando propiedades psicométricas adecuadas en diferentes regiones, por lo cual se estima que es un test apropiado en la medición de la variable en la población venezolana. En este sentido, los test psicológicos para que puedan ser valorados de forma objetiva deben tener implícita la determinación de la fiabilidad y validez del test en situaciones concretas<sup>27,28,29</sup>, y ser sometido a diferentes técnicas psicométricas, con el propósito de establecer sus propiedades y así brindar mayor fiabilidad a los datos obtenidos<sup>30,31</sup>.

Uno de los métodos para determinar la validez de contenido es el método de Jueces expertos, técnica que consiste en consultar a expertos en el área de estudio sus respectivas valoraciones con respecto a la adecuación de las instrucciones, pertinencia, redacción y presentación de los reactivos de un test<sup>27</sup>. En cuanto a la determinación de la validez de constructo, uno de los métodos es el de convergencia el cual expresa que, la evidencia de diferentes fuentes indica un valor similar a la del constructo<sup>32</sup>; y el análisis factorial que consiste en reducir un grupo de medidas a un número más pequeño, definidos como factores<sup>33,34,35</sup>.

En relación a la confiabilidad que está relacionada con la precisión de un instrumento de medición, se obtiene mediante el método de consistencia interna y la división por mitades<sup>30</sup>.

Con base a lo anterior, se destaca la importancia de validar un instrumento dirigido a adultos venezolanos para estudiar el estilo de vida y la práctica de hábitos

saludables, atendiendo a la promoción de la actividad física y la consecuente implementación de directrices regionales y nacionales que aborden los diferentes dominios de una vida saludable, necesarios en la prevención de enfermedades o disminución de factores de riesgo, de acuerdo con la OMS<sup>2</sup>. A su vez aporta una herramienta de medición válida y confiable útil para el ejercicio clínico y comunitario de especialistas y profesionales del área de la salud, beneficiando la calidad de vida individual y colectiva, atendiendo a la actividad física y alimentación balanceada como un derecho de todo venezolano.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se realizó mediante un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, enmarcada en un estudio de campo y diseño no experimental transeccional<sup>31</sup>. La población estuvo conformada por adulto tempranos, intermedios y tardíos de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 80 años de las ciudades de Valencia, Maracaibo y Caracas, por tener mayor densidad poblacional en el país<sup>8</sup>. El muestreo se fundamentó en el criterio de 5 personas por ítem, siempre y cuando no resultara inferior a 200 sujetos<sup>34-36</sup>, quedando conformada la muestra final por 207 adultos. A su vez se utilizó un muestreo no probabilístico accidental, puesto que los participantes fueron aquellos con disposición a llenar el instrumento sin criterios específicos de selección<sup>37,38</sup>.

La técnica de recolección de datos fue la escala Fantástico, adaptación española de Ramírez-Vélez y Agredo, de 25 ítems, cuyo nombre es un acrónimo que corresponde a las dimensiones de la escala: F: Familia y amigos, A: Actividad física N: Nutrición, T: Tabaco A: Alcohol, S: Sueño y estrés, T: Tipo de personalidad, I: Introspección, C: Conducción del trabajo y O: Otras drogas. Presenta 3 opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría y se califica por medio de una escala tipo Likert, con una calificación estandarizada de 0 a 100 puntos. Su interpretación se realiza a partir de las puntuaciones medias propuestas por los autores del instrumento original<sup>21</sup>, obteniendo cinco niveles de clasificación: (< 39 puntos: existe peligro, 40 a 59: malo, 60 a 69: regular, 70 a 84: bueno, 85 a 100: excelente) estilo de vida<sup>22</sup>.

A menor puntuación, mayor la necesidad de cambio, por lo que la interpretación de un resultado "Excelente" indica que el estilo de vida del individuo representa un factor protector para la salud; "Bueno", que representa una influencia adecuada para la salud; "Regular", que representa un beneficio, pero también

**Tabla 1.** Estadísticos Descriptivos estilo de vida

| Estilo de Vida           |            |             |              |           |           |                         |
|--------------------------|------------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------------------|
| Estilo de vida           | N          | Media       | Desv. típ.   | Mínimo    | Máximo    | Frecuencia relativa (%) |
| Existe peligro           | 5          | 30,8        | 5,019        | 24        | 38        | 2,4                     |
| Mal estilo de vida       | 34         | 49,6        | 5,83         | 40        | 58        | 16,4                    |
| Regular estilo de vida   | 66         | 64,6        | 2,76         | 60        | 68        | 31,9                    |
| Buen estilo de vida      | 84         | 76,5        | 4,52         | 70        | 84        | 40,6                    |
| Excelente estilo de vida | 18         | 91,6        | 3,64         | 86        | 98        | 8,7                     |
| <b>Total</b>             | <b>207</b> | <b>68,5</b> | <b>13,74</b> | <b>24</b> | <b>98</b> | <b>100</b>              |

riesgos y "Malo" y "Existe peligro" indica que el estilo de vida de la persona comprende factores de riesgo para la salud.

Para determinar las propiedades psicométricas de la escala se realizó validación por jueces para la obtención de la validez de contenido, con un total de 5 jueces expertos en las áreas de metodología, salud y psicología, quienes evaluaron las instrucciones, la redacción, la pertinencia y la ubicación de cada ítem. Así mismo, la validez de constructo se estableció mediante un análisis de los componentes de la variable y la validez convergente se desarrolló a través de la correlación del instrumento con la escala de Autoestima de Rosenberg, adaptación al español de Atienza<sup>39</sup>, sustentada en la correlación positiva y significativa entre las variables encontradas en los estudios de Gamarra y otros<sup>40</sup>; Silva y otros<sup>41</sup>; Cid, Merino y Stiepovich<sup>42</sup> y Querales y Benavides<sup>43</sup>; y por último, se determinó la confiabilidad del cuestionario Fantástico mediante el método de consistencia interna a través de Partición por mitades y Alfa de Cronbach estableciendo el nivel de significancia para el análisis estadístico en  $\alpha=0,05$ , empleando para dicho análisis de los datos, el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS en su versión 21.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio participaron de forma voluntaria 210 personas, de las cuales 207 respondieron correctamente el instrumento y fueron incluidos en el análisis de los datos. De ellos, 68,1% corresponde al género femenino y 31,9% al masculino, con una media de edad de 37 años para ambos grupos. De los sujetos de la muestra 15,9% se dedican a las ciencias administrativas, 22,7% a las ciencias sociales, 10,1% a

Ingeniería e Informática, 7,2% al área de salud, 9,2% trabajan en el área de educación, 7,2% se dedican a actividades domésticas, 10,1% a la venta y comercio, 13,5% son estudiantes universitarios, 2,9% son artistas y 1% ejerce funciones militares.

En cuanto al análisis descriptivo de los datos (tabla 1) se observa que los niveles "Existe peligro" y "Mal estilo de vida" abarcan a 18,8% de los sujetos, lo cual indica que poseen hábitos de vida que sugieren presencia de factores de riesgo para su salud, mientras que 31,9% manifiesta un "regular estilo de salud, que si bien no representa peligro inminente, es necesaria la prevención e intervención de estos hábitos, debido a que los sujetos en referencia mantienen buenos y malos hábitos conjuntamente. Por otro lado, 40,6% evidenció un "Buen estilo de vida", indicando un adecuado pronóstico en la salud, que puede ser optimizado en el tiempo y 8,7% mostró un "Excelente estilo de vida", lo que representa adecuados hábitos como factores protectores de un estilo de vida saludable.

Estos resultados coinciden con los hallazgos reportados en un estudio sobre nutrición realizado en Venezuela<sup>6</sup>, en el cual los autores concluyeron que una parte significativa de la población practica hábitos poco saludables, incrementando el riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas y resaltando la necesidad de medidas de prevención y promoción de hábitos saludables en alimentación, práctica de ejercicio y consumo de bebidas alcohólicas. Así mismo, en un estudio sobre la actividad física y placer en la población venezolana, se advierte que el sedentarismo se observa en más de la mitad de dicha población, indicando una relación con la aparición de enfermedades crónicas como causas principales de mortalidad en el país<sup>7</sup>. Estos datos

revelan la importancia que tiene el conocimiento del estilo de vida, a partir del uso de un instrumento validado, en la población de Venezuela.

En cuanto a la validez de contenido por jueces expertos, los resultados reportaron la ampliación de las instrucciones, especificando el tiempo de llenado, la diferencia en las opciones de respuesta y definiciones claras y breves, facilitando la comprensión del lector<sup>24</sup>. En cuanto a la redacción de los reactivos se eliminó el sustantivo "yo" debido a que queda implícito en la oración de los ítems 2, 4, 8, 15, 18, 19, 20 y 22. Así mismo, se eliminaron los adverbios de tiempo y de frecuencia como "ocasiones" del ítem 3, "usualmente" del ítem 4 y "siempre" del ítem 21. Para el ítem 25, se modificó la palabra "cola" que hace referencia a bebidas gaseosas por "refresco". En el ítem 19, se cambió el término "apretado" por "preocupado", lo cual muestra mayor ajuste a la población venezolana. Finalmente, se alternaron los ítems en la versión final cambiando el orden inicial de acuerdo con los dominios, quedando distribuidos de forma aleatoria. De esta manera, luego de realizadas las modificaciones señaladas, el instrumento se constituye en una representación del constructo, mostrando así adecuada validez de contenido<sup>29</sup>.

Al correlacionar el cuestionario de estilo de vida Fantástico y el cuestionario de Autoestima de Rosenberg, adaptación de Atienza<sup>39</sup>, se realizó el ajuste de bondad para confirmar la naturaleza de la muestra, a través del estadístico Kolmogórov-Smirnov arrojando una distribución diferente a la normal, confirmando el uso del estadístico no paramétrico Rho de Spearman para el análisis en referencia, encontrando una correlación moderada, significativa y positiva, que indica que ambas variables van en la misma dirección (tabla 2). Estos resultados coinciden con lo encontrado por Gamarra y colaboradores, quienes concluyeron que la Autoestima se correlaciona de forma significativa y positiva con el Estilo de vida en una muestra de estudiantes española de enfermería<sup>40</sup>; asimismo, Silva y

colaboradores señalan que la autoestima es importante en la explicación del estilo de vida, encontrando en su estudio que a mejor percepción de sí mismo, se observan mayores hábitos de cuidado saludables<sup>41</sup>.

Por su parte, Cid *et al.*<sup>42</sup> reportan en su estudio sobre factores predictores del estilo de vida, a través de un modelo de regresión, que la Autoestima explica un 30% de la variación de un estilo de vida saludable, concluyendo que la intervención efectiva de dicha variable debe ser tomada en cuenta para la adquisición de comportamientos saludables. Estas investigaciones indican .que ambas variables se correlacionan; por tanto, en el presente estudio un coeficiente de correlación significativo confirma una adecuada validez de constructo, mediante la técnica de convergencia con el test de Autoestima de Rosenberg, adaptación de Atienza<sup>39</sup>.

En cuanto al análisis factorial, se efectuó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), como medida de adecuación muestral para contrastar si las correlaciones entre las variables son pequeñas; de igual forma se obtuvo la prueba de esfericidad de Barlett, que permite la contrastación de la matriz de correlaciones indicando si la aplicación del método de análisis factorial es adecuado.

Se obtuvo para la prueba de KMO, un valor de 0,752, observando que mientras más cercano se encuentre al valor de 1, más adecuado será el análisis implicando una relación entre las variables<sup>22</sup> y en relación a la prueba de Barlett, se espera un nivel significativo en la contrastación, encontrando un valor de  $p < 0,05$ , lo que confirma adecuación suficiente para realizar el análisis con los datos obtenidos<sup>34</sup>.

Igualmente en el análisis factorial se empleó el método de rotación ortogonal Varimax, cuya finalidad es maximizar la suma de las varianzas de las cargas factoriales de cada una de las variables, minimizando a su vez el número de las variables que tienen cargas elevadas en

**Tabla 2.** Correlación entre Estilo de vida y Autoestima

|                 |                |                             | Autoestima |
|-----------------|----------------|-----------------------------|------------|
| Rho de Spearman | Estilo de vida | Coefficiente de correlación | 0,654**    |
|                 |                | Sig. (bilateral)            | 0,000      |
|                 |                | N                           | 207        |

**Tabla 3.** Matriz de Componente. Método de Rotación Varimax

|   | Matriz de Componentes Rotados <sup>a</sup> |        |        |        |        |        |        |        |
|---|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|   | Componente                                 |        |        |        |        |        |        |        |
|   | 1  | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      |
| 15. Me siento satisfecho/a con mi trabajo o con mis actividades     | 0,734                                      | 0,179  | -0,153 | -0,110 | -0,097 | 0,157  | 0,189  | 0,096  |
| 17. Me siento capaz de manejar el estrés y la tensión en mi vida    | 0,726                                      | -0,073 | 0,150  | -0,016 | 0,141  | 0,029  | -0,078 | 0,114  |
| 9. Me siento deprimido o triste                                     | 0,705                                      | -0,045 | 0,314  | 0,036  | 0,116  | 0,118  | 0,020  | 0,047  |
| 3. Soy un pensador positivo/a u optimista                           | 0,569                                      | -0,034 | 0,304  | 0,055  | 0,166  | 0,297  | 0,071  | -0,005 |
| 20. Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre                         | 0,503                                      | 0,019  | 0,377  | -0,136 | 0,042  | 0,239  | 0,215  | 0,282  |
| 11. Conduzco el automóvil luego de ingerir alcohol                  | 0,019                                      | 0,839  | 0,039  | 0,006  | -0,073 | 0,160  | 0,194  | 0,129  |
| 5. Mi número promedio de tragos por semana es de:                   | -0,004                                     | 0,758  | 0,069  | 0,069  | 0,194  | -0,033 | -0,073 | 0,201  |
| 8. Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión                   | 0,023                                      | 0,721  | 0,163  | 0,236  | 0,044  | -0,007 | -0,146 | -0,136 |
| 23. Parece que ando acelerado/a                                     | 0,077                                      | 0,179  | 0,710  | 0,001  | -0,190 | -0,007 | 0,114  | 0,018  |
| 24. Me siento enojado/a o agresivo/a                                | 0,300                                      | -0,096 | 0,622  | 0,042  | 0,106  | 0,146  | -0,106 | 0,198  |
| 6. Me siento tenso/a o preocupado/a                                 | 0,484                                      | 0,190  | 0,544  | 0,008  | 0,070  | 0,154  | 0,156  | -0,150 |
| 14. Duermo bien y me siento descansado/a                            | 0,118                                      | 0,087  | 0,539  | -0,036 | 0,150  | 0,360  | 0,110  | -0,115 |
| 22. Fumo cigarrillos  | -0,042                                     | 0,100  | 0,080  | 0,868  | 0,052  | 0,063  | 0,127  | 0,027  |
| 2. Generalmente fumo "___" cigarrillos por día                      | -0,029                                     | 0,130  | -0,052 | 0,817  | -0,065 | -0,064 | 0,124  | 0,078  |
| 18. Uso drogas como marihuana o cocaína                             | 0,012                                      | 0,424  | -0,082 | 0,439  | 0,134  | 0,207  | -0,044 | -0,230 |
| 13. Mi alimentación es balanceada y nutritiva                       | 0,111                                      | 0,093  | -0,055 | -0,006 | 0,756  | 0,185  | 0,098  | 0,182  |
| 16. A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o con grasa | -0,013                                     | 0,047  | 0,061  | 0,164  | 0,756  | 0,056  | 0,172  | 0,032  |
| 12. Uso el cinturón de seguridad                                    | 0,291                                      | 0,055  | 0,015  | -0,253 | 0,563  | -0,170 | 0,079  | -0,120 |

**(Continuación) Tabla 3.** Matriz de Componente. Método de Rotación Varimax

|   |        |        |        |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi  | 0,274  | 0,096  | 0,145  | 0,030  | -0,054 | 0,788  | -0,042 | 0,104  |
| 4. Doy y recibo afecto  | 0,196  | 0,055  | 0,156  | 0,050  | 0,122  | 0,749  | -0,145 | -0,020 |
| 7. Realizo actividad física como caminar o subir escaleras  | 0,116  | -0,043 | 0,081  | 0,127  | 0,093  | -0,081 | 0,840  | -0,031 |
| 10. Hago ejercicios al menos por 20 minutos (correr, caminar rápido, ejercicios cardiovasculares o de fuerza) | 0,100  | 0,001  | 0,069  | 0,156  | 0,195  | -0,109 | 0,794  | 0,028  |
| 21. Uso excesivamente los medicamentos que me indican o los que puedo comprar sin recípe médico               | 0,265  | 0,045  | -0,149 | 0,128  | -0,067 | 0,110  | -0,018 | 0,661  |
| 25. Bebo café, té, refrescos o bebidas con cafeína  | 0,085  | 0,147  | 0,280  | -0,005 | 0,292  | -0,208 | -0,026 | 0,575  |
| 19. Estoy por encima de mi peso ideal   | -0,161 | 0,014  | 0,075  | -0,176 | 0,142  | 0,283  | 0,416  | 0,450  |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

cada factor, simplificando su interpretación<sup>34,35</sup>. El análisis sugiere la reducción de los factores a 8 dominios; sin embargo, la clasificación teórica sugiere el mantenimiento de los dominios. En relación a esto, el porcentaje aceptable de explicación de la varianza total no debe ser menor a 50%<sup>34,35</sup>, observando que para el presente estudio, los 10 factores propuestos por la teoría explican el 70,55% de la varianza, lo cual indica una definición considerable a partir del instrumento.

Para la interpretación de saturación de un ítem se recomienda tomar valores mayores a 0,40<sup>34,35</sup>, (tabla3), especialmente si la muestra es inferior a 300 casos, como lo contempla el presente estudio y aquellos que no superen dicha saturación deben ser eliminados del análisis para ser evaluados desde un punto de vista teórico y metodológico, que conlleve a su modificación, eliminación o adición de nuevos ítems. En la distribución de la carga factorial por cada dominio, se observo que para el primer factor se agrupan los ítems 17 y 20 ubicados en la dimensión "Sueño y estrés" los cuales se mantienen dada la especificidad de los reactivos y, por último el ítem 15: "*Me siento satisfecho con mi trabajo y/o con mis actividades*", inicialmente ubicado en "Conducción

y trabajo" y cuya consistencia interna es baja, se mantiene el mismo factor; sin embargo, es necesario la revisión del factor completo para la obtención de propiedades más robustas.

Para el 3er factor se ubican los ítems 6, 14, 23 y 24, siendo los dos últimos relacionados a "Tipo de personalidad" por lo que se mantienen sin modificaciones, en cuánto al ítem 6, correspondiente a "Introspección" que mantiene su lugar en dicho dominio, debido a su estructura teórica. Para el componente 4 se sugiere la modificación del ítem 18: "Uso drogas como marihuana o cocaína", cuyo factor original es "Otras drogas"; sin embargo, se mantiene en su dominio debido a la diferencia entre el consumo de marihuana o cocaína con la dimensión de "Tabaco".

El ítem 19: "Estoy por encima de mi peso ideal" de la dimensión "Nutrición", muestra una saturación de 0,142, lo cual sugiere su eliminación; sin embargo, por su naturaleza semántica se mantiene en su factor de origen. Luego de realizado el análisis factorial la matriz de la variable quedo distribuida manteniendo los 10 dominios que dan la explicación a 70,55% del constructo ( tabla 4).

Por último, la confiabilidad se estableció a través del método de consistencia interna, empleando el estadístico para respuestas múltiples alfa de Cronbach, con el objeto de analizar si existe consistencia entre cada elemento del instrumento. Se obtuvo un coeficiente global de  $\alpha=0,802$ , lo cual se interpreta como una fiabilidad alta (tabla 4). Esto indica que el cuestionario es consistente, coincidiendo con los estudios de Villar y colaboradores<sup>26</sup> y Rodríguez-Moctezuma y otros<sup>24</sup>, quienes encontraron una consistencia interna del instrumento Fantástico de 0,77 y 0,80 respectivamente; sin embargo, en los estudios de Ramírez-Vélez y Agredo<sup>22</sup>, y Rodríguez- Añez y otros<sup>25</sup>, se encontraron consistencias moderadas de 0,67 y 0,69 respectivamente.

Así mismo se calculó la confiabilidad para cada una de las dimensiones (tabla 4) propuestas por los autores Ramírez-Vélez y Agredo<sup>22</sup>, encontrando una consistencia alta para los dominios de Familia y Amigos, Actividad física, Alcohol e Introspección. Una consistencia interna moderada para los dominios Nutrición, Tabaco, Sueño y estrés y Tipo de personalidad y una fiabilidad baja para las dimensiones Conducción y trabajo y Otras drogas, lo que indica que no todos los dominios contribuyen a la estabilidad del instrumento.

Los dominios con bajos coeficientes pueden incrementarse mediante la adición de nuevos reactivos

del mismo tipo y calidad, debido a que pocos elementos pueden aumentar el error a causa del azar, lo cual puede balancearse inversamente por errores aleatorios cuando hay más reactivos en el dominio<sup>33</sup>. En este sentido, añadir reactivos para los dominios de Sueño y estrés, Tipo de personalidad, Conducción y trabajo y otras drogas resulta apropiado para el incremento de la consistencia en cada dimensión.

Estos resultados coinciden con el estudio de Rodríguez-Moctezuma y otros<sup>24</sup>, quienes encontraron coeficientes inferiores a 0,70 en 7 de los 10 dominios, concluyendo que el test muestra escasa homogeneidad entre los reactivos por dimensión<sup>28</sup>. Sin embargo, los estudios de Ramírez-Vélez y Agredo<sup>22</sup>, Rodríguez- Añez y otros<sup>25</sup> y Villar y otros<sup>26</sup>, indican consistencias adecuadas para los dominios del cuestionario.

Para mayor profundidad en el estudio de la confiabilidad se empleó el método de partición por mitades (tabla 5), a partir del cual se obtuvo un coeficiente de Spearman Brown de 0,821, considerado alto; no obstante, asumiendo que las mitades son desiguales o carecen de homogeneidad se contempla a partir del estadístico de Guttman un valor de 0,815, de igual forma clasificado como alto, lo cual indica que ambas mitades se consideran equivalentes o paralelas, observando precisión en la medición de la variable<sup>33</sup>.

**Tabla 4.** Consistencia interna total y de los elementos del instrumento

| Estadísticos de Fiabilidad |          |                |
|----------------------------|----------|----------------|
|                            | Alfa de  | N de elementos |
|                            | Cronbach |                |
| Escala total               | 0,802    | 25             |
| Familia y amigos           | 0,753    | 2              |
| Actividad Física           | 0,781    | 2              |
| Nutrición                  | 0,516    | 3              |
| Tabaco                     | 0,687    | 2              |
| Alcohol                    | 0,725    | 3              |
| Sueño y Estrés             | 0,553    | 3              |
| Tipo de personalidad       | 0,468    | 2              |
| Introspección              | 0,725    | 3              |
| Conducción y               |          |                |
| Trabajo                    | 0,233    | 2              |
| Otras drogas               | 0,166    | 3              |

**Tabla 5.** Método de confiabilidad por división por mitades

| <b>Estadísticos de Fiabilidad</b> |                   |                      |                 |
|-----------------------------------|-------------------|----------------------|-----------------|
| Alfa de Cronbach                  | Parte 1           | Valor                | 0,690           |
|                                   |                   | N de elementos       | 13 <sup>a</sup> |
|                                   | Parte 2           | Valor                | 0,631           |
|                                   |                   | N de elementos       | 12 <sup>b</sup> |
|                                   |                   | N total de elementos | 25              |
| Correlación entre formas          |                   |                      | 0,697           |
| Coeficiente de Spearman-Brown     | Longitud igual    |                      | 0,821           |
|                                   | Longitud desigual |                      | 0,821           |
| Dos mitades de Guttman            |                   |                      | 0,815           |

**Tabla 6.** Matriz de variable del cuestionario fantástico en su versión venezolana

| <b>Dominios</b>      | <b>ítems</b> |
|----------------------|--------------|
| Familia y Amigos     | 1,4          |
| Actividad física     | 7, 10        |
| Nutrición            | 13, 16, 19   |
| Tabaco               | 2, 22        |
| Alcohol              | 5, 8, 11     |
| Sueño y estrés       | 14, 17, 20   |
| Tipo de personalidad | 23, 24       |
| Introspección        | 3, 6, 9      |
| Conducción y Trabajo | 12, 15       |
| Otras drogas         | 18, 21, 25   |

Así mismo, se puede observar la consistencia interna de cada parte de la prueba, concluyendo que muestran homogeneidad entre los reactivos, por lo cual se puede afirmar que el instrumento es consistente, quedando conformado el instrumento por 10 factores o dominios (tabla 6), para un total de 25 ítems que explica el estilo de vida en adultos venezolanos.

### CONCLUSIONES

La medición del estilo de vida resulta compleja por la multiplicidad de factores que la componen; no obstante, resulta necesario ante la prevalencia de enfermedades reportadas como principales causas de

muerte en el país y que se encuentran estrechamente relacionados a la práctica de hábitos de vida poco saludables. Esto señala la necesidad de contar con una medida objetiva de la variable, lo cual llevo al análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario Fantástico diseñado por Wilson *et al*<sup>21</sup>, adaptación al español de Ramírez- Vélez y Agredo<sup>22</sup>, y que a su vez ha sido estudiado en diferentes regiones mostrando confiabilidad y validez.

La información obtenida, a partir de la muestra estudiada que 49,3% de los sujetos poseen un adecuado estilo de vida, lo cual representa importantes factores protectores para una adecuada salud, mientras que

50,7% se ubica en niveles que requieren cambios significativos, pues sus hábitos de vida representan factores de riesgo para la salud. Estos datos son de carácter preliminar y se obtienen con la finalidad de observar en primera instancia la presencia de factores de riesgo en la muestra; sin embargo, es necesario una nueva toma de datos que permita la ampliación de la información en el futuro.

Los métodos estadísticos empleados para obtener las propiedades psicométricas del cuestionario Fantástico, adaptación de Ramírez-Vélez y Agredo<sup>22</sup>, mostraron en primera instancia validez de contenido mediante el método de jueces expertos, quienes evaluaron la redacción, la ubicación, la pertinencia, las instrucciones y aspectos generales del cuestionario y realizaron observaciones relacionadas a la redacción y lingüística, y en las instrucciones y orden de los reactivos en la estructura de la prueba, por tanto el test constituye una muestra representativa del constructo estilo de vida.

En cuanto, a la validez de constructo, se obtuvo a partir del método de convergencia con la Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptación de Atienza<sup>39</sup>, una correlación significativa, moderada y positiva, lo cual indica que el cuestionario mide lo que pretende medir, al evidenciar dirección, magnitud y significancia con una variable relacionada empíricamente como es la Autoestima. Para el análisis factorial se empleó el método de rotación ortogonal de Varimax, observando que el cuestionario puede ser expresado por los 10 factores que explican un 70,55% de la variable; no obstante, se sugiere la adición de reactivos en los dominios de "Sueño y estrés", "Conducción y trabajo", "Tipo de personalidad" y "Otras drogas" con el fin de fortalecer la saturación de los reactivos en relación a su estructura.

Finalmente, la confiabilidad se estableció mediante el método de consistencia interna, a través del estadístico Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de  $\alpha=0,802$ , considerado alto; así mismo, se calculó la confiabilidad para cada una de las dimensiones, encontrando coeficientes bajos para los dominios de "Conducción y Trabajo" y "Otras drogas", concluyendo que estos dos dominios no contribuyen en la estabilidad y fiabilidad de la prueba; sin embargo, su naturaleza semántica se corresponde con la estructura teórica de la variable, por lo que se mantienen en la escala, mientras que el resto de los dominios muestran consistencias que van desde  $\alpha=0,468$  hasta 0,781. La confiabilidad a través de la división por mitades de la prueba, reportó un coeficiente de Spearman Brown de 0,821 y un coeficiente de Guttman 0.815, valores estadísticos que indican precisión en la medición de las variables.

Se recomienda para futuras investigaciones, la aplicación del cuestionario Fantástico en diversas poblaciones venezolanas con el fin de determinar si el instrumento conserva sus propiedades psicométricas. Así mismo, se sugiere la adición de nuevos reactivos para los dominios con bajas consistencias internas. Por otra parte, incluir para el análisis del comportamiento de los datos de acuerdo con el género y a las etapas evolutivas, una nueva recolección de datos que permita el ajuste de la tabla de baremación. En conclusión, la versión venezolana del cuestionario Fantástico posee adecuadas propiedades psicométricas, por lo que representa una medida útil en el estudio del Estilo de vida de adultos venezolanos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Official Records Of The World Health Organization. Official Records of the World Health Organization. Summary Report on proceeding minutes and final acts of the International of Health Conference. New York, June 1948; N°2 p 144. (acceso: abril, 2022). Disponible en: "<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BF%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20a%20ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>".
- 2) Oblitas Guadalupe L.A. Psicología de la Salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. Av Psicol. 2008;16(1): 9-38. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2008/psicologiasalud.pdf>.
- 3) Grimaldo M. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la Ciudad de Lima. Revista Pensamiento Psicológico; 2010;8(15):17-38. (Acceso: abril, 2022). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3339312>
- 4) Fernández T, Medina S, Herrera I, Rueda S, y Fernández A. Construcción y Validación de una escala de Autoeficacia para la Actividad Física. Rev Española Salud Pública. 2011; 85 (4): 407-417. (Acceso: abril, 2022). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/170/17019926009.pdf>.
- 5) Organización Mundial de la Salud. Comunicado de Prensa; 2019. (Acceso: abril, 2022). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/22-11-2019-new-who-led-study-says-majority-of-adolescents-worldwide-are-not-sufficiently-physically-active-putting-their-current-and-future-health-at-risk>.
- 6) Nieto R, Osama H, Marante D, Marulanda M, *et al.* Transcultural Diabetes Nutrition Algorithm (tDNA): Venezuelan Application. 2014; 14 (6):1333-1363.
- 7) García C. Actividad Física, deber y placer. Rev Medicina Interna. 2015; 31(3): 136-140.
- 8) López Nouel R, Hurtado D, López Gómez L, Acosta Martínez J, Chazzin G, Castillo E y Marquez J. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela. Rev Avances Cardiol. 2014; 32(2):128-134. (Acceso: marzo, 2022) Disponible en: <https://avancescardiologicos.org/component/k2/item/180-registro-de-hipertension-arterial-en-venezuela-rhaven-justificacion-diseno-y-protocolo-del-estudio.html>.
- 9) López Nouel R, Hurtado D, López Gómez R Castillo E, *et al.* Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida de la Gran Maracaibo. Rev Avances Cardiol. 2014;34 (2): 114-118.
- 10) Finizola-Flores V. Desaturación nocturna de oxígeno en pacientes con hipertensión arterial sistémica y obesidad. Revista Avances Cardiol. 2014;34 (2): 101- 106.
- 11) Hernández - Hernández, R. ¿Son reales los valores de prevalencia de hipertensión y otros factores de riesgo reportados para Venezuela en estudios recientes? Revista Avances Cardiol. 2014;34 (2): 97-100
- 12) Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. 1998. (Acceso: febrero, 2022) Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=658054E1A1CBFCADA6BE4D2375BF8D4?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=658054E1A1CBFCADA6BE4D2375BF8D4?sequence=1)
- 13) Pastor Y, Balaguer I y García-Merita M. Una revisión sobre las variables de estilo de vida saludables. Revista de Psicología de la Salud. 1998; 10 (1):15-52 DOI:<https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.80>
- 14) Weber M. Economy and Society. An outline of interpretative sociology. Universidad de California press. Estados Unidos, 2da edición; 1978.
- 15) Adler A. El sentido de la Vida. Ediciones Luis Miracle. Barcelona, España 1973.
- 16) Becker M. The health belief model and sick role behavior. Health education monographs. 1974; 2 (4): 409-419. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>.
- 17) Abel T. Measuring health lifestyle in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical. Revista Soc Sci Med. 1991; 32 (8):899-908.
- 18) Sinha P. Developing positive health lifestyle in schoolchildren. Project Lifestyle. Regional office of the World Health Organization; 1993.
- 19) Rodríguez-Marin J. Psicología social de la Salud. Editorial Síntesis; España, 1995.
- 20) Oblitas L y Becoña E. Psicología de la salud. Plaza y Valdés, S.A. de C.V, Mexico, 2000.
- 21) Wilson D, Nielsen E y Ciliska D. Lifestyle Assessment: Testing the Fantastic instrument. Can Fam Physician; 1984. N° 30. (Acceso: febrero, 2022). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238>
- 22) Ramírez-Vélez R. y Agredo R. Fiabilidad y Validez del instrumento Fantástico para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Revista de Salud Pública. 2012; 14 (2): 226-237. (Acceso: noviembre, 2021). Disponible en: <http://>

- [www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642012000200004&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642012000200004&script=sci_abstract&lng=es).
- 23) Betancurt D, Vélez C y Jurado L. Validación de contenido y adaptación del cuestionario fantástico por técnica Delphi. *Revista Salud Uninorte*. 2015; 31 (2): 214-227.
- 24) Rodríguez-Moctezuma R, López J, Munguia C, Hernández J y Martínez Bermúdez M. Validez y consistencia del cuestionario Fantástico para medir estilo de vida en diabéticos. *Revista Med IMSS*. 2003;41: 211-215. (Acceso: noviembre, 2021). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im033d.pdf>
- 25) Rodríguez-Añez C, Reis R, y Petroski E. Brazilian version of a Lifestyle questionnaire: Translation and validation for young adults. *Arq. Bras Cardiol*. 2008; 91 (2): 92-8.
- 26) Villar M, Ballinas Y, Gutierrez C, y Angulo Y. Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa "Reforma de vida" del seguro social de salud. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2016; 1(2): 17-26. (Acceso: noviembre, 2021). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876372>
- 27) Sierra Bravo J. Técnicas de investigación social. Teoría y Ejercicios. 9na ed. Editorial Paraninfo; España,1994.
- 28) Cohen R y Swerdlik M. Pruebas Psicológicas: introducción a las pruebas y a la medición. Editorial McGraw Hill. Mexico, 2006.
- 29) Graso L. Encuestas: elementos para su diseño y análisis. Encuentro Grupo editor; 2016. Libro digital. ISBN 978-987-1925-63-6.
- 30) Kerlinger F. & Lee H. Investigación del Comportamiento. McGraw Hill; Mexico, 2002.
- 31) Hernández R, Fernández C, y Baptista L.. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. 6ta ed; México, 2014.
- 32) Anastasi A, Urbina S. Test Psicológicos. Prentice Hall. México, 1998. ISBN: 970-17-0186-0. p744.
- 33) Argibay J. Técnicas psicométricas. Cuestiones de Validez y Confiabilidad. Argentina; 2006. (Acceso: febrero, 2022). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630247002.pdf>
- 34) Lloret- Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández- Baeza A y Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*. 2014;30 (3). Disponible en : <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- 35) Pizarro K, y Martínez O. Análisis factorial exploratorio mediante el uso de las medidas de adecuación muestral kmo y esfericidad de Barlett para determinar factores principales. *Journal of Science and Research*. 2020; 5, Núm CININGEC2020. (Acceso: abril, 2022). DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4453224>
- 36) Roco A, Hernández M, y Silva G. ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Revista Nutrición hospitalaria*. 2021; 38(4). Cartas al director. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03633>
- 37) Atienza F, Moreno Y, y Balaguer Y. Análisis de la dimensionalidad de la escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de valencianos. *Revista de Psicología Universitas terraconensis*. 2000;22 (1-2): 29-42. Disponible an <http://catalogosuba.sisbiuba.ar/vufind/Record/201603170441582173/Details>
- 38) Gamarra M, Rivera H, Alcalde M, y Ceballos D. Estilo de vida, Autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. *UCV- Scentia*. 2010;2(2). (Acceso: marzo, 2022). Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/ucv-scentia/article/view/884/851>
- 39) Silva J, Ayala M, Valerio J, y Partezani R. Estilo de vida asociado a autoestima y variables demográficas en estudiantes de enfermería. *Revista científica de Ciencias de la Salud*. 2016; 9 (2). Disponible en: [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc\\_salud/article/view/233/233](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/233/233)
- 40) Cid P, Merino J, y Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Med. Chile*. 2006;134 (12) DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>
- 41) Querales J, y Benavides X. Influencia de la actividad física recreativa en el estilo de vida del adulto mayor de la comunidad del sector Agua dulce de la parroquia Barinitas del municipio Bolívar. *Educación física y deportes, Revista digital*. 2011;161. (Acceso: febrero, 2022). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4189810>
- 42) Arias F. El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. República Bolivariana de Venezuela. Editorial: Episteme. 6ta ed; Caracas, 2012.
- 43) Prieto L. Estadística para ciencias sociales y humanas. Consejo de publicaciones de Luz. Colección textos universitarios. República Bolivariana de Venezuela, Producciones editoriales; 2012

## TENSIONES EN LA FORMACIÓN Y PRÁCTICA EN SALUD ANTES Y DURANTE LA REVOLUCIÓN BOLIVARIANA EN VENEZUELA.

TENSIONS IN TRAINING AND PRACTICE IN HEALTH BEFORE AND DURING THE BOLIVARIAN REVOLUTION VENEZUELA.

Pedro Enrique Villasana López<sup>1</sup>, Mary Reina Ramos Rodríguez<sup>2</sup>

### ABSTRACT

*The peoples have been the object of a historical process of imposition of the Eurocentric model, the logic of modernity, through the colonization of their practices and health training; model that has installed a vision of Western science and medicine as unique and true, blurring the knowledge and world experiences of the original peoples, ignoring the civilizational crisis underway, and promoting failure in achieving the health of the peoples. This work aims to highlight and contribute to the understanding of the historical tensions and dynamics between (de)colonization and (de) coloniality in health training and practice in Venezuela in the context of our America. To do this, a critical analysis of the health policies developed between 1998 and 2022 in the framework of the Bolivarian Revolution is carried out based on historical background from the 19th century to the present, in light of the school of thought developed from the Collective Health; managing to show interactions, tensions and contradictions, whose understanding allows to contribute to the dismantling of colonial thought, and making visible horizons of possibility for the construction and exercise of the right to health from an "other" episteme, for a necessary and possible Epistemology of the South.*

**KEY WORDS:** (des) colonization, (de) coloniality, hegemonic medical model.

### RESUMEN

*Los pueblos han sido objeto de un proceso histórico de imposición del modelo eurocéntrico, la lógica de la modernidad, mediante la colonización de sus prácticas y de la formación en salud; modelo que ha instalado una visión de la ciencia y la medicina occidental como única y verdadera, desdibujando los saberes y cosmovivencias de los pueblos originarios, desconociendo la crisis civilizatoria en marcha, y propiciando el fracaso en el logro de la salud de los pueblos. Este trabajo pretende evidenciar y contribuir a la comprensión de las tensiones y dinámicas históricas entre (des)colonización y (de) colonialidad en la formación y la práctica en salud en Venezuela en el contexto nuestroamericano. Para ello, tomando como base antecedentes históricos, desde el siglo XIX a la actualidad, se realiza un análisis crítico de las políticas de salud desarrolladas entre 1998 y 2022 en el marco de la Revolución Bolivariana, a la luz de la corriente de pensamiento desarrollada desde la Salud Colectiva; logrando evidenciar interacciones, tensiones y contradicciones, cuya comprensión permite contribuir al desmontaje del pensamiento colonial, y visibilizar horizontes de posibilidad para la construcción y ejercicio del derecho a la salud desde un episteme "otro", para una necesaria y posible Epistemología del Sur.*

**PALABRAS CLAVE:** (des)colonización, (de)colonialidad, modelo médico hegemónico.

### INTRODUCCIÓN

#### Una aproximación al problema.

Acosta<sup>1</sup> recomienda apuntar reflexivamente a nuestra herencia colonial para poder avanzar en la descolonización; asumir que "uno de nuestros problemas cruciales, quizá el principal de todos", es haber subestimado este problema como componente estructural de la crisis de procesos de cambio. Nos conmina a abordar la "descolonización de nuestros países, de nuestras sociedades y de nuestras mentes". Y nos invita a reconocer el problema de la colonialidad, definir su presencia, sus contenidos y su incidencia

Recibido: mayo 02, 2022

Aprobado: mayo 28, 2022

<sup>1</sup>Departamento de Salud. Universidad de los Lagos. Chile.

<sup>2</sup>Universidad Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela

Pedro Enrique Villasana López. ORCID: 0000-0001-8713-8208  
Mary Reina Ramos Rodríguez. ORCID: 0000-0002-8039-9802

Correspondencia: pedro.villasana@ulagos.cl

sobre otros problemas, en nuestro caso, cómo ha venido influenciando en la formación y práctica en Salud, y sus consecuencias.

Hay que considerar lo pluriverso dentro de la formación estructural de la cultura y el saber señala Rodríguez<sup>2</sup>. La hegemonía universitaria del pensamiento en salud está dada por haberse construido a partir de una historia que ha desdibujado otras formas de pensamiento que va dando espacio con privilegio a los saberes occidentales, un "*epistemicidio del conocimiento y del saber cultural*", que ha invisibilizado bondades de otras culturas con la supremacía de la medicina alopática, impidiendo el encuentro con esos saberes distintos al occidental que podrían traer muchos beneficios en la formación y al pensamiento "otro" en salud.

De acuerdo con Mignolo<sup>3</sup>, la diferencia entre (des)colonización y (de)colonialidad sería que, la (des)colonización es un término que se introdujo durante la Guerra Fría haciendo alusión a las independencias del colonialismo en Asia y África; en tanto, la de-colonialidad alude al proyecto de "desligadura conceptual" de la colonialidad del poder para controlar la economía, política, Estado, fuerzas armadas, familia cristiano-burguesa heterosexual y el modelo de la subjetividad modelada sobre el ideal de un hombre blanco, europeo y cristiano. La superación de la invisibilización de otros epistemes en la postulación de los saberes más allá del "conocimiento científico" como la forma exclusiva de producir verdades sobre la vida humana y la naturaleza; es decir, trascender ese conocimiento "universal" que, afirma que todo pertenece al proyecto de la Modernidad. Buscar y comprender sus raíces en el horizonte de la colonialidad en el camino y proceso hacia la descolonización del poder y el saber.

Debemos estar claros que la colonización, como dice Pérez Almeida<sup>4</sup>, "no terminó con nuestra independencia en el siglo XIX, ni con la resolución de la ONU en 1960 aboliendo las relaciones coloniales entre las potencias europeas y los pueblos del sur global", porque sencillamente se ha dado una re-producción de ese proceso de colonización, que ha mutado y continuado en el campo de batalla con sus teorías y metodologías, como herramienta fuerte en nuestras sociedades.

Resulta necesario contribuir a la comprensión del proceso, de las tensiones y dinámicas entre (des)colonización y (de)colonialidad en la formación y la práctica en salud en Venezuela en el contexto nuestroamericano; del tránsito histórico político de la salud en Venezuela que muy brevemente intentamos relatar de manera crítica a continuación.

## **De colonia europea a colonia norteamericana.**

En un intento por contextualizar el proceso histórico de conformación del modelo de atención y formación en salud en Venezuela, hacemos un corte arbitrario a finales del siglo XIX e inicios del XX, sin desconocer la importancia de los períodos de conquista y colonia, así como de eventos no documentados previos a la invasión europea a los territorios renombrados como América. En relación a la invasión, conquista y colonia que abarcaron más de cuatrocientos años (en una primera etapa), diversos autores coinciden en señalar que el modelo, prácticas de atención, y las iniciativas de formación en salud con la espada y la cruz por delante, tuvieron un carácter colonial, reproductor y eurocéntrico, que tributaba a la lógica extractivista, con un escaso y pobre desarrollo teórico y tecnocientífico durante los siglos XVI al XIX<sup>5,6,7,8</sup>.

El inicio formal de los estudios médicos en Venezuela, regidos por el Protomedicato en su condición de Capitanía General, ocurre en 1763, en la Real y Pontificia Universidad de Caracas, fundada 41 años antes, designada desde 1826 Universidad Central de Venezuela (UCV); donde se instala la Facultad Médica de Caracas, por decreto del Libertador Simón Bolívar del 25 de junio de 1827<sup>9</sup>. Rísquez, citado por Villaverde (7), nos habla de tres etapas: -Etapa colonial, donde destaca la labor de Lorenzo Campíns y Ballester, fundador de los estudios médicos en Venezuela. -Etapa de la reforma de los estudios médicos, encabezada por José María Vargas a partir de 1827; y Etapa de la transformación de los estudios médicos en Venezuela, a finales del siglo XIX, protagonizada por los médicos Luis Razetti, Santos Dominici, José Gregorio Hernández, Pablo Acosta Ortíz, y Francisco Rísquez, entre otros. Los estudios médicos y la práctica sanitaria en Venezuela acompañaron disciplinadamente los compases de la economía y la política, haciendo coro a la dependencia y al modelo colonial vigente.

En los gobiernos de Cipriano Castro y Juan Vicente Gómez fueron clausurados los estudios médicos, lo que ocasionó un descenso en la generación de médicos. En Sistemas Educativos Nacionales<sup>10</sup>, se señala que en el período que va de 1890 a 1935, Venezuela se encontraba dominada por sistemas dictatoriales y la educación sufrió un estancamiento. Este momento histórico supuso la direccionalidad de la educación venezolana desde el contexto dominante, y la supremacía de otros intereses contrarios a la racionalidad del derecho fundamental de la educación para la emancipación y justicia de los pueblos<sup>11</sup>.

Ruiz<sup>12</sup>, refiere que los constantes brotes de fiebre amarilla en Venezuela demandó asistencia de personal experto en salubridad que no existía en el país, esto requirió la presencia de técnicos higienistas provenientes de Estados Unidos. Esto no era espontáneo, fue solicitado por el gobierno a la Fundación Rockefeller.

Desde finales del siglo XIX hasta 1935, durante el régimen de Gómez, la sanidad nacional acusaba una condición deplorable; la salud era parte de la Oficina de Sanidad Nacional, como una de las ocupaciones del Ministerio de Relaciones Interiores. En 1930 se crea el Ministerio de Sanidad Agricultura y Cría, que manejaba los aspectos sanitario y agropecuario de la Nación, lo que ilustra acerca del interés que la salud de la población tenía para Gómez, tratándola como otro rebaño más, parte de una gran hacienda, Venezuela. Las escasas estadísticas de la época indican que de una población de 3 millones de habitantes, anualmente se registraba un millón de casos de malaria<sup>13,5,8</sup>. El inicio de la explotación petrolera dió continuidad a la colonización de Venezuela, pasando del cacao y el café, al petróleo, manteniendo la misma lógica extractivista y depredadora. La muerte de Gómez en 1935 fue seguida de un extraordinario movimiento de re-acomodo, introduciendo al país a la modernización; y el medio que lo haría posible, la renta petrolera. Los gobiernos de López Contreras y Medina Angarita se encargaron de impulsar proyectos modernizadores<sup>14</sup>. En 1936 es creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), instrumento fundamental del Estado para la prevención de enfermedades; se inician políticas y programas de corte preventivo-asistencial y, a este momento se denominó la "Época de Oro de la Prevención en Venezuela" que, tributando a la explotación petrolera incorpora la intervención del capital internacional en las políticas de Estado en salud, por la necesidad de proteger a los técnicos extranjeros; y dando paso a un modelo de salud "altamente dependiente de la tecnología foránea"<sup>15,16,17</sup>.

El Presidente López Contreras, en el Programa de Febrero, instruye que: "... el Gobierno trabajará en la solución eficaz de los problemas básicos de la higiene pública, educación sanitaria, profilaxis de endemias y epidemias, provisión de aguas, saneamiento del suelo (...) la población es víctima de enfermedades y de flagelos sociales que reducen su capacidad de trabajo y su vigor intelectual"<sup>18</sup>, ilustrando la importancia asignada por el gobierno a la salud de la población para la modernización del país; a lo cual daría continuidad Medina Angarita con la Ley de Sanidad Nacional en 1942. Al respecto Vega<sup>19</sup> comenta: "...en todas partes se hace sentir la intervención del Estado en materia de higiene, pues a todos alcanzan las medidas

sanitarias que está obligado a practicar el Estado en beneficio del bien común". Así, la colonización continúa, pues la modernización cumplía el papel de facilitar y hacer más eficiente el modelo extractivista petrolero, pasando del eurocentrismo en la formación y práctica en salud, a la dependencia de los Estados Unidos de Norteamérica, una nueva forma de ser colonia en el llamado patio trasero.

En los años 40 se profundiza un modelo "de corte curativo-asistencial", vinculado a las necesidades del aparato económico; la creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en 1942, dirigido a la mano de obra asalariada, sienta las bases para la fragmentación progresiva del sistema de salud. En consonancia con el modelo centrado en la enfermedad, en los años 50 se construye gran parte de la red hospitalaria, incorporando avances tecnológicos que transformaron los patrones de asistencia médica. Hasta la década de los 60 el MSAS fue una institución de gran prestigio, que dio grandes aportes al país; sin embargo, la sustitución progresiva del modelo integrista centrado en la prevención, y la puesta en práctica de modelos clientelares con alta prevalencia de corrupción, van a desdibujar el rol del Ministerio, llevándolo al deterioro y a la pérdida de la rectoría y liderazgo del sector<sup>20</sup>. Esto fue conformando un piso para la desacreditación progresiva de la gestión pública, que pavimentó el camino para los modelos privatizadores que serían intentados más adelante.

Las políticas y prácticas de salud fueron acompañadas por el desarrollo de programas de formación y estudios médicos; en 1955 se realiza el primer seminario de Educación Médica en América Latina en Cali, Colombia y suscritos los objetivos para la Educación Médica de la Asociación Médica Americana bajo los auspicios de la Federación Panamericana de las Facultades y Escuelas de Medicina, con el soporte financiero de la Fundación Rockefeller y la Fundación Kelloggs, entre otras<sup>21</sup>, revelando el direccionamiento de las transnacionales. En 1958 se crea la Escuela de Salud Pública, dependiente administrativamente del MSAS y académicamente de la UCV, a fin de preparar el equipo de Salud Pública, y para 1961 se produce el primer análisis de los estudios médicos con el Informe de la Comisión Asesora "Bases y Doctrinas para la Reforma de la Educación Médica en Venezuela", que plantea la formación de un médico general con espíritu científico y sensibilidad social, que pueda interpretar los problemas de salud pública que enfrenta el pueblo venezolano<sup>21</sup>.

### **El Desarrollismo, APS, y el tránsito al neoliberalismo.**

Durante los años 60 y los 70 el desarrollismo impuesto por los organismos internacionales fue

hegemónico en la formulación de las políticas nacionales de atención y formación en salud, en el marco de la Guerra Fría. Venezuela se alineaba con lo que en diciembre de 1961, la Asamblea General de las Naciones Unidas designó como "El Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo". A comienzos del año 1962 cerca de 65 países a nivel mundial estaban ejecutando programas destinados a lograr el Desarrollo de la Comunidad<sup>22</sup>. Las transnacionales petroleras marcaban la pauta, con programas de control de malaria, fiebre amarilla y peste, fuertemente apoyados técnica y financieramente por la Fundación Rockefeller, vinculada a la EXXON (transnacional petrolera), así como con la creación de la Escuela Internacional de Malariología (hoy Instituto Arnoldo Gabaldon), en la cual se formaban técnicos de todas partes del mundo<sup>23</sup>. Todo esto como componente del Plan Decenal de Salud para las Américas producto de la III Reunión de Ministros de Salud (1970), el cual prescribía: *"Conseguir, iniciar y perfeccionar durante la década 70-80, procesos para definir y ejecutar políticas y estrategias de salud, incorporadas al desarrollo económico y social"*<sup>24</sup>.

El desarrollismo marcaba la pauta; la investigación positivista - mecanicista y el paradigma de la "Historia Natural de la Enfermedad" dominaban la escena en el abordaje de los problemas de salud y en la formación universitaria. Las soluciones importadas y trasplantadas alimentaban la ilusión curativista del Modelo Médico Hegemónico (MMH), y evidenciarían su fracaso en las próximas décadas. Venezuela formaba parte del concierto de las naciones primero en el marco de la llamada Alianza para el Progreso y luego de "la Gran Venezuela", que paradójicamente profundizaron desigualdades y deterioro de la salud poblacional<sup>23</sup>.

Entre 1960 y 1977, se realizaron en Venezuela 7 seminarios de Educación Médica, que contaron con representantes de las Facultades de Medicina del país, MSAS, Federación Médica Venezolana, OPS y de los Centros de Estudiantes de Medicina. Se realizaron dos Seminarios: 1960 y 1964; en el primero se definieron los Objetivos de las Escuelas de Medicina, Plan de Estudios, Sistemas de Enseñanza, Organización y Estructura docente, y en el segundo se definió "El médico que Venezuela necesita". En la III conferencia (1971) se discutieron los Recursos Humanos en Salud, su formación, presente y futuro, cupos, demandas y necesidades del país; en 1977 se analizaron las currícula y se propiciaron los cambios necesarios para satisfacer las demandas que el país necesitaba, todas ellas en un marco conceptual reproductivo del MMH, biologicista, curativista e individualista, centrado en la enfermedad y en el hospital<sup>21</sup>.

El reto de Alma Ata (1977), "Salud para todos en el año 2000", exigía desarrollar estrategias que permitieran acercarse al mandato, e incidir en los procesos de formación y los sistemas de prestación de servicios de salud, dándose un proceso de discusión a nivel regional y subregional en las facultades de medicina y odontología, identificando que las características de la formación estaban determinadas por la estructura de la atención y la práctica en salud, y que esta debía ser considerada objeto de transformación por parte de las universidades. Esto dió origen a la propuesta regional "La universidad Latinoamericana y la Salud de la población" lanzada por OPS y construida con la participación de las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina y Odontología y los Ministerios de Salud<sup>21</sup>.

Por su parte, el sistema de salud existente estaba caracterizado por ser hospitalocentrico y fragmentado, con una Red de atención primaria subutilizada, y una capacidad resolutive muy baja; insuficiencia de medicamentos e insumos<sup>25</sup>, producto del desfinanciamiento progresivo, de la mano del descrédito y la corrupción. Un Sistema de Salud que se venía construyendo centrado en la enfermedad y no la salud<sup>26</sup>; evidenciando la hegemonía de la concepción biológica de la salud y sus implicaciones en el campo de los servicios, la formación y la práctica.

El Modelo de Atención curativista orientaba un desarrollo enfocado en la especialización y tecnificación de la atención, acompañado por programas de formación universitaria, que más allá de algunos intentos por incorporar la Medicina Preventiva en el curriculum, con un espacio marginal sin posibilidades de incidir en la práctica en salud, que seguirá centrada en la enfermedad y las posibilidades técnico científicas de enfrentarla y "curarla"; esto en el marco de la lógica extractivista de los inmensos recursos generados por el petróleo, sustentada por el llamado "Pacto de Punto Fijo" y la Constitución de 1961<sup>13,14,23</sup>. Se instituyó un proceso de formación de las escuelas de medicina con énfasis en los aspectos biologicistas y escasa importancia a los aspectos psicológicos y sociales del ser humano<sup>27</sup>, sintonizado con el modelo de desarrollo en proceso de instalación.

### **El Consenso de Washington y la llegada del neoliberalismo.**

La década de los ochenta ha sido denominada como "la década perdida de América Latina", debido a la recesión que las economías de nuestros países experimentaron. Venezuela no fue la excepción y, la renta proveniente de

la explotación petrolera pareció ya no ser suficiente para responder a las necesidades de la población, entre otras la salud<sup>13,28,29,30</sup>. El rentismo entró en crisis en el gobierno de Luis Herrera Campins (1978 - 1983). La fuga de capitales y la fuerte demanda de dólares generó una grave presión sobre las reservas internacionales que condujo a la devaluación de la moneda. En febrero de 1983 el país vive lo que será recordado como "el viernes negro"<sup>13</sup>.

El período de 1983 a 1997 se caracterizó por modificaciones o variantes en la política económica y social del Estado venezolano en el marco de la Reforma del Estado, hilo conductor del marco en el cual aspectos como, la descentralización política y administrativa, la participación comunitaria en la gestión de la salud, y la política social y económica del Estado, se manifestaron como una totalidad a partir de la receta neoliberal del Consenso de Washington. En 1984 el Presidente Jaime Lusinchi crea la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE)<sup>31,32,33</sup>.

La COPRE señalaba que la organización sanitaria se caracterizaba por la existencia de un número exagerado de instituciones del Estado, para 1989 más de 100 (cien), que desarrollaban acciones sanitarias desde ministerios, institutos autónomos, gobernaciones y otros entes gubernamentales. Sumados los recursos financieros asignados para la salud en cada institución, el Estado invertía unos 15.000 millones de bolívares (del 1989) al año. Sin embargo, la COPRE destacaba en relación a los presupuestos, que el gasto per cápita en salud en Venezuela (a precios de 1968), en 1968 fue de Bs. 264.73 y para 1985 de Bs. 187.27, una caída de poco menos del 30%, disminuyendo la proporción del presupuesto nacional asignada a salud, de 8,3% en 1971 a 5,2% en 1986, la más baja de toda su historia<sup>(32)</sup>. El informe del Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales CONASSEPS, mostraba como la tendencia se sigue acentuando hasta 1994, cuando el porcentaje se ubicó en 5,7%, luego de haberse mantenido entre 7,7% y 7,8% desde 1989 hasta 1993<sup>34</sup>; "...según la Oficina Central de Información (OCEI) el gasto per cápita era en 1992 de 112 dólares, para 1995 de 50 dólares y en 1996 se estimaba en 33 dólares. Los países con una atención adecuada a la salud, destinaban entre un 5 y un 10% de su Producto Interno Bruto (PIB) a tal fin, mientras que en Venezuela era alrededor del 2%"<sup>35</sup>. Los cambios en la situación económica fueron acompañados por restricciones en los gastos sociales del Estado (entre otros la salud), tal como lo indicaba la receta neoliberal. La privatización de los servicios públicos por la vía del desfinanciamiento se encontraba en marcha. El monetarismo, propugnado por el Fondo

Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), exigía la instauración del Mercado, en lugar del Estado, como regulador del juego económico y en general de toda la actividad social, incluida la salud. Los organismos internacionales indicaban el camino de la reforma. La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La Salud Condición del Desarrollo Económico", establecida en 1991 y el Informe sobre el Desarrollo Mundial emitido por el Banco Mundial en 1993 titulado Invertir en Salud, establecen las nuevas condiciones<sup>23</sup>.

El neoliberalismo se hizo rápidamente prevalente a nivel mundial como orientación fundamental de las políticas económicas a partir de ese momento, y los gobiernos de Carlos Andrés Pérez con el Programa de Estabilización Macroeconómica, y Rafael Caldera con la Agenda Venezuela, profundizaron la aplicación del modelo hasta 1998, de momento<sup>35,36,37</sup>. La inversión del Estado en salud en los ochenta y noventa retrocedió, en contraste con la expansión del sector privado de salud. En veinte años se construyeron 50 establecimientos públicos y alrededor de 400 clínicas privadas<sup>38</sup>. En Venezuela se instalaba una nueva noción de justicia social y un nuevo Derecho a la Salud; el derecho a elegir (sujeto a la capacidad de pago); y un nuevo Estado, subsidiario y árbitro de las transacciones de mercado<sup>39</sup>.

Los Modelos de Atención, Gestión y Financiamiento de la salud se sintonizaron con la Reforma neoliberal privatizadora. El Índice de Reformas Económicas que en 1980 era de 0.55 en América Latina, para el año 2000 era de 0.83. Es decir, 83% de los países habían satisfecho los criterios de reforma establecidos en dicho período. La globalización estaba en marcha, y la mayoría de los países incorporados al "concerto neoliberal"<sup>(40, 41)</sup>. Las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y otros actores del sector privado, participaron del reparto encubierto de los activos de la Nación en salud, tomando lo más apetecible y rentable, representado por los servicios curativos, y desechando las funciones de promoción y prevención, que quedaron para el Estado. Los servicios que se correspondían con el ejercicio de derechos sociales como la salud, dejaron de tener carácter universal y la atención fue focalizada y restringida. Las consultas curativas disminuyeron en 21,1%, las odontológicas en 48,2%, las inspecciones sanitarias en 64,4% y las de servicio social en 61,1%. La participación del MSAS en los gastos del sector salud, bajó de 47% en 1983 a 41% en 1990. El número de camas hospitalarias pasó de 2,74 por mil habitantes en 1985 a 2,61 por mil en 1992<sup>42</sup>.

Entre 1985 y 1992 se produjo el retorno a enfermedades como el cólera, dengue, y el repunte de la

malaria, la cual registró 12.242 casos nuevos en 1984, 13.311 en 1985, cerca de 20.000 en 1988, y más de 24.000 en 1990. La División de Salud Oral del MSAS reportó una prevalencia de caries dental en la población escolar de 68%, y en los grupos de mayores de 15 años, de 90% durante los años 84 y 85(31). El porcentaje de niños con bajo peso al nacer aumentó de 12% en 1988 a 6% en 1990. Venezuela se encontraba en una situación de "retroceso epidemiológico"<sup>42</sup>. El Modelo biomédico curativista se imponía en la práctica sanitaria, a pesar de los daños colaterales.

La formación de recursos humanos en salud, históricamente a cargo del Estado se mantuvo coherente y alineada con los "nuevos" modelos de Atención y Gestión, biomédico y neoliberal respectivamente, "produciendo" a costo cero los recursos para operar el Sistema de Salud en proceso de privatización, con pensum de estudios ajustados a lo que el mercado laboral reclamaba. La investigación en salud pública y la formación de postgrado de los cuadros medios del sistema enfatizaba en la gerencia como solución; el descrédito de lo público a favor de lo privado era defendido como la fórmula mágica. El instrumentalismo alcanzó niveles históricos, se buscaba la eficiencia sin importar la eficacia o los resultados. La investigación en salud pública perdió sentido, era impertinente cuando lo público iba desapareciendo<sup>23</sup>. En este escenario irrumpe en el año 1998 la Revolución Bolivariana, bajo la conducción de Hugo Chávez, vestida de promesas de cambio que hicieron pensar en un verdadero reto al Modelo Médico Hegemónico en salud, y en reales posibilidades de descolonización. Veamos.

### **¿Descolonización de la formación y práctica en salud en el marco de la Revolución Bolivariana?**

A fines de 1998, Venezuela sintonizaba con los lineamientos del modelo neoliberal. Pero, se dió un giro radical con la llegada de la Revolución Bolivariana; el 15 de diciembre de 1999 un referéndum aprobó la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, producto del proceso constituyente convocado por Hugo Chávez al ser electo presidente, la Contra-reforma comenzaba. Esta Constitución estableció importantes cambios institucionales y normativos: ampliación de derechos sociales, cristalización de la salud como derecho, y el establecimiento de la corresponsabilidad ciudadana<sup>39</sup>. La Constitución en su Artículo 83 estableció a *"la salud como derecho social fundamental y obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida..."*, esto supuso un nuevo horizonte para las transformaciones, hacia una nueva visión de salud que se vinculara al movimiento de

Medicina Social/Salud Colectiva que venía creciendo a partir de las décadas de los años 70, 80 y 90; de esa "otra" visión integral e integradora centrada en la salud, cuestionadora del Modelo Médico Hegemónico positivista centrado en la enfermedad, y lograr incorporarla en las mallas curriculares de los programas de formación en salud<sup>11</sup>. Una visión cónsona con el nuevo proyecto de país en la cual el Estado asume un papel central en la construcción del bienestar colectivo, enfrentando las corrientes privatizadoras y promoviendo la participación de los ciudadanos y comunidades como actores protagónicos de la nueva sociedad<sup>20</sup>. Sin embargo, estos avances a contracorriente no necesariamente implicaban un cambio automático de paradigma en la práctica o en la formación en salud.

En el año 2003 se desarrolló un Plan convenido con el gobierno cubano para incorporar médicos en las barriadas del Oeste de Caracas, lo que sería la Misión Barrio Adentro. El impacto producido por este Plan motivó que en este mismo año 2.003, el Presidente Chávez le confiriera a Barrio Adentro el rango de Misión con carácter nacional<sup>43</sup>. El Estado asume responsabilidades en la construcción de infraestructura, en contraste con una situación en la cual, desde la década del sesenta el número de hospitales públicos en Venezuela no había variado; en total 296 establecimientos. Para 2006, con la Misión Barrio Adentro iniciada en 2003, ya se había alcanzado de 100% de cobertura de Atención Primaria a 70% de la población anteriormente excluida. Al 2007 se habían construido y equipado 3,717 consultorios populares de 6,569 proyectados, Barrio Adentro II contaba con 12 clínicas populares y 417 centros de diagnóstico integral (CDI), 503 salas de rehabilitación integral (SRI) y 22 centros de alta y tecnología (CAT). Entre 2003 y 2007 se construyeron y dotaron un total de 4,659 nuevos establecimientos de atención integral gratuitos (44, 45). Adicionalmente, Barrio Adentro III es creado para atender enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, y Barrio Adentro IV con centros especializados, como el Hospital Cardiológico Infantil Gilberto Rodríguez Ochoa inaugurado en 2006<sup>46</sup>.

Para el año 2007 el gasto público en salud alcanzó al 17.24% del presupuesto de la Nación, en tanto que en 1990 había sido de 9.67%, un incremento de 78%. En Venezuela se destinaban a la atención en salud 60.88 dólares per cápita en 1990, mientras que para este año 2007 esta cifra ascendió a 499.23 US dólares<sup>47</sup>. Al examinar el dato en detalle, llama la atención el incremento del gasto en pólizas de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) para trabajadores de la administración pública y sus familiares: un incremento

de 456% entre 1999 y 2007, sin incluir lo que gastaron 24 Gobernaciones y 335 alcaldías; la cifra es prácticamente incalculable, y todo ese dinero destinado al sector privado. Para el año 2010 estos seguros daban cobertura sólo a funcionarios públicos y sus familiares (3.300.000 personas), mientras que el presupuesto que ejecutaba el Ministerio de Salud, un poco menos del doble (26.2%), estaba destinado a toda la población (29 millones de personas)<sup>48</sup>.

El incremento del gasto público en salud transitó, intencionalmente o no, a un esquema de intermediación financiera, transfiriendo recursos públicos a empresas privadas de aseguramiento y al complejo médico industrial privado, el cual se calcula habría crecido parasitariamente en 400% entre 2000 y 2010, llevándonos a preguntar ¿Sistema Público Nacional de Salud, o Privatización Revolucionaria y Socialista de la Salud?<sup>39</sup>. Esto contribuyó a profundizar la segmentación, ineficiencia y duplicación de funciones del sistema de salud en Venezuela, pero sobre todo a sostener y fortalecer el Modelo Médico Hegemónico centrado en lo curativo. Una relación de promiscuidad en la cual el complejo médico industrial privado se movía con comodidad.

El desafío de la formación en una visión otra que permita la correspondencia con el nuevo marco constitucional, se puede comprender en el marco de lo señalado por Córdova<sup>49</sup>, cuando refiere que en la década de los 90 inicia un debate ideológico en la sociedad venezolana, promoviendo el impulso a una educación emancipadora, desde un enfoque pedagógico con el fundamento filosófico dialéctico-materialista de la Pedagogía Crítica y de la Educación Emancipadora, a esto apuntaron las universidades nacidas en el proceso revolucionario. Un enfoque *"distinto del acontecer pedagógico en Venezuela, que alude y hace viable, lo inédito que en este proceso cuenta con suma relevancia porque está presente en la formación para el campo de la salud"*. Es decir que se orientan *"los procesos formativos en salud hacia cambios sustantivos, una nueva hegemonía de cara a garantizar una formación en salud con resultados en la transformación social del pueblo venezolano"*<sup>11</sup>. Un enfoque que parecía alinearse con los postulados de la Salud Colectiva.

A partir del año 2005 la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV) incorpora el concepto de Salud Colectiva en el Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC) y en el Programa Nacional de Formación de Enfermería Integral Comunitaria Nacional (PNFEIC), que también incorporan el campo de la salud colectiva en su currículo<sup>11</sup>. Supone

este discurso los cambios sustanciales que deberían darse en la formación de los trabajadores de la salud. Veamos.

El Programa Nacional de formación Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC), surge en 2005 como alternativa al déficit de médicos en el Sistema Público Nacional de Salud, para la formación masiva de médicos, y otros profesionales de la salud, para Latinoamérica, el Caribe, África y el mundo; formar médicos con una visión humanista, comprometidos con la prevención y protección de la salud de la población; en palabras del Comandante Chávez, un esfuerzo en "trascender el modelo capitalista de la medicina". El Consejo Nacional de Universidades de la República Bolivariana de Venezuela, aprueba el programa oficialmente en el año 2007<sup>50</sup>.

El plan de estudios se enmarcó en el elaborado en 1980 por Ilizástigui en Cuba, fundamentado en el mandato social que las escuelas de medicina tienen para contribuir a la promoción, conservación y restauración de la salud de la población, además determina el tipo de profesional a ser formado, problemas de salud a diagnosticar y tratar, competencias profesionales requeridas y objetivos educativos que guían el proceso. Esto, complementado con la revisión de la literatura internacional sobre la visión, el papel y el diseño curricular de la formación médica en el siglo XXI; además de dos documentos internacionales claves: estándares internacionales en educación médica y requerimientos mínimos globales en la educación médica. Se tomaron de esa revisión elementos esenciales para el plan de estudio, así como se consideraron los 205 problemas de salud principales identificados en Venezuela, y las competencias para enfrentarlos, con recursos apropiados<sup>51</sup>, pero siempre con la enfermedad en el foco.

El PNFMIC se constituye en torno a los ejes de Ciencias Básicas, Ciudadanía y Pensamiento Crítico, Salud y Proyecto Comunitario y Formación Clínica en aparente equilibrio. Sin embargo, un examen más cuidadoso del pensum, e informado en terreno, permite ver cómo, a partir del cuarto año de un total de seis, va predominando el enfoque clínico individual sobre lo colectivo y la determinación social de la salud. Esto, reconociendo y reivindicando la importancia fundamental de la Formación Básica y Clínica, debe discutirse en la búsqueda de los equilibrios para la formación integral y la visión integradora comprometida con lo colectivo y también lo individual.

En el año 2004 se inició la especialización de Medicina General Integral (MGI), para la formación de

especialistas orientados a garantizar atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, basado en la Misión Barrio Adentro, llevando a las comunidades médicas con una formación diferente a los formados con visión curativista asistencial. El diseño de esta especialidad propugna el trabajo interdisciplinario de las Ciencias Básicas, Clínicas, Sociales, Epidemiológicas, Humanísticas y Pedagógicas para desempeñarse en redes de servicios de salud del primer nivel de atención primaria del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela. Un modelo estructurado en tres perfiles ético moral, profesional y ocupacional<sup>52</sup>.

El correlato en los servicios de atención, por lo menos hasta 2012, se caracterizó por el desarrollo de la Red Primaria y Secundaria de Atención y de grandes hospitales públicos, pero sobre todo privados. No obstante, concurre una profundización del complejo escenario de crisis iniciado en 1999, y del sostenido conflicto con la oposición interna e internacional. Se profundiza el deterioro de infraestructura y capacidad de atención del Sistema Público Nacional de Salud; la situación económica toca fondo, y no sólo por la caída de los precios del petróleo. Venezuela ha enfrentado efectos directos e indirectos de la guerra no convencional desde 2013 hasta la actualidad. En 2015, por Orden Ejecutiva del Presidente de los Estados Unidos de América, Venezuela fue declarada como "una amenaza inusual y extraordinaria para la seguridad nacional y la política exterior", lo que se tradujo en profundización del bloqueo económico, sanciones unilaterales, y confiscación de reservas internacionales; orden ejecutiva que al año 2022 se mantiene vigente<sup>53,54</sup>.

El país ha enfrentado escasez de medicamentos e insumos, reflejado en indicadores negativos, (además de imprecisos y opacos), y la reemergencia de patologías como malaria, difteria, sarampión y otras<sup>55</sup>; así como desabastecimiento de equipos, instrumental, materiales médicos y repuestos para la tecnología médica disponible en la red pública. El MMH se reposiciona y las visiones alternativas agonizan por inanición. La corrupción pública y privada van de la mano; y la posibilidad del ejercicio del Derecho a la Salud se va diluyendo, en tanto que los resultados apuntan al advenimiento de renovados procesos de privatización neoliberal que ya se venían dando de manera insidiosa a la sombra de la Constitución de 1999, ante la mirada impotente, y en muchos casos indolente y cómplice, del funcionariado del Gobierno Bolivariano<sup>39</sup>.

## **¿Decolonialidad de la formación y la práctica en salud? Contradicciones, tensiones y horizontes de posibilidad.**

### **A manera de Balance**

El relato que intentamos, da cuenta de que la formación y la práctica en salud a lo largo de la historia en Venezuela supone un proceso de dominación del MMH y su método positivista funcional a los intereses del capital, con sus bases en la teoría y práctica generadas por el desarrollo de la "medicina científica" desde finales del siglo XVIII(56). Modelo que, durante el desarrollo de las sociedades capitalistas fue construyendo una hegemonía que, con la bendición del Estado, intenta la exclusión ideológica y jurídica de otras posibilidades.

El sistema de salud (hospitalocéntrico y tecnocéntrico) y la formación de profesionales sanitarios en Venezuela se ha construido teniendo como supremacía la categoría enfermedad y no la salud<sup>26</sup>, prevaleciendo la concepción biológica de salud en el marco de una epistemología dominante antes y durante la Revolución, al margen del discurso y los intentos de cambio. El recorrido por la historia de la Salud Pública en Venezuela nos muestra, con resultados e indicadores, la posible continuidad del modelo biomédico durante los años de la Revolución Bolivariana. Un ocurrir simultáneo del proceso de colonización, y de aquellas experiencias a contracorriente en términos de las políticas de salud y de formación universitaria en Venezuela.

Las posibilidades de construir una otra formación y práctica en salud, están sujetas a la consolidación y fortalecimiento del egresado de pregrado, Médico Integral Comunitario y de los especialistas que se forman en la Red Asistencial de Barrio Adentro I, II y III y otros hospitales del país. Profesional integral, vinculado/a y comprometido/a con el país, la población, y con los procesos de transformación dibujados en la Constitución de 1999<sup>21</sup>. En la formación y práctica de las/los profesionales es inobjetable y urgente, dar espacio a ese saber y conocimiento "otro" que, a pesar de las tensiones y contradicciones, contribuya al desmontaje del pensamiento colonial y visibilice horizontes para la construcción y ejercicio del derecho a la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Acosta V. Salir de la colonia. Monte Ávila Editores Latinoamericana C.A. Caracas. Venezuela.
- 2) Rodríguez A. La decolonización del conocimiento en Ciencia de la Salud: una necesidad emergente que no puede retrasarse. *Revista Enfermería en Costa Rica*. 2016; 34 (II):82-86
- 3) Mignolo W. Pensamiento crítico y matriz (de)colonial: reflexiones latinoamericanas. Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala. Quito, mayo 2005.
- 4) Pérez A. O Que É Racismo Estrutural. Disponible en <https://es.scribd.com/document/463496759/ALMEIDA-2018-O-que-e-racismo-estrutural-pdf>
- 5) Archila R. Historia de la Sanidad en Venezuela, tomos I y II. Imprenta Nacional. Caracas, 1956
- 6) González M. Los estudios médicos en la Universidad Central de Venezuela a partir de 1891. Universidad Central de Venezuela UCV, 1998. Caracas.
- 7) Villaverde C. HISTORIA DE LA MEDICINA Aproximación Venezuela. Fondo Editorial Predios. 2005. Disponible en: <https://idoc.pub/queue/historia-de-la-medicina-en-venezuela-libro-2-j3nokwmz9x4d>
- 8) Villasana P. Estudio sistémico interpretativo del devenir histórico de la participación comunitaria en Venezuela, [Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Sistemología Interpretativa]. Facultad de Ingeniería, Escuela de Ingeniería de Sistemas. Universidad de los Andes, Mérida. Venezuela 1998.
- 9) Febres Cordero F. Historia de la Medicina en Venezuela y América. Edición Consejo de Profesores Universitarios Jubilados UCV, 1987. pp 417-433.
- 10) Sistema Educativo Nacional de Venezuela. Ministerio de Educación de Venezuela y Organización de Estados Iberoamericanos. [Informe realizado por Enid Pérez *et al*].- Caracas, Venezuela. 1996. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/quipu/venezuela/index.html> Consulta 03-07-2020.
- 11) Ramos M. Formación docente en salud colectiva en el Centro de Estudios Salud Colectiva y Derecho a la Vida UBV. Trabajo de Ascenso presentado por la profesora Mary Reina Ramos Rodríguez para ascender a la categoría de profesor Asociado. Universidad Bolivariana de Venezuela. Caracas, 2020.
- 12) Ruiz G. Los inicios de la Asistencia Técnica y la Cooperación Científica Internacional en Venezuela: un recorrido sobre tres campos disciplinares. 2011. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo36/art09.pdf> Consulta 03-08-2020.
- 13) Cova C. Realidad Social de Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica N° 6. Publicaciones del Centro Gumilla 1996. Caracas.
- 14) Pérez S. Los Partidos Políticos en Venezuela, Tomos I y II. Curso de Formación Sociopolítica N° 16 y 36. Publicaciones del Centro Gumilla. Caracas, 1996.
- 15) Córdova Y, Sánchez M, Colmenares L. La salud en un Nuevo Proyecto de País. Colectivo Constituyente por la salud. Caracas, 2000
- 16) Alegría C. Fundación de los estudios médicos y protomedicato en Venezuela. Cuadernos .UCV N° 5. Caracas, 1964.
- 17) Sanabria A. Compendio de Historia Universal de la Medicina y la Medicina Venezolana. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1999.
- 18) Documentos que Hicieron Historia. "El Programa de Febrero". Ediciones de la Presidencia de la República, 1990, Tomo II, p 187.
- 19) Vega G. La Higiene y el Derecho en Venezuela. Editorial Elite. Caracas, 1942. p 22.
- 20) Feo O y Cursio P La salud en el proceso constituyente venezolano. *Rev Cubana Salud Publica*, 2004; 30(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es).
- 21) Mata R. Entrevista a Marta Rodríguez, referente de la formación en salud en Venezuela. *Revista Científica Salud Colectiva y Derecho a la Vida*. 2020 N° 02. Año 2. Caracas. Disponible en: [https://www.academia.edu/45456957/Revista\\_Salud\\_Colectiva\\_Nº\\_2](https://www.academia.edu/45456957/Revista_Salud_Colectiva_Nº_2)
- 22) Ander-Egg E. Problemática del desarrollo de la Comunidad a través de los Documentos de las Naciones Unidas. Fondo Editorial Común. Caracas, 1970.
- 23) Villasana P. La investigación en salud pública. De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(4) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400013&lng=es).
- 24) Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). Una política social para la afirmación de la democracia. V8. Editorial Arte. Caracas, 1989.
- 25) Alvarado C, Martínez M, Vivas-Martínez S, Gutiérrez N, Metzgere W. Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*. 2008; 3(2): 113-129.

- 26) Gomes J. Conferencia de Apertura del Taller Sistemas de Salud de América del Sur: desafíos para la universalidad, integralidad y equidad, el 26 de julio de 2011 - Inauguración del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags). Disponible en: <https://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasdesalud>
- 27) De Almeida N. Paim J.S. Uma "nova saude pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública. 1998; 32(4): 299-316.
- 28) González L. La Política Social en Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica N° 35. Publicaciones del Centro Gumilla. Caracas, 1996.
- 29) Torres Goitia J. Experiencias de las Organizaciones Populares de los Países Andinos en la Lucha por la Salud. Conferencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares por la Salud y la Participación auspiciado por UNICEF. Caracas, 1990.
- 30) Belmartino S. Estado y Políticas de Salud, Opciones y Perspectivas. En Memorias del II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1991.
- 31) Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). La Descentralización. Una oportunidad para la Democracia. Editorial Arte. 1989a; Volumen N° 4. Caracas.
- 32) Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). Una Política Social para la Afiración de la Democracia. Editorial Arte. 1989b; Volumen 8. Caracas.
- 33) Villasana López P. El discurso de la trampa del discurso. Acerca del Sentido Histórico del Discurso de la Eficiencia y Eficacia en el Sector Salud en Venezuela. Ediciones de la Asociación de Profesores de la Universidad de Carabobo. 2009. ISBN 978-980-12-3850-8
- 34) Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales (CONASSEPS). Seguimiento de la Ejecución Física de los Programas Sociales. Compensatorios. Caracas, 1994.
- 35) Carquéz F. La Situación de Salud y el Proyecto Privatizador en Venezuela. Conferencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares por la Salud y la Participación auspiciado por UNICEF. Caracas, 1990.
- 36) Sáenz O. Impacto de la Crisis Económica y las Políticas Neoliberales sobre la Salud Colectiva en América Latina. En: Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1991.
- 37) Molina C. La participación comunitaria en el contexto del ajuste económico. Cuadernos de Postgrado, N° 6 (Salud y Sociedad). Fondo Editorial Tropykos, Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1994.
- 38) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Número de establecimientos de salud registrados. Dirección de Salud Poblacional y Dirección de Contraloría Sanitaria. Caracas, 2006.
- 39) Villasana López P, Monteverde Sánchez A, Vergara Lasnibat F. Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 - 2021). Revista de Filosofía. 2022;39(100):378-397 <https://doi.org/10.5281/zenodo.598720>
- 40) Castellanos P. Reflexiones sobre Políticas Públicas de Protección Social, Derechos Humanos y Participación Social en el Estado Democrático Contemporáneo en América Latina. Trabajo Preliminar. Caracas, 2004.
- 41) Villasana López P. De Alma Ata a Barrio Adentro. Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela. En: Malo M y Levy J. (Compiladores). De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate. Ediciones del Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Maracay, Venezuela. 2010.
- 42) Organización Panamericana de la Salud. OPS. Organización Mundial de la Salud. OMS. Estadísticas de Salud de las Américas. Publicaciones Científicas 1992, N° 537 y 542. Washington, DC. 1991 - 1992.
- 43) República Bolivariana de Venezuela. Una interpretación de la Misión Barrio Adentro desde la perspectiva de un trabajador de salud. Ed. MSDS-IAES/MES-Misión Sucre. Caracas, 2005.
- 44) OPS/OMS para Venezuela. Barrio Adentro. Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela, 2006.
- 45) Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta M. Sistema de salud de Venezuela. Salud Publica Mex 2011; 53 (supl 2): S275-S286.
- 46) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Plan Nacional de Salud (2014 - 2019). Documento para el Debate Público. Caracas. Disponible en: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/venezuela\\_bolivarian\\_republic\\_of\\_plan\\_nacional\\_de\\_salud\\_2014-2019\\_national\\_health\\_plan\\_2014-2019\\_.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/venezuela_bolivarian_republic_of_plan_nacional_de_salud_2014-2019_national_health_plan_2014-2019_.pdf)
- 47) Curcio P. El gasto en salud durante la revolución bolivariana en Venezuela. Rev. Salud Problema 2010; 5, 6 y 7: 31-48
- 48) Villasana López P. La seguridad social en Venezuela. Paradojas, retos y perspectivas. Conferencia: Diálogo Académico. Instituto de Salud Pública Universidad Católica del Ecuador. Quito. 26 de Octubre 2011.

- 49) Córdova, MY. (2014). Integración Socio-Educativa Como Eje Estratégico para la Transformación Universitaria. Modelo para la Gestión. Consejo Nacional de Universidades. Oficina de Planificación del Sector Universitario - OPSU. ISBN: 978-980-6604-67-4
- 50) Segura del Pozo J. Medicina Integral Comunitaria (MIC): Formación médica alternativa. 2012. Disponible en: [https://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2012/01/22/133033](https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/01/22/133033)
- 51) Borroto Cruza E. y Salas Perea R. Medicina Social en la practica: Estudios de casos de activismo en salud. Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, Venezuela. Revista Social. 2008; 3(4): 285-298.
- 52) Moltanvan-Cabrera J. Formación de especialista en Medicina General Integral en Venezuela. Misión Barrio Adentro. EDUMECENTRO [Internet]. 2013 [citado 16 Jul 2022]; 2 (1) :[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/55>
- 53) Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Grupo de Trabajo sobre el Exámen Periódico Universal 26° período de sesiones 31 de octubre a 11 de noviembre de 2016. Informe nacional presentado con arreglo al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo de Derechos Humanos\* República Bolivariana de Venezuela. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/wpcontent/uploads/Informe-Oficial-de-Venezuela-presentado-en-el-Examen-Periodico62>
- 54) BBC NEWS. 09 de marzo 2015. "Obama declara a Venezuela amenaza para la seguridad nacional de EE.UU". 2015. Disponible en: [https://www.bbc.com/mundo/ultimas\\_noticias/2015/03/150309\\_ultnot\\_eeuu\\_venezuela\\_sanciones](https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2015/03/150309_ultnot_eeuu_venezuela_sanciones)
- 55) Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos. 2018. Disponible en: [paho's response to maintaining an effective technical cooperation agenda in venezuela and neighboring member states](http://paho.org/response-to-maintaining-an-effective-technical-cooperation-agenda-in-venezuela-and-neighboring-member-states)
- 56) Menéndez E. Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo posible.1992. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf>

## DERMATOSIS POR IGA LINEAL EN LA INFANCIA A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE, VENEZUELA.

DERMATOSIS BY LINEAL IGA IN INFANCY: IN REGARDS TO A CASE. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE

Mildred Dorta<sup>1</sup>; Natalia Sarabia<sup>1</sup>; Yurimar Rojas<sup>1</sup>

### ABSTRACT

*It is a rare, infrequent disease that manifests itself by tense bullous vesicle-like lesions, usually grouped in clusters that give the appearance of a pearl necklace. It is of autoimmune etiology, characterized by linear band IgA deposits in the dermal-epidermal basement membrane, which are observed with the direct immunofluorescence technique. Depending on the age of onset, the following are distinguished: the infantile form, which begins before the age of 5 and affects both sexes equally. The differential diagnosis must be established mainly with other self-immune dermatoses, such as dermatitis herpetiformis and bullous pemphigoid. The first-line treatment is dapsone, with an excellent short-term response. The disease is benign and tends to progress in outbreaks until its spontaneous resolution. We present the case of a 6-month-old male infant whose mother reports the onset of the current disease 2 weeks prior to admission when he begins to present erythematous, papular lesions in the anterior chest, right axillary region and dorsal region of the lower limbs. The mother applies a *Gliricidia sepium* plant known as "mouse plant", thus exacerbating lesions, which is why antimicrobial coverage with clindamycin is indicated for coverage of Gram+ Gram- and anaerobic germs. In addition, corticosteroids such as methylprednisolone were indicated, obtaining improvement of the symptoms in the following 14 days when he is discharged with outpatient treatment.*

**KEY WORDS:** blistering disease; linear IgA dermatosis, autoimmune bullous dermatosis.

### RESUMEN

*Es una enfermedad rara, poco frecuente que se manifiesta por lesiones tipo vesículas ampollas tensas, por lo general se agrupa en racimos que dan aspecto de collar de perlas. Es de etiología autoinmune, caracterizada por depósitos de IgA en banda lineal en la membrana basal dermoepidérmica, que se observan con la técnica de inmunofluorescencia directa. Según la edad de aparición se distinguen: la forma infantil, que se inicia antes de los 5 años y afecta por igual a ambos sexos. El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con otras dermatosis autoinmunes, como la dermatitis Herpetiforme y el Penfigoide Buloso. El tratamiento de primera línea es la dapsona, con excelente respuesta a corto plazo. La enfermedad es benigna y tiende a cursar en brotes hasta su resolución espontánea. Traemos caso de lactante masculino de 6 meses de edad cuya madre refiere inicio de enfermedad actual 2 semanas previas a su ingreso cuando comienza a presentar lesiones eritematosas, papulosas en tórax anterior, región axilar derecha y región dorsal de miembros inferiores; Madre auto médica aplicando planta *Gliricidia sepium* conocida como "Mata de Ratón" exacerbándose lesiones motivo por el que se indica cobertura antimicrobiana con Clindamicina para cobertura de Gérmenes Gram+ Gram- y anaerobios; además se le indico Corticosteroides tipo Metilprednisolona. Obteniéndose mejoría del cuadro en los siguiente 14 días cuando egresa con tratamiento ambulatorio.*

**PALABRAS CLAVE:** enfermedad ampollosa; dermatosis por IgA lineal; dermatosis bullosa autoinmune.

Recibido: mayo 3, 2022

Aprobado: mayo 30, 2022

### INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Ampollosa Crónica Infantil o Dermatitis IgA Lineal de la Infancia (DAIL) es un trastorno autoinmunitario, adquirido, poco frecuente; tiene una incidencia en Europa de 0,5 casos por millón de habitantes al año, y consiste en la aparición de ampollas subepidérmicas. Puede afectar a cualquier edad, aunque muestra dos picos de incidencia: uno, en niños de edad escolar y otro, hacia los 60 años<sup>1</sup>.

Su etiopatogenia es desconocida, aunque se ha relacionado con el uso de fármacos<sup>2</sup> y con ciertas

<sup>1</sup>Médico Residente Postgrado de Pediatría. Hospital "Dr. Angel Larralde". Valencia, Venezuela.

Mildred Dorta. ORCID: 0000-0001-5119-4253

Natalia Sarabia. ORCID: 0000-0001-9663-9957

Yurimar Rojas. ORCID: 0000-0001-8535-6599

Correspondencia: mildreddortam@gmail.com

infecciones, con enfermedades de base inmune (enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, glomerulonefritis postestreptocócica y procesos linfoproliferativos). En los casos de DAIL es necesario, en el contexto del paciente hospitalizado, investigar los distintos tratamientos farmacológicos que toma, con el fin de retirarlos, ya que se trata de la enfermedad ampollosa autoinmune que a menudo es desencadenada por fármacos. El fármaco que más se ha involucrado con esta enfermedad es la Vancomicina, siendo responsable de más de la mitad de los casos<sup>3,4</sup>. Otro fármacos con los que se ha asociado son el litio, la fenitoína, la furosemida, el captopril, vancomicina y los antiinflamatorios, entre otros<sup>5,6</sup>.

El propósito de este trabajo es describir un caso clínico atendido en el área de pediatría del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), en la ciudad de Valencia, Venezuela. Esta enfermedad generalmente tiende a confundirse, por tanto es importante identificar correctamente estas lesiones de piel, interconsultar con los especialistas en el área y tener conocimiento de cuales paraclínicos son necesarios para llegar a un diagnóstico oportuno y a un tratamiento certero, lo cual evitaría las complicaciones que generalmente ocurren por un mal diagnóstico y que tienden a empeorar dichas lesiones de piel.

## CASO CLÍNICO

Se trata de lactante masculino de 6 meses de edad cuya madre refiere inicio de enfermedad actual, dos semanas previas a su ingreso, cuando comienza a presentar lesiones eritematosas, papulosas en tórax anterior, región axilar derecha y región dorsal de miembros inferiores, por lo que acude a facultativo donde indican antihistamínico (cetirizina), antipirético (acetaminofén) y aplicar crema tópica para pañalitis, para el día 13/05/2021 se asocia al cuadro clínico con alza térmica cuantificada en 39°C que cede tras la administración de antipirético y medios físicos. En vista de persistir sintomatología y exacerbación de las lesiones generalizadas que respetan cara, región palmar y plantar, acude nuevamente a facultativo donde indican tratamiento con calaminol, sin mejoría clínica. Tres días previos a su ingreso, la madre decide realizar baños con jabón azul y hojas de mata de ratón, el paciente es traído a este Centro hospitalario el 22/05/2021, donde es evaluado y se decide su ingreso.

**Antecedentes de importancia:** La madre refirió hospitalización en noviembre de 2020 por el servicio de neonatología por asfisia perinatal e ictericia neonatal, no preciso el tiempo de dicha hospitalización; asimismo,

indicó que no recibió lactancia materna desde el nacimiento, alimentación con fórmula de inicio. A los 3 meses de vida inicio alimentación con leche completa y crema de arroz.

Se reinterroga al familiar el cual refiere también haber realizado baños de agua de carbón "el carbón lo colocaban al fuego hasta que se tornara rojo, posteriormente lo sumergían a una olla con agua y lo dejaban en reposo hasta que alcanzara temperatura ambiente. Se ingresa con cobertura antimicrobiana con Clindamicina para cobertura de gérmenes Gram+ Gram-, anaerobios y corticosteroides tipo Metilprenisolona. Se solicitan laboratorios Hematología completa+ plaquetas, PCR cuantitativo, PT, PTT, Glicemia, Urea, Creatinina, TGO, TGP, biopsia, IgA sérica. En vista de lesiones generalizadas en piel se indica hidratación parenteral por presentar pérdidas insensibles aumentadas.

Se toma biopsia de piel en zona de antebrazo derecho con PUNCH #2 la cual reporto hallazgos histopatológicos compatibles con enfermedad IgA lineal vs dermatitis herpetiforme.

## DISCUSIÓN

La dermatosis IgA lineal de la infancia corresponde a lo que clásicamente se había denominado enfermedad ampollar crónica de la infancia; afección adquirida, de etiología autoinmune, y poco frecuente. Se caracteriza por presentar grandes ampollas de forma repentina, que se pueden localizar en piel sana, o placas urticariformes en área genital, zona inferior de abdomen, espalda, extremidades inferiores y alrededor de la boca. Enfermedad vesicoampollosa, también conocida como "corona de joyas". El grado de prurito es variable. Las ampollas son circulares u ovales. Dado que una lesión precoz cura con formación de costra e hiperpigmentación, las lesiones surgen con un patrón en forma de collar de perla o roseta a lo largo de la periferia. Las ampollas pueden ser alargadas en forma de salchichas<sup>2</sup>.

Las mucosas se afectan en casi el 90% de los casos. Aparecen erosiones dolorosas debido a que las ampollas se rompen, las más afectadas son la oral, nasal y conjuntiva, que pueden provocar cicatrices y sinequias, y cuando atañen a la córnea pueden provocar disminución de la agudeza visual, e incluso, ceguera. Puede tomar otras mucosas, pero en menor frecuencia, como faringe, laringe, recto y esófago.

Se presenta en los primeros 5 años de vida, aunque se han reportado casos en los neonatos. En la

Imágenes correspondientes al momento del ingreso del paciente.



Imágenes correspondientes al paciente posterior al inicio del tratamiento médico.



mayoría de los niños afectados se comporta como una enfermedad autolimitada, y resuelve espontáneamente en un periodo de 2 años. Tiende a cursar por brotes hasta su resolución espontánea.

Su etiología se desconoce, se ha relacionado con infecciones, enfermedades autoinmunes, procesos linfoproliferativos y fármacos, siendo los más frecuentes Vancomicina, penicilinas, cefalosporina y captopril; y otros poco frecuentes como Diclofenac, naproxeno, oxaprocina, piroxican, rifampicina, sulfametoxazol y sulfisoxazol; así como otros más raros como atorvastatina, furosemida, co-trimoxazol, glibenclamida y otros. El pronóstico de la enfermedad es favorable, y no suele durar más de dos años. A diferencia de la dermatitis herpetiforme, no existe relación con la enteropatía sensible al gluten; por tanto, la dieta no tiene ningún papel en el tratamiento de la enfermedad<sup>3</sup>.

En relación con la histopatología, la biopsia muestra una ampolla subepidérmica con un infiltrado de neutrófilos y/o eosinófilos. La inmunofluorescencia es más característica, y suele mostrar un depósito de IgA a lo largo de la membrana basal (en la membrana lúcida). En la mayoría de los pacientes también hay anticuerpos IgA circulantes frente a la membrana basal. Puede existir depósitos de IgG y/o C3, pero estos son de menor cuantía que los de IgA.

El tratamiento indicado es la dapsona y la sulfapiridina, que se incluyen entre las terapias más efectivas. Estos fármacos tienen actividad hemolítica, así que debe monitorearse a los pacientes para descartar anemia y metahemoglobinemia. Debe indicarse una prueba de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa antes de iniciar el tratamiento, y la determinación de hemoglobina debe hacerse posteriormente, hasta su estabilización.

En ocasiones puede requerirse la combinación de dapsona o sulfapiridina con corticoides sistémicos para lograr una respuesta efectiva<sup>6</sup>. Entre los tratamientos

de segunda línea se encuentran la colchicina y talidomida, y antibióticos como flucloxacilina; y además, ciclosporina, micofenolato y azatioprina<sup>4</sup>.

## CONCLUSIONES

La dermatitis por inmunoglobulina A lineal es una enfermedad inmunomediada poco frecuente, caracterizada por la presencia de depósitos de inmunoglobulina A en la zona de la membrana basal, visible con la inmunofluorescencia directa. Clínicamente puede dividirse en la forma adulta o pediátrica. A pesar de que su forma idiopática es la más frecuente, siempre se debe descartar la presencia de factores desencadenantes como fármacos o enfermedades malignas. El tratamiento de elección es la dapsona, existiendo numerosas alternativas entre las que se encuentran las sulfas, los corticoides y los inmunosupresores. El pronóstico suele ser favorable.

Es necesario resaltar la importancia de la alerta que debe tener el pediatra frente a los casos más frecuentes de lesiones ampollares de la infancia que no responden al tratamiento convencional, acorde a su impresión diagnóstica inicial. Para el diagnóstico definitivo, es indiscutible la biopsia orientada y el papel del dermatólogo con experiencia en enfermedades ampollares infantiles. Con un diagnóstico de certeza precoz, se puede evitar la morbilidad asociada a esta enfermedad poco frecuente, como las cicatrices oculares o las estenosis esofágicas cuando existe afectación de mucosas, y la importancia de recalcar a los padres no automedicar con plantas ya sea por vía oral o por vía tópica debido al riesgo de intoxicación que puede ser mortal en muchos casos.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en este artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1) Torrelo A, Zambrano A. Enfermedades ampollas infantiles. En: Torrelo A (ed.). *Dermatología en Pediatría General*, 1.a ed. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 355-6.
- 2) Fuentelsaz del Barrio V, Campos Domínguez M. Dermatitis IgA lineal de la infancia. *Rev. Pediatría. Aten Primaria*. 2013; 15: 141-5
- 3) Reyes-Baraona F, Andino R, Carrasco J E, Arriagada C, Guerrero S. Dermatitis IgA lineal de la infancia: reporte de un caso *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112(2): e57-60.
- 4) Sandoval M, Farías MM, González S. Linear IgA bullous dermatosis: report of five in Chile. *Int J Dermatol*. 2012; 51 (11): 1303-6
- 5) MS Díaz, Morita L, Ferrari S, Sartori MF, Greco L, Sobrevias Bonell MA, Gonzalez-Enseñat MA, Villa V, Larralde M. Linear IgA Bullous Dermatitis: A series of 17 cases. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English edition)*. 2019; 110(8):673-680.
- 6) Hernández -Guío MA, Bernabeu-Martínez MT, Martínez-Lascano S, Vera-Álvarez S. Dermatitis IgA lineal secundaria a vancomicina: descripción de un caso. *Rev. OFIL ILAPHAR*. 2019; 29(1):58-60.

## CARTAS AL EDITOR

### **PARTICIPACIÓN DEL TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA, PÉRU.**

*Participation of the medical technologist in physical therapy and rehabilitation in primary care in times of pandemic, Perú.*

Señor Editor:

La atención primaria en el Perú ha logrado importantes hitos en su historia, enfrentando varios obstáculos en la atención de la salud de diferentes estratos socioeconómicos. Sin embargo, el Ministerio de Salud, junto a la cooperación internacional, comenzó a desarrollar programas de salud con el objetivo de brindar atención primaria a la población los cuales ayudaron a unificarla y a estar un paso más cerca de lograr una cobertura de atención médica universal<sup>1</sup>.

Por otro lado, el déficit de tecnólogos médicos en terapia física y rehabilitación insertos en Atención Primaria de Salud (APS) y en equipos multidisciplinarios, se da por la falta de conocimiento de esta estrategia. Es por ello, que la fisioterapia necesita adaptarse para acercarse a la APS y a los nuevos modelos de atención sanitaria. Esta formación debe tener como objetivo, entre otros, facilitar conocimientos para el ejercicio del cuidado de la salud, involucrando acciones de prevención, promoción, protección y rehabilitación a nivel individual y colectivo<sup>2</sup>.

La presencia del licenciado Tecnólogo médico en terapia física y rehabilitación en el contexto de la pandemia COVID-19, es importante porque no solo está presente en la fase de emergencia, también está enfocada en personas de edad avanzada y con comorbilidades, trabajando conjuntamente con el equipo multidisciplinario para poder hacer frente a este problema de salud pública que aqueja a la población tanto a nivel internacional<sup>3</sup>.

En el Perú, durante la pandemia, se han ejecutado desde las diferentes especialidades de la fisioterapia, programas programas de atención primaria a través de actividades como: talleres de educación sanitaria, programas de orientación y recomendaciones, utilizando las distintas plataformas y herramientas virtuales, enfocadas en la prevención de discapacidad, organizados por el Colegio de Tecnólogos Médicos.

Es por ello, que el Colegio de Tecnólogo Médico del Perú, en tiempos de confinamiento obligatorio a consecuencia de la pandemia de COVID-19, creo el programa llamado "Terapias en Línea", el cual estuvo conformado por tecnólogos médicos voluntarios, cuya finalidad fue ofrecer a la población peruana un servicio de terapias vía virtual como un soporte que necesitaban las familias que vieron afectada su salud a consecuencia de esta enfermedad. Con este programa, el área de terapia física y rehabilitación logró atender a 260 pacientes y realizar 2600 atenciones (10 sesiones por paciente)<sup>4</sup>.

Así mismo, el Consejo Regional 1 del Colegio de Tecnólogo Médico del Perú (Lima-Callao-Ica), en el periodo de octubre del año 2020 a octubre de 2021 ha venido desarrollando charlas educativas en la prevención y promoción de la salud utilizando plataformas virtuales como: Google Meet, Zoom y transmisión en vivo por Facebook Live. En el área de terapia física y rehabilitación ejecutó 78 charlas educativas siendo el eje temático: prevención de la discapacidad, actividad física y estilos de vida saludable en tiempos de confinamiento social; igualmente desarrolló talleres para la prevención de lesiones y dolor músculo esquelético realizadas en nueve municipalidades, una academia preuniversitaria, dos instituciones educativas y una asociación civil<sup>5</sup>.

Los nuevos desafíos y responsabilidades del personal tecnólogo médico en terapia física y rehabilitación y las intensas transformaciones en el escenario epidemiológico, social, político y de los sistemas de salud imponen la necesidad del fortalecimiento de los fundamentos de esta profesión. Igualmente, es necesario promover la creación de unidades de fisioterapia en APS organizadas territorialmente, con adscripción poblacional y vinculadas

a un conjunto de equipos de salud familiar o equipos de atención primaria <sup>6</sup>.

Las instituciones de educación superior formadoras de profesionales en tecnología médica en terapia física y rehabilitación, tienen que aprovechar todo el potencial que ofrece la formación práctica en fisioterapia en . atención primaria, estrechar los lazos entre gestores, con profesionales de la salud, docentes y estudiantes, mejorar la integración enseñanza-servicio y brindar una formación en fisioterapia cumpliendo con las orientaciones curriculares y los principios y políticas del Sistema Nacional de Salud <sup>7</sup>.

Además, es importante la realización de pasantías en entornos de práctica de APS desde etapas de formación universitaria, las cuales permitan aprender y experimentar la problemática de la singularidad de la vida en los territorios de la comunidad, y también desarrollar vínculos con usuarios-familias y fortalecer la identidad del egresado a través del reconocimiento por parte del equipo y de los usuarios en el contexto de APS<sup>8</sup>.

Finalmente, es necesario la coordinación con diferentes organismos privados y estatales para la formulación de actividades como talleres educativos sobre la prevención y promoción de la salud involucrando acciones de prevención, promoción, protección y rehabilitación tanto de manera individual y grupal. Igualmente, fomentar la comunicación y el apoyo de las diferentes escuelas y facultades de Tecnología Médica del área de Terapia física y rehabilitación fortaleciendo la malla curricular en cuanto a cursos enfocados a la atención primaria en fisioterapia, acordes con los cambios producidos en el sistema de salud.

**CRISTHIAN SANTIAGO BAZÁN. DR EN EDUCACIÓN. TECNÓLOGO MÉDICO.**

ORCID: 0000-0001-9073-4785.

Colegio de Tecnólogo Médico del Perú. Miembro del Comité de Asuntos Científicos, Culturales y de Investigación.

Correspondencia: cristhiansantiagob@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Llanos LF, Arenas D, Valcarcel B, Huapaya Huertas O. Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. *Revista Medica Herediana*. [Internet]2021; 31(4): 266-273. Doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861>.
- 2) Rosa CG, Stigger FDS, Lemos ATD. Conocimientos y expectativas de estudiantes de fisioterapia sobre la actuación profesional en la atención primaria de salud. *Fisioterapia e Pesquisa*. [Internet] 2021; 27:255-263. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19012427032020>.
- 3) Santiago C. El Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en tiempos de pandemia Covid 19 en Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. [Internet] 2020; 13(4):461-462. Doi: <http://dx.doi.org/10.35434/rmhnaaa.2020.134.784>.
- 4) Colegio de Tecnólogo Médico. Informe de gestión 2019-2021. [Internet] [citado 06/02/2022] Disponible en: <https://ctmperu.org.pe/institucion/informes-de-gestion>.
- 5) Santiago C, Juarez C. El rol del Tecnólogo médico en la educación sanitaria en tiempos de pandemia Covid-19. *Rev.exp.med*. [Internet]2021;7(4): 120-121. Disponible en: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/564>.
- 6) Bispo Júnior JP. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud Colectiva*. [Internet]2022; 17, e3709. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3709>.
- 7) Bim CR, González AD. Training physiotherapists in primary care: reflections on teaching-service integration. *Fisioterapia em Movimento*. [Internet]2020; 33. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.AO45>.
- 8) Kasper MJ, Alvarenga LFC, Schwingel G, Toassi RFC. Primary Care as a practice and learning setting in the education of physiotherapists in Brazil: the perception of students, professionals and users. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. [Internet] 2021; 26. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.210508>.

# PUBLISHING NORMS

## GUIDE FOR COLABORATORS

COMUNIDAD Y SALUD (COMMUNITY AND HEALTH MAGAZINE) IS AN ARBITRATED AND INDIZED SCIENTIFIC MAGAZINE, OF NATIONAL AND INTERNATIONAL CIRCULATION, WITH SEMESTER PERIODICITY BY VOLUME. IT IS PUBLISHED BY THE "DR.WITREMUNDO TORREALBA" MEDICINE SCHOOL OF THE HEALTH SCIENCES FACULTY, UNIVERSITY OF CARABOBO-NÚCLEO ARAGUA, VENEZUELA.

THE MAGAZINE IS STRUCTURED IN THE FOLLOWING SECTIONS:

**ORIGINAL ARTICLES:** A) WITH QUANTITATIVE APPROACH, WHICH CONSIDERS UNPUBLISHED STUDIES PRODUCT OF RESEARCH IN THE PUBLIC HEALTH AREA. PRESENT FINDINGS OF DESCRIPTIVE, ANALYTICAL, EXPERIMENTAL AND QUASIEXPERIMENTAL TYPES; CLINICAL CASES OF PUBLIC HEALTH IMPORTANCE. B) WITH QUALITATIVE APPROACH, INCLUDES STUDIES WITH FINDINGS WITHIN THE INTERPRETATIVE OR NATURALIST PARADIGM CONDISEÑOS OF PHENOMENOLOGICAL, HERMENEUTIC, ETHNOGRAPHIC TYPE, LIFE HISTORIES. C) CLINICAL CASES WHOSE THEMATIC IS IMPORTANT IN PUBLIC HEALTH.

**COMMUNITY FORUM:** REFERRED TO TRIALS AND OPINION ARTICLES ON THE COMMUNITY WORK THAT REFLECT THE PERSONAL EXPERIENCE OF THE AUTHOR'S WORK;

**EPIDEMIOLOGY IN ACTION:** CONTEMPLATES ANALYSIS AND INTERPRETATION OF EPIDEMIOLOGICAL INFORMATION ON THE SITUATION AND DEVELOPMENT OF HEALTH PROGRAMS

**SANITARY CHRONICLE:** INCLUDES BIOGRAPHIES OR STORIES ON THE LIFE OF PERSONS RELATED TO PUBLIC HEALTH IN THE NATIONAL AND INTERNATIONAL AMBIT. EQUALLY FACTS THAT HAVE MARKED MILESTONES IN THE VENEZUELA PUBLIC HEALTH HISTORY.

### INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

THE DOCUMENTS SUBMITTED TO THE CONSIDERATION OF THE COMMUNITY AND HEALTH MAGAZINE MUST BE SENT TO THE EMAIL: REVISTACOMUNIDADYSALUD@GMAIL.COM, ACCOMPANIED BY A COMMUNICATION DIRECTED TO THE EDITOR AND SIGNED BY EACH OF THE AUTHORS WHERE OPEN RESEARCH AND CONTRIBUTION 16 -DIGIT CODE THAT ALLOWS THE IDENTIFICATION OF AN AUTHOR SCIENTIFIC PRODUCTION ([HTTPS://ORCID.ORG/SIGNIN](https://orcid.org/signin)). ALSO WHERE THEY EXPRESS: A) AGREE WITH THE CONTENT OF THE DOCUMENT THAT IS SENT; WITH THE ORDER OF APPEARANCE OF EACH AUTHOR AND WITH THE SIGNALLED AS AUTHOR OF CORRESPONDENCE; B) ACCEPT TO GIVE THE RIGHTS OF AUTHORITY AND REPRODUCTION OF THE DOCUMENT TO THE MAGAZINE; C) MANIFEST THAT THE DOCUMENT SUBMITTED HAS NOT BEEN PUBLISHED OR SUBJECTED TO EVALUATION PROCESSES IN ANOTHER PRINTED OR ELECTRONIC MAGAZINE OF NATIONAL OR INTERNATIONAL CIRCULATION.

THE MAIN AUTHOR OR THE CORRESPONDENCE AUTHOR WILL RECEIVE AN EMAIL WHERE RECEIVING THE DOCUMENT IS CONFIRMED.

THE DOCUMENTS SUBMITTED FOR THEIR EVALUATION, SHOULD BE ADJUSTED TO THE INSTRUCTIONS OF COMMUNITY AND HEALTH MAGAZINE AND TO THE "UNIFORMITY REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS SUBMITTED TO BIOMEDICAL MAGAZINES" ESTABLISHED BY THE INTERNATIONAL COMMITTEE OF PUBLISHERS OF MAGAZINES, REQUIREMENTS KNOWN AS "VANCOUVER STYLE RULES".

### FORMS AND PREPARATIONS OF MANUSCRIPTS

1. THE TEXT OF ALL DOCUMENTS SUBMITTED TO THE REVIEW CONSIDERATION, WILL BE WRITTEN IN DOUBLE SPACE, IN LETTER SIZE SHEETS (21.5 x 27.5 CM) LEAVING A MARGIN OF AT LEAST 2.5 CM. UPPER, LOWER AND LEFT AND 3 CM. MARGIN RIGHT. ALL PAGES MUST BE NUMBERED IN THE LOWER RIGHT ANGLE, BEGINNING ON THE TITLE PAGE. MICROSOFT WORD VERSION 2007 OR MORE WILL BE USED, SPACED TO 1.5; TYPE OF LETTER TIME NEW ROMAN WITH SIZE 12 PTS AND JUSTIFIED THE MARGINS. THE EXTENSION OF DOCUMENTS MUST REACH A MAXIMUM 20 PAGES INCLUDING TABLES AND FIGURES.

**THE MAGAZINE RESERVES THE RIGHTS OF MAKING MODIFICATIONS TO THE FORM OF THE ORIGINAL TEXT**

2. THE PAPERS FOR THE ORIGINAL ARTICLES SECTION MUST BE ORGANIZED IN THE FOLLOWING SECTIONS: SUMMARY (SPANISH AND ENGLISH) INTRODUCTION, MATERIAL AND METHODS, RESULTS AND DISCUSSION.

**3. THE ORDERING OF EACH WORK WITH QUANTITATIVE APPROACH WILL BE THE FOLLOWING:**

3.1. THE FIRST PAGE OF THE MANUSCRIPT MUST CONTAIN: 1) THE WORK TITLE WILL DESCRIBE IN A SPECIFIC FORM, CLEAR AND CONCISE THE CENTRAL CONTENT OF THE PUBLICATION, IN SPANISH AND ENGLISH. 2) THE AUTHOR OR THE AUTHORS MUST BE IDENTIFIED WITH THEIR NAME, MAIN AND INITIAL LAST NAME OF THE SECOND AND ITS CODE ORCID 3.- APPOINTMENT SECTIONS, DEPARTMENTS, SERVICES AND INSTITUTIONS TO BE CREDITED FOR THE EXECUTION OF THE WORK; 4.- NAME AND ADDRESS OF THE AUTHOR WITH WHOM TO ESTABLISH CORRESPONDENCE AND ITS EMAIL; 5 .- IDENTIFICATION WITH "SUPERSCRIP" NUMBERS TO EACH ONE OF THE AUTHORS AND, AT THE FOOT OF THE PAGE, ITS CORRESPONDING INTERINSTITUTIONAL LOCATION.

3.2. ABSTRACT: THE SECOND PAGE MUST CONTAIN AN UNSTRUCTURED SUMMARY IN THE SPANISH AND ENGLISH LANGUAGES, WITH A MAXIMUM EXTENSION OF 250 WORDS, WHICH DESCRIBES THE PURPOSES OF THE STUDY OR RESEARCH, THE MATERIALS AND METHODS USED, AND THE MOST IMPORTANT RESULTS. DO NOT USE NON-STANDARDIZED ABBREVIATIONS. INCLUDE BETWEEN 3 AND 5 KEYWORDS IN SPANISH AND ENGLISH FOR WHICH YOU CAN SEE THE PAGE [HTTP //: DECS.BVS.BR/E/ HOMEPAGE.HTM](http://decs.bvs.br/e/homepage.htm)

3.3. INTRODUCTION: SUMMARY THE RATIONALITY OF THE STUDY AND CLEARLY EXPRESS ITS PURPOSE. WHEN IT IS RELEVANT, EXPLAIN THE

HYPOTHESIS WHOSE VALIDITY YOU INTENDED TO ANALYZE. CITE ONLY THE BIBLIOGRAPHIC REFERENCES THAT ARE RELEVANT TO YOUR OWN STUDY.

**3.4 MATERIAL AND METHOD:** DESCRIBE THE PLACE AND DATE OF THE STUDY, THE SELECTION OF STUDY SUBJECTS: PEOPLE OR ANIMALS, ORGANS, TISSUES, CELLS, ETC., AND THEIR RESPECTIVE CONTROLS. IDENTIFY THE METHODS, INSTRUMENTS OR APPLIANCES AND PROCEDURES USED, WITH ACCURACY. THE USE OF METHODS ESTABLISHED FOR FREQUENT USE OR LITTLE KNOWN OR NEW KNOWLEDGE REQUIRED TO BE SIGNED WITH THEIR RESPECTIVE REFERENCES. ALWAYS INDICATE THE POPULATION, SIZE OF THE SAMPLE, THE NUMBER OF PEOPLE, PATIENTS OR OBSERVATIONS, THE STATISTICAL METHODS EMPLOYED AND THE LEVEL OF MEANING ELECTED BEFORE JUDGING THE RESULTS OBTAINED. WHEN PERFORMING EXPERIMENTS IN HUMAN BEINGS, EXPLAIN IF THE PROCEDURES FOLLOWED THE ETHICAL RULES CONCORDING THE HELSINKI DECLARATION AND IF THEY WERE REVISED AND APPROVED BY AN AD HOC COMMITTEE OF THE INSTITUTION THAT EVALUATED THE STUDY.

WHEN IT IS RELEVANT, IDENTIFY THE DRUGS AND ORGANIC COMPOUNDS USED, WITH ITS GENERIC NAME, DOSE, AND ROUTE OF ADMINISTRATION. IDENTIFY PATIENTS THROUGH CORRELATIVE NUMBERS, BUT DO NOT USE THEIR INITIALS, OR THE NUMBERS OF CLINICAL FILES OF THE HOSPITAL.

**3.4. RESULTS:** THESE MUST FOLLOW A LOGICAL AND CONCORDANT SEQUENCE. THE DATA CAN BE SHOWN IN TABLES AND FIGURES, BUT NOT SIMULTANEOUSLY IN BOTH. ONLY 6 TABLES OR FIGURES WILL BE ACCEPTED AND IN THE TEXT HIGHLIGHT THE MOST IMPORTANT REMARKS.

**3.5. DISCUSSION:** INCLUDE ONLY THE NEW AND IMPORTANT ASPECTS PROVIDED BY YOUR WORK AND THE CONCLUSIONS THAT YOU PROPOSE FROM THEM. EXPLAIN THE CONCORDANCES OR DISCORDANCES OF YOUR FINDINGS AND THEIR LIMITATIONS, RELATING THEM TO OTHER RELEVANT STUDIES, IDENTIFIED BY THE RESPECTIVE BIBLIOGRAPHIC CITATIONS. AVOID FORMULATING CONCLUSIONS THAT ARE NOT SUPPORTED FOR THEIR FINDINGS, AS WELL AS SUPPORTED, ON OR OTHER WORK STILL NOT FINISHED. WHEN APPROPRIATE, PROPOSE YOUR RECOMMENDATIONS.

**4. FOR THE ORGANIZATION OF THE TEXT OF AN ORIGINAL ARTICLE WITH QUALITATIVE APPROACH,** IT IS SUGGESTED TO FOLLOW THE RECOMMENDED FOR THE FIRST PAGE AND THE ABSTRACT IN SPANISH AND ENGLISH. THE OTHER SECTIONS OF THE CONTENT MAY BE FITTED AS FOLLOWS: INTRODUCTION, THEORETICAL REFERENCES, METHODOLOGICAL CONSTRUCTION, FINDINGS, AND FINAL CONSIDERATIONS.

**5. REFERENCES: BIBLIOGRAPHIC REFERENCES:** SELECT THOSE THAT CORRESPOND, PREFERABLY TO ORIGINAL WORKS PUBLISHED IN INDEXED MAGAZINES. NUMBER SUCH REFERENCES CONSECUTIVELY FOLLOWING THE ORDER IN WHICH THEY ARE MENTIONED FOR THE FIRST TIME IN THE TEXT. IDENTIFY THEM THROUGH ARABIC NUMBERS, PLACED BETWEEN PARENTHESIS OR AS SUPERSCRIPIT AT THE END OF THE PHRASE OR PARAGRAPH IN WHICH IT IS ALLOWED. REFERENCES THAT ARE CITED ONLY IN THE TABLES OR IN THE LEGENDS OF THE FIGURES, MUST BE NUMBERED IN THE SEQUENCE THAT CORRESPONDS TO THE FIRST TIME THAT SUCH TABLES OR FIGURES ARE CITED IN THE TEXT.

**TO BUILD THE LIST OF REFERENCES AT THE END OF THE DOCUMENT COMES FROM THE FOLLOWING FORM:**

**A) MAGAZINE ARTICLES:** LAST NAME AND INITIAL OF THE NAME OF THE AUTHOR OR IN AUTHOR, IN CAPITAL LETTER. MENTION ALL AUTHORS WHEN SIX, OR LESS; YES ARE SEVEN OR MORE, INCLUDE THE FIRST SIX AND ADD, "ET AL". LIMIT COMMON SCORE THAT AUTHORS SEPARATE BETWEEN YES. FOLLOW THE FULL TITLE OF THE ARTICLE, IN ITS ORIGINAL LANGUAGE. THEN, THE NAME OF THE MAGAZINE IN WHICH IT APPEARED ABBREVED ACCORDING TO THE STYLE USED BY INDEX MEDICUS, YEAR OF PUBLICATION; VOLUME OF THE MAGAZINE; NUMBER BETWEEN PARENTHESIS, INITIAL AND FINAL PAGE OF THE ARTICLE. EXAMPLE: GONZÁLEZ A, NICOVANI S, MASSARDOL, AGUIRRE V, CERVILLA V, LANCHBURY JS, ET AL. INFLUENCE OF THE HLA-DR BETA SHARE EPIOTOE ON SUSCEPTIBLY TO AND CLINICAL EXPRESSION OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILEAN PATIENTS. ANN RHEUM DIS 1997; 56: (1) 191-193.

**B) CHAPTER IN BOOKS.** EXAMPLE: CROXATTO H. PROSTAGLANDINAS. ENDOCRINE FUNCTIONS OF THE KIDNEY. IN: PUMARINO H, ED. ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM. SANTIAGO: ANDRÉS BELLO EDITORIAL; 1984, P. 823-840.

**C) BOOKS: AUTHOR/AUTHORS. BOOK TITLE TITLE OF THE BOOK. EDITION. PUBLICATION PLACE: EDITORIAL; YEAR. EXAMPLE: BELL J. DOING YOUR RESEARCH PROJECT. 5TH ED. MAIDENHEAD: OPEN UNIVERSITY PRESS; 2005-**

**D) MINUTES IN CONGRESSES AND CONFERENCES (CITED AS A BOOK) EXAMPLE: HARNDEN P, JOFFE JK, JONES WG, EDITORS. GERM CELL TUMOURS V. PROCEEDINGS OF THE 5TH GERM CELL TUMOUR CONFERENCE; 2001 SEP 13-15; LEEDS, UK. NEW YORK: SPRINGER; 2002.**

**E) WEBSITES. AUTHOR/AUTHORS. TITLE [INTERNET]. PUBLICATION PLACE: EDITOR; DATE OF PUBLICATION [REVISED; CONSULT]. AVAILABLE IN: ELECTRONIC ADDRESS. EXAMPLE: EUROPEAN SPACE AGENCY. ESA: MISSIONS, EARTH OBSERVATION: ENVISAT. [INTERNET]. [CONSULTED JUL 3, 2012]. AVAILABLE AT: [HTTP://ENVISAT.ESA.INT/](http://envisat.esa.int/)**

#### REFERENCE CITATIONS IN THE TEXTS

CITATIONS IN THE TEXT ARE MADE BY USING ARABIC NUMBERS BETWEEN PARENTHESIS OR AS SUPERSCRIPIT. EACH PAPER IS CITED BY APPEARANCE ORDER AND WILL ALWAYS BE THE SAME INDEPENDENTLY OF THE TIMES IN WHICH IT IS CITED. IF A PAPER IS CITED MORE THAN ONCE IT WILL PRESERVE THE SAME NUMBER.

THE AUTHOR CITATIONS CAN BE MADE BY A NUMBER INTEGRATING THE LAST NAME OF THE AUTHOR FOLLOWED BY A NUMBER IN THE TEXT. WHEN AN AUTHOR IS MENTIONED IN THE TEXT, THE NUMBER OF REFERENCES IS PLACED IN FRONT OF ITS LAST NAME. IF THE AUTHOR IS NOT NAMED, THE NUMBER WILL APPEAR AT THE END OF THE PHRASE. SEE MORE DETAILS AT: [HTTPS://BIBLIOGUIAS.UAM.ES/CITAR/ESTILO\\_VANCOUVER](https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver).

**THE AUTHORS ARE RESPONSIBLE FOR THE ACCURACY OF THEIR REFERENCES**

6. **ACKNOWLEDGMENTS:** EXPRESS YOUR THANKS TO ONLY PEOPLE AND INSTITUTIONS THAT MADE SUBSTANTIVE CONTRIBUTIONS TO THEIR WORK.

THE AUTHORS ARE RESPONSIBLE FOR MENTION PERSONS OR INSTITUTIONS TO WHOM THE READERS MAY ATTRIBUTE TO SUPPORT FOR THE RESULTS OF THE WORK AND THEIR CONCLUSIONS.

**7. TABLES AND FIGURES**

7.1 **TABLES:** LIST EVERY TABLE AND PRESENT EACH ONE IN APART PAGES, SEPARATING THEIR LINES WITH DOUBLE SPACE (1.5 IN WP). **MAXIMUM 06 TABLES AND /OR FIGURES WILL BE ACCEPTED FOR EACH ARTICLE**

7.2 **FIGURE:** INCLUDES ANY ILLUSTRATION THAT IS NOT TABLE (EXAMPLE: GRAPHIC, RADIOGRAPHIES, ETOCARDIOGRAM PLACES, PHOTOGRAPHS, MAPS, ETC). THE GRAPHICS MUST BE DRAWN THROUGH SUITABLE PROGRAMS TO FACILITATE YOUR EDITION. WHEN IT IS A PHOTOGRAPH, THE LETTERS, NUMBERS, DATES, AND SYMBOLS SHOULD BE CLEAR AND WITH A SUFFICIENT SIZE AS TO CONTINUE BEING LEGIBLE WHEN REDUCING THE SIZE IN THE PUBLICATION. YOUR TITLES AND LEGENDS SHOULD NOT APPEAR IN THE PHOTOGRAPH IN THE FORM OF IMAGES BUT OF TEXTS. SYMBOLS, DATES OR LETTERS USED IN THE PHOTOS OF MICROSCOPIC PREPARATIONS, MUST HAVE SIZE AND SUFFICIENT CONTRAST TO DISTINGUISH IN ITS ENVIRONMENT. CITE EACH FIGURE IN THE TEXT, IN CONSECUTIVE ORDER. IF A FIGURE REPRODUCES MATERIAL ALREADY PUBLISHED, INDICATE YOUR SOURCE OF ORIGIN AND OBTAIN WRITTEN PERMIT FROM THE AUTHOR AND THE ORIGINAL EDITOR TO PLAY IT IN YOUR WORK.

**INSTRUCTIONS FOR THE OTHER SECTIONS OF THE MAGAZINE**

DOCUMENTS FOR THE COMMUNITY FORUM, ACTION EPIDEMIOLOGY, AND HEALTH CHRONIC SECTIONS MAY HAVE AN EXTENSION OF 20 PAGES, DRAFTED IN DOUBLE SPACE WITH LETTER TIME NEW ROMAN, SIZE 12 PTOS, AND JUSTIFIED THE MARGINS. THE FIRST PAGE AND THE SUMMARY IN SPANISH AND ENGLISH WILL FOLLOW THE INDICATIONS CITED. IN THE CONTENT, THEY CAN DISCONTINUE THE IMRYD FORMAT BUT MAINTAINING A LOGICAL SEQUENCE IN THE TEXT. FOR THE BIBLIOGRAPHIC REFERENCES THE SUGGESTED FOR SCIENTIFIC ITEMS WILL BE USED FOLLOWING THE VANCOUVER STYLE.

**ARBITRATION SYSTEM**

ALL DOCUMENTS CONSIGNED FOR PUBLICATION REQUEST WILL BE CONSIDERED BY THE EDITORIAL COMMITTEE TO VERIFY COMPLIANCE WITH THE REVIEW REQUIREMENTS. FOLLOWING WILL BE SUBJECT TO A DOUBLE-BLIND ARBITRATION PROCESS, TO BE EVALUATED BY THREE EXPERTS IN THE ISSUE TREATED, WHO WILL HAVE 30 CONTINUOUS DAYS TO ISSUE THEIR VERDICT. EACH ONE WILL RECEIVE A FORMAT TO ISSUE YOUR ANSWER. ONCE THE EVALUATIONS HAVE BEEN RECEIVED, THE EDITORIAL COMMITTEE WILL PROCEED FOR THE REVIEW OF THE VERDICTS, WHICH RESULTS WILL BE SENT TO THE AUTHORS TO MAKE THE CORRECTIONS RECOMMENDED BY THE ARBITRATORS OR THE EDITORIAL COMMITTEE. ONCE THE CORRECTED VERSION IS RECEIVED, IT WILL BE INCLUDED IN THE CORRESPONDING VOLUME INDEX AND NUMBER. ALL AUTHORS WILL RECEIVE THE PUBLISHED DOCUMENT AND THE CONTENT INDEX OF THE NUMBER WHERE THE CITED DOCUMENT IS INCLUDED BY ELECTRONIC MAIL.

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

## GUÍA PARA LOS COLABORADORES

COMUNIDAD Y SALUD ES UNA REVISTA CIENTÍFICA ARBITRADA E INDIZADA, DE CIRCULACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL, CON PERIODICIDAD SEMESTRAL POR VOLUMEN Y DE ACCESO ABIERTO. ES PUBLICADA POR LA ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA" DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE CARABOBO-NÚCLEO ARAGUA, VENEZUELA.

**EN SU ESTRUCTURA CONTEMPLA LOS SIGUIENTES TIPOS DE DOCUMENTOS:**

**ARTÍCULOS ORIGINALES:** A) CON ENFOQUE CUANTITATIVO, QUE CONSIDERA ESTUDIOS INÉDITOS PRODUCTO DE INVESTIGACIONES EN EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA. PRESENTAN HALLAZGOS DE INVESTIGACIONES DE TIPO DESCRIPTIVO, ANALÍTICOS, EXPERIMENTALES Y CUASIXPERIMENTALES; IGUALMENTE CASOS CLÍNICOS DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA. B) CON ENFOQUE CUALITATIVO, INCLUYE ESTUDIOS CON HALLAZGOS DENTRO DEL PARADIGMA INTERPRETATIVO O NATURALISTA CON DISEÑOS DE TIPO FENOMENOLÓGICO, HERMENÉUTICO, ETNOGRÁFICO, HISTORIAS DE VIDA.

**FORUM COMUNITARIO:** REFERIDO A ENSAYOS Y ARTÍCULOS DE OPINIÓN SOBRE EL QUEHACER COMUNITARIO EN SALUD QUE REFLEJAN LA POSICIÓN PERSONAL DE LOS AUTORES;

**EPIDEMIOLOGIA EN ACCIÓN:** CONTEMPLA ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD Y PROBLEMAS COMUNITARIOS;

**CRÓNICA SANITARIA:** QUE INCLUYE BIOGRAFÍAS O RELATOS SOBRE LA VIDA DE PERSONAJES LIGADOS A LA SALUD PÚBLICA EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL. IGUALMENTE HECHOS DE LA SALUD PÚBLICA QUE HAN MARCADO HITOS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA Y EN EL MUNDO.

### CARTAS AL EDITOR

#### ORIENTACIONES PARA LOS AUTORES

LOS DOCUMENTOS SOMETIDOS A LA CONSIDERACIÓN DE LA REVISTA COMUNIDAD Y SALUD DEBEN SER ENVIADOS AL CORREO ELECTRÓNICO:

revista.comysalud@uc.edu.ve  
revistacomunidadysalud@gmail.com,

ACOMPAÑADO DE UNA COMUNICACIÓN DIRIGIDA AL EDITOR (A) Y FIRMADA POR CADA UNO DE LOS AUTORES/AS DONDE INFORMEN SOBRE EL TIPO DE CONTRIBUCIÓN REALIZADA A DICHO DOCUMENTO, SEA EN SU CONCEPCIÓN Y DISEÑO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS, REDACCIÓN O REVISIÓN CRÍTICA DEL CONTENIDO; TAMBIÉN REFIERA SOBRE LOS ACUERDOS EN LA RESPONSABILIDAD ASUMIDA POR CADA AUTOR/A EN LOS DISTINTOS ASPECTOS DEL TRABAJO, SU APROBACIÓN DE LA VERSION FINAL A PUBLICAR Y EL ORDEN DE LA AUTORIA. EN DICHA COMUNICACIÓN CADA AUTOR DEBE COLOCAR SU FIRMA Y EL NÚMERO DE OPEN RESEARCH AND CONTRIBUTION

(ORCID) CÓDIGO DE 16 DÍGITOS QUE PERMITE IDENTIFICAR DE MANERA UNÍVOCA Y A LO LARGO DEL TIEMPO LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE UN AUTOR ([HTTPS://ORCID.ORG/SIGNIN](https://orcid.org/signin)). IGUALMENTE DECLAREN: A) ESTAR DE ACUERDO CON SU CONTENIDO Y CON EL ORDEN DE APARICIÓN DE CADA UNO, EL CUAL SERÁ CONSIDERADO DEFINITIVO; B) ACEPTAN CEDER A LA REVISTA LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN Y REPRODUCCIÓN; C) RESPETAR LOS ASPECTOS ÉTICOS Y LAS POLÍTICAS DE PLAGIO DE LA REVISTA; Y D) MANIFIESTAN QUE DICHO DOCUMENTO NO HA SIDO PUBLICADO NI SOMETIDO A PROCESOS DE PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA IMPRESA O ELECTRÓNICA DE CIRCULACIÓN NACIONAL O INTERNACIONAL.

EL AUTOR PRINCIPAL O EL AUTOR DE CORRESPONDENCIA RECIBIRÁ UN CORREO DE CONFIRMACIÓN DE LA RECEPCIÓN DE SU DOCUMENTO.

LOS DOCUMENTOS 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 DICHS REQUISITOS SON CONOCIDOS COMO "NORMAS DE ESTILO DE VANCOUVER".

### FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

1.- EL TEXTO DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOMETIDOS A LA CONSIDERACIÓN DE LA REVISTA, SERÁN ESCRITOS 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 UTILIZARÁ MICROSOFT WORD VERSIÓN 2007 O MÁS, CON ESPACIADO A 1,5; TIPO DE LETRA TIMES NEW ROMAN CON TAMAÑO 12 PTS Y JUSTIFICADOS LOS MÁRGENES. LA EXTENSIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEBE ALCANZAR MÁXIMO 20 PÁGINAS INCLUYENDO TABLAS Y FIGURAS.

LA REVISTA SE RESERVA LOS DERECHOS DE HACER MODIFICACIONES DE FORMA AL TEXTO ORIGINAL.

2.- LOS TRABAJOS PARA LA SECCIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES DEBEN ESTAR ORGANIZADOS EN LAS SIGUIENTES SECCIONES: RESUMEN (ESPAÑOL E INGLÉS) INTRODUCCIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS, RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

3.- EL ORDENAMIENTO DE CADA TRABAJO CON ENFOQUE CUANTITATIVO SERÁ EL SIGUIENTE:

3.1.- 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, EN ESPAÑOL E INGLÉS. 2) EL O LOS AUTORES, DEBEN ESTAR IDENTIFICADOS CON SU NOMBRE, APELLIDO PRINCIPAL E INICIAL DEL SEGUNDO (SI PROCEDE), Y

SU CÓDIGO ORCID 3.- NOMBRE DEL AUTOR DE CORRESPONDENCIA Y SU CORREO ELECTRONICO; 4.- CADA AUTOR DEBE ESTAR IDENTIFICADO ADEMÁS CON UN NÚMERO SUPRAÍNDICE QUE COINCIDA CON EL NOMBRE CORRESPONDIENTE A SU INSTITUCIÓN DE ADSCRIPCIÓN; 5.- IDENTIFICACIÓN CON NÚMEROS "SUPERÍNDICES" A CADA UNO DE LOS AUTORES Y, AL PIE DE LA PÁGINA, SU CORRESPONDIENTE UBICACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

**3.2. RESUMEN:** LA SEGUNDA PÁGINA DEBE CONTENER UN RESUMEN ESCRITO EN ESPAÑOL E INGLÉS NO ESTRUCTURADO, CON UNA EXTENSIÓN MÁXIMA DE 250 PALABRAS, QUE DESCRIBA LOS PROPÓSITOS DEL ESTUDIO O INVESTIGACIÓN, LOS MATERIALES Y MÉTODOS EMPLEADOS, RESULTADOS PRINCIPALES Y LAS CONCLUSIONES MÁS IMPORTANTES. NO EMPLEE ABREVIATURAS NO ESTANDARIZADAS. INCLUYA ENTRE 3 Y 5 PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS.

**3.3. INTRODUCCIÓN:** RESUMA LA RACIONALIDAD DEL ESTUDIO Y EXPRESE CLARAMENTE SU PROPÓSITO. CUANDO SEA PERTINENTE, HAGA EXPLÍCITA LA HIPÓTESIS CUYA VALIDEZ PRETENDIÓ ANALIZAR. 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 PRECISIÓN. EL EMPLEO DE MÉTODOS ESTABLECIDOS DE USO FRECUENTE O POCO CONOCIDOS O NUEVOS REQUIEREN ESTAR SEÑALADOS CON SUS REFERENCIAS RESPECTIVAS. 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. CUANDO EFECTÚE EXPERIMENTOS EN SERES HUMANOS, EXPLIQUE SI LOS PROCEDIMIENTOS SIGUIERON LAS NORMAS ÉTICAS CONCORDANTES CON LA DECLARACIÓN DE HELSINKI Y SI FUERON REVISADOS Y APROBADOS POR UN COMITÉ AD HOC DE LA INSTITUCIÓN QUE AVALA 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 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CORRESPONDIENTE.

**3.4. RESULTADOS:** PRESENTE SUS RESULTADOS SIGUIENDO UNA SECUENCIA LÓGICA Y CONCORDANTE. LOS DATOS SE PUEDEN MOSTRAR EN TABLAS Y FIGURAS, PERO NO SIMULTÁNEAMENTE EN AMBAS. SOLO SE ACEPTARÁN 6 TABLAS O FIGURAS Y EN EL TEXTO DESTAQUE LAS OBSERVACIONES MÁS IMPORTANTES.

**3.5. DISCUSIÓN:** INCLUYA ÚNICAMENTE LOS ASPECTOS NUEVOS E IMPORTANTES QUE APORTA SU TRABAJO Y LAS CONCLUSIONES QUE USTED PROPONE A PARTIR DE ELLOS. HAGA EXPLÍCITAS LAS CONCORDANCIAS O DISCORDANCIAS DE SUS HALLAZGOS Y SUS LIMITACIONES, RELACIONÁNDOLAS CON OTROS ESTUDIOS RELEVANTES, IDENTIFICADOS MEDIANTE LAS CITAS BIBLIOGRÁFICAS RESPECTIVAS. EVITE

FÓRMULAR CONCLUSIONES QUE NO ESTÉN RESPALDADAS POR SUS HALLAZGOS, ASÍ COMO APOYARSE, EN OTROS TRABAJOS AÚN NO TERMINADOS. CUANDO SEA APROPIADO, PROPONGA SUS RECOMENDACIONES.

4. PARA LA ORGANIZACIÓN DEL TEXTO DE UN ARTÍCULO ORIGINAL CON ENFOQUE CUALITATIVO, SE SUGIERE SEGUIR LO RECOMENDADO PARA LA PRIMERA PÁGINA Y EL RESUMEN EN ESPAÑOL E INGLÉS. LOS OTROS APARTADOS CONSIDERARÁN LO SIGUIENTE:

**INTRODUCCIÓN Y REFERENTES TEÓRICOS, CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA, HALLAZGOS Y CONSIDERACIONES FINALES.**

**5. REFERENCIAS:** PARA LAS REFERENCIAS Y CITAS BIBLIOGRÁFICAS UTILICE LOS REQUISITOS UNIFORMES DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE DIRECTORES DE REVISTAS MÉDICAS. (NORMAS DE VANCOUVER).

**PARA LA LISTA DE REFERENCIAS, PROCEDER DE LA SIGUIENTE FORMA:**

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: 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) CAPÍTULO EN LIBROS. EJEMPLO: CROXATTO H. PROSTAGLANDINAS. FUNCIONES ENDOCRINAS DEL RIÑÓN. EN: PUMARINO H, ED. ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO. SANTIAGO: EDITORIAL ANDRÉS BELLO; 1984, P. 823-840.

C) LIBROS: AUTOR/ES. TÍTULO DEL LIBRO. EDICIÓN. LUGAR DE PUBLICACIÓN: EDITORIAL; AÑO. EJEMPLO: BELL J. DOING YOUR RESEARCH PROJECT. 5TH. ED. MAIDENHEAD: OPEN UNIVERSITY PRESS; 2005.

D) ACTAS EN CONGRESOS Y CONFERENCIAS (SE CITAN COMO UN LIBRO) EJEMPLO: HARNDEN P, JOFFE JK, JONES WG, EDITORS. GERM CELL TUMOURS V. PROCEEDINGS OF THE 5TH GERM CELL TUMOUR CONFERENCE; 2001 SEP 13-15; LEEDS, UK. NEW YORK: SPRINGER; 2002.

E) SITIOS WEB. AUTOR/ES. TÍTULO [INTERNET]. LUGAR DE PUBLICACIÓN: EDITOR; FECHA DE PUBLICACIÓN [REVISADO; CONSULTADO]. DISPONIBLE EN: DIRECCIÓN ELECTRÓNICA. EJEMPLO: EUROPEAN SPACE AGENCY. ESA: MISSIONS, EARTH OBSERVATION: ENVISAT. [INTERNET]. [CONSULTADO 3 JUL 2012]. DISPONIBLE EN: [HTTP://ENVISAT.ESA.INT/](http://envisat.esa.int/)

## CITAS DE REFERENCIAS EN EL TEXTO

LAS CITAS EN EL TEXTO SE EFECTÚAN UTILIZANDO NÚMEROS ARÁBIGOS ENTRE PARÉNTESIS O COMO SUPRAINDICES. A CADA TRABAJO CITADO SE LE ASIGNARA UN ÚNICO NUMERO POR ORDEN DE APARICIÓN Y SIEMPRE SERÁ EL MISMO INDEPENDIEMENTE DE LAS VECES EN QUE SEA CITADO.

LAS CITAS DE UN AUTOR SE PUEDEN REALIZAR POR UN NÚMERO O INTEGRANDO EL NOMBRE DEL AUTOR SEGUIDO DE UN NÚMERO EN EL TEXTO. CUANDO EN EL TEXTO SE MENCIONA UN AUTOR, EL NÚMERO DE LA REFERENCIA SE PONE TRAS EL NOMBRE DE ÉSTE. SI NO SE NOMBRA AL AUTOR, EL NÚMERO APARECERÁ AL FINAL DE LA FRASE. CONSULTAR MAS DETALLES EN: [HTTPS://BIBLOGUIAS.UAM.ES/CITAR/ESTILO\\_VANCOUVER](https://bibloguias.uam.es/citar/estilo_vancouver).

**LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LA EXACTITUD DE SUS REFERENCIAS.**

**6. 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.

## 7. TABLAS Y FIGURAS

**7.1 TABLAS:** NUMERE CADA TABLA Y PRESENTE CADA UNA EN HOJAS APARTES, SEPARANDO SUS LÍNEAS CON DOBLE ESPACIO (1,5 EN WP). SE ACEPTARAN MÁXIMO 06 TABLAS Y/O FIGURAS PARA CADA ARTICULO.

**7.2 FIGURA:** INCLUYE CUALQUIER ILUSTRACIÓN QUE NO SEA TABLA (EJ.: GRÁFICO, RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS, ETC). LOS GRÁFICOS DEBEN SER DIBUJADOS EMPLEANDO UN PROGRAMA ADECUADO PARA FACILITAR SU EDICIÓN. 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. 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.

### INSTRUCCIONES PARA LAS OTRAS SECCIONES DE LA REVISTA

LOS DOCUMENTOS PARA LAS SECCIONES FORUM COMUNITARIO, EPIDEMIOLOGÍA EN ACCIÓN Y CRÓNICA SANITARIA PODRÁN TENER UNA EXTENSIÓN DE 20 PÁGINAS, REDACTADAS EN DOBLE ESPACIO EN UN SOLO LADO DEL PAPEL CON LETRA TIME NEW ROMAN, TAMAÑO 12 PTOS, Y JUSTIFICADOS LOS MÁRGENES. LA PRIMERA PÁGINA Y EL RESUMEN EN ESPAÑOL E INGLÉS SEGUIRÁN LAS INDICACIONES CITADAS. EN EL CONTENIDO PODRÁN PRESCINDIR DEL FORMATO IMRYD, PERO MANTENIENDO UNA SECUENCIA LÓGICA EN EL TEXTO. PARA LAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS SE UTILIZARAN LAS SUGERIDAS PARA ARTICULOS CIENTÍFICOS SIGUIENDO EL ESTILO VANCOUVER.

## SISTEMA DE ARBITRAJE

TODOS LOS DOCUMENTOS CONSIGNADOS PARA SOLICITUD DE PUBLICACIÓN SERÁ CONSIDERADOS POR EL COMITÉ EDITORIAL PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA REVISTA. SEGUIDAMENTE SERÁN SOMETIDOS A UN PROCESO DOBLE CIEGO DE ARBITRAJE, PARA SER EVALUADOS POR TRES EXPERTOS EN EL TEMA TRATADO, QUIENES DISPONDRÁN DE 30 DÍAS CONTINUOS PARA EMITIR SU VEREDICTO. CADA UNO RECIBIRÁ UN FORMATO PARA EMITIR SU RESPUESTA.

UNA VEZ RECIBIDA LAS EVALUACIONES, EL COMITÉ EDITORIAL PROCEDERÁ A LA REVISIÓN DE LOS VEREDICTOS, CUYOS RESULTADOS SERÁN ENVIADOS A LOS AUTORES PARA HACER LAS CORRECCIONES RECOMENDADAS POR LOS ÁRBITROS O EL COMITÉ EDITORIAL.

UNA VEZ RECIBIDO LA VERSIÓN CORREGIDA, SERÁ INCLUIDO EN EL ÍNDICE DEL VOLUMEN Y NÚMERO CORRESPONDIENTE.

EL COMITÉ EDITORIAL, LOS ÁRBITROS NI EL EDITOR (A) ESTÁN AUTORIZADOS PARA UTILIZAR CON FINES PRIVADOS LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS PARA SU REVISIÓN. SE RESPETARA EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REVISORES.

## POLITICA DE PLAGIO

LA REVISTA COMUNIDAD Y SALUD SE RIGE POR LA NORMATIVA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL (1), PARA LOS EFECTOS DE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE ORIGINALIDAD DE LOS PRODUCTOS PUBLICADOS.

ASÍ MISMO CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR LA ÉTICA Y CALIDAD DE DICHOS ARTÍCULOS, LA REVISTA TIENE COMO REFERENCIA EL CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUENAS PRÁCTICAS QUE DEFINE EL COMITÉ DE ÉTICA EN PUBLICACIONES (2) PARA LA EDICIÓN DE REVISTAS CIENTÍFICAS.

LAS CONTRIBUCIONES ENVIADOS PARA PUBLICACIÓN, SERÁN SOMETIDAS A UN ANÁLISIS DE ORIGINALIDAD MEDIANTE DETECCIÓN DE PLAGIO DE LIBRE ACCESO, ANTES DE PASAR AL PROCESO DE REVISIÓN POR PARES (ARBITRAJE). POR TANTO, ES IMPORTANTE QUE LOS AUTORES EMITAN SU DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD AL POSTULAR SU DOCUMENTO PARA CONSIDERAR SU PUBLICACIÓN.

SI EL DOCUMENTO RECIBIDO PRESENTA SIMILITUD TANTO EN IMÁGENES COMO EN EL TEXTO, CON RELACIÓN A OTROS DOCUMENTOS PUBLICADOS, EN CUANTO A LA TEMÁTICA TRATADA, EL COMITÉ EDITORIAL AUTORIZARÁ AL EDITOR (A) PARA QUE INFORME A LOS AUTORES SOBRE LA SITUACIÓN ENCONTRADA A FIN DE RECIBIR LAS ACLARATORIAS RESPECTIVAS.

LOS AUTORES QUE SE ENCUENTREN INVOLUCRADOS EN ALGUNAS FORMAS DE PLAGIO QUE VULNERE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL, NO PODRÁN PRESENTAR SUS PRODUCTOS EN LA REVISTA, DURANTE UN PERIODO DE TRES AÑOS.



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](mailto:revistacomunidadysalud@hotmail.com)  
Teléfono: (00-58-243)2170739 Departamento de Salud Pública

Revista Científica del Departamento de Salud Pública