



Universidad
de Carabobo



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

"Witremundo Torrealba"

Depósito Legal: pp200202AR1401

En Línea ISSN 2665-024x Impreso ISBN 1690-3293

Comunidad y Salud

Vol. 22 N° 1 Año 2024

Ene-Jun

Artículos Originales

Dilemas éticos en Venezuela durante la pandemia de Covid-19. Una revisión sistemática.

El embarazo adolescente: problema de salud pública y de vulneración de los derechos de niñas y adolescentes en Venezuela.

Importancia del proceso de iniciación deportiva sobre actividad física como hábito de estilo de vida en el estado Barinas, Venezuela.

Vivencias de hábitos y estilos de vida saludables desde la Educación para la Salud.

Prevalencia y perfil clínico epidemiológico de pacientes de tercera edad en hemodiálisis en el estado Carabobo.

Relación del ácido úrico y pronóstico con enfermedad cerebrovascular.

Autocuidado de mujeres embarazadas en la transición epidemiológica (COVID-19 - MONKEYPOX) en Mato Grosso, Brasil.

Índice neutrófilo/linfocito e indicadores antropométricos de adiposidad abdominal en individuos con sobrepeso.

Caso Clínico

Sialoadentitis Bacteriana Aguda. Revisión clínica y presentación de un caso.

Forum Comunitario

Solidaridad: ¿Valor o Antivalor? Del personal sanitario en el manejo de pacientes hematológicos. Análisis Bioético de un caso en Carabobo - Venezuela.

Psico-psiquiatría: más que una utopía, es una demanda social devenido problema científico.

Adolescentes testigos de violencia entre sus progenitores: una mirada desde el saber de la salud mental.

Inserción Social de Niños, Niñas y Adolescentes a Sistemas Sociales Saludables desde la Perspectiva Socioeducativa. NO a los Destejidos Sociales.

Cartas al Editor

Revistas Colombianas de Educación Física y Deporte: Análisis del comportamiento en 2018-2022.

Revista Científica del Departamento de Salud Pública
Núcleo Aragua

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

AUTORIDADES RECTORALES



RECTORA
JESSY DIVO DE ROMERO

SECRETARIO
PABLO AURE

VICERRECTOR ACADÉMICO
ULISES ROJAS

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
JOSÉ ÁNGEL FERREIRA



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. DECANO: JOSÉ CORADO

SEDE CARABOBO

ASISTENTE AL DECANO

DANIEL AUDE

DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA

EVERILDA ARTEAGA

DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS

SARAH BETHENCOURT

DIRECTOR ESCUELA DE ENFERMERÍA

EVER OSORIO

DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS

RÚBEN TORO

DIRECTOR ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL

ERNESTO DÍAZ

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL

NELINA RUÍZ

DIRECTOR DE POSTGRADO

CARLOS DÍAZ

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 ESPINOZA

COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN

MARIA ELENA CRUCES

COORDINADOR 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

DIRECTOR DE POSTGRADO

EDGAR MOLL

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

COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN

JOSÉ SÁNCHEZ

COORDINADORA DE 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.

THE KEEPERS REGISTER

ACADEMICS SEARCH PREMIE

Registrada en el Portal de Revistas de la Biblioteca Central de la 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 Ruiz Pineda, Sector La Morita II. Maracay, Venezuela.

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm> Correspondencia: revistacomunidadysalud@gmail.com; revista.comysalud@uc.edu.ve



Comunidad y Salud

Depósito Legal: pp200202AR1401
En Linea ISSN 2665-024x Impreso ISBN 1690-3293

Año 2024; Volumen 22(1) Ene-Jun

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)

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

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS FCS-ARAGUA)

- 1-12 **Dilemas éticos en Venezuela durante la pandemia de Covid-19. Una revisión sistemática.**
Carlos Paz-Gañan, Evelin Escalona, Yuraima García.
- 13-23 **El embarazo adolescente: problema de salud pública y de vulneración de los derechos de niñas y adolescentes en Venezuela.**
Gloria Perdomo.
- 24-32 **Importancia del proceso de iniciación deportiva sobre actividad física como hábito de estilo de vida en el estado Barinas, Venezuela.**
José Martín Seijas, Victor Castillo, Ruth Salas, Everilda Arteaga.
- 33-44 **Vivencias de hábitos y estilos de vida saludables desde la Educación para la Salud.**
Ingrid Yolercy Troche Gutiérrez, Ruth Díaz Sánchez, Brayant Andrade Méndez
- 45-52 **Prevalencia y perfil clínico epidemiológico de pacientes de tercera edad en hemodiálisis en el estado Carabobo.**
Elita Tabete, Jesús Leal, Francis Scovino C., Francis Soto O., María Pérez T.
- 53-64 **Relación del ácido úrico y pronóstico con enfermedad cerebrovascular.**
Javier Trejo T., Paulina Feola P., Luz Marina Navarrete G.
- 65-74 **Autocuidado de mujeres embarazadas en la transición epidemiológica (COVID-19 - MONKEYPOX) en Mato Grosso, Brasil.**
Pedro Henrique de Oliveira Marques Vidal, Taiana Aparecida Duarte Grein, Stefan Vilges de Oliveira, Antonio Francisco Malheiros, Sandra Cristina Pillon, Ana Caroline de Lara, Alisséia Guimarães Lemes, Luciano Garcia Lourenção, Ana Cláudia Pereira Terças Trettel, Vagner Ferreira do Nascimento.
- 75-82 **Índice neutrófilo/linfocito e indicadores antropométricos de adiposidad abdominal en individuos con sobrepeso.**
Hember Vicci V., Gregoria Gonzalez M., Wendy Narváez, Rut Maldonado.

Caso Clínico

- 83-89 **Sialoadenitis Bacteriana Aguda. Revisión clínica y presentación de un caso.**
María José Ledezma España, José Martín Salas Bustillos.

Forum Comunitario

- 90-99 **Solidaridad: ¿Valor o Antivalor? Del personal sanitario en el manejo de pacientes hematológicos. Análisis Bioético de un caso en Carabobo - Venezuela.**
Migyeri M. Chirinos G.
- 100-104 **Psico-psiquiatría: más que una utopía, es una demanda social devenido problema científico.**
Yordanis Arias Barthelemi, Yanet Victoria Florián Santiesteban, Marileidis Reinoso Bravo, Yuri Álvarez Magdariaga.
- 105-114 **Adolescentes testigos de violencia entre sus progenitores: una mirada desde el saber de la salud mental.**
Reina Para C., Olga Quintero.
- 115-124 **Inserción Social de Niños, Niñas y Adolescentes a Sistemas Sociales Saludables desde la Perspectiva Socioeducativa. NO a los Desejidos Sociales.**
Daisy Coromoto Meza Palma, Darley Jhosue Burgos Angulo, Ronald Feraud Cañizares, Paola Anabel Hurtado Jiménez.

Cartas al Editor

- 125-129 **Revistas Colombianas de Educación Física y Deporte: Análisis del comportamiento en 2018-2022.**
Brian Johan Bustos-Viviescas, Rafael Enrique Lozano Zapata, Carlos Enrique García Yerena.

Normas de Publicación

Para el contenido de este número se ha adoptado la Licencia Creative Commons CC-BY-NC-ND.

Comunidad y Salud

Legal Deposit: pp200202AR1401
On Line ISSN 2665-024x - Print ISBN 1690-3293

Year 2024; Volume 22(1) Jan-Jun

Content

Original Articles

EDITORIA

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)

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

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS FCS-ARAGUA)

- 1-12 **Ethical dilemmas in Venezuela during the Covid-19 pandemic. A Systematic review.**
Carlos Paz-Gañan, Evelin Escalona, Yuraima García.
- 13-23 **Adolescent pregnancy: a public health problem and violation of the rights of girls and adolescents in Venezuela.**
Gloria Perdomo.
- 24-32 **Importance of the sports initiation process and physical activity as a family lifestyle habit in the athletes of the Barinas state, Venezuela.**
José Martín Seijas, Victor Castillo, Ruth Salas, Everilda Arteaga.
- 33-44 **Experiences of healthy habits and lifestyles from the perspective of Health Education.**
Ingrid Yolericy Troche Gutiérrez, Ruth Díaz Sánchez, Brayant Andrade Méndez
- 45-52 **Prevalence and clinical epidemiological profile of elderly patients on hemodialysis in the state of Carabobo, Venezuela.**
Elita Tabete, Jesús Leal, Francis Scovino C., Francis Soto O., María Pérez T.
- 53-64 **Relationship of uric acid and prognosis with cerebrovascular disease.**
Javier Trejo T., Paulina Feola P., Luz Marina Navarrete G.
- 65-74 **Self-care for pregnant women in the epidemiological transition (COVID-19 - MONKEYPOX) in Mato Grosso, Brazil.**
Pedro Henrique de Oliveira Marques Vidal, Taiana Aparecida Duarte Grein, Stefan Vilges de Oliveira, Antonio Francisco Malheiros, Sandra Cristina Pillon, Ana Caroline de Lara, Alisséia Guimarães Lemes, Luciano Garcia Lourenção, Ana Cláudia Pereira Terças Trettel, Vagner Ferreira do Nascimento.
- 75-82 **Neutrophil/Lymphocyte index and anthropometric indicators of abdominal adiposity in overweight individuals.**
Hember Vicci V., Gregoria Gonzalez M., Wenddy Narvæz, Rut Maldonado.

Clinical Case

- 83-89 **Acute Bacterial Sialoadenitis. Clinical review and presentation of a case.**
Maria José Ledezma España, José Martín Salas Bustillos.

Community Forum

- 90-99 **Solidarity: Value or Anti-value? In the management of hematological patients. Bioethical analysis of a case.**
Migyeri M. Chirinos G.
- 100-104 **Psycho-psychiatry: more than a utopia, it is a social demand that has become a scientific problem.**
Yordanis Arias Barthelemi, Yanet Victoria Florián Santiesteban, Marileidis Reinoso Bravo, Yuri Álvarez Magdariaga.
- 105-114 **Teenagers witnesses of violence among their parents: a look from the knowledge of mental health.**
Reina Parra C., Olga Quintero.
- 115-124 **Social Insertion of boys, girls and adolescents into healthy social systems from a socio-educational perspective. NO to social unweaves.**
Daisy Coromoto Meza Palma, Darley Jhosue Burgos Angulo, Ronald Feraud Cañizares, Paola Anabel Hurtado Jiménez.

Letters to the Editor

- 125-129 **Colombian Journals of Physical Education and Sport: Analysis of behavior in 2018-2022.**
Brian Johan Bustos-Viviescas, Rafael Enrique Lozano Zapata, Carlos Enrique García Yerena.

Publication Rules

For the content of this issue, the Creative Commons License CC-BY-NC-ND has been adopted.

DILEMAS ÉTICOS EN VENEZUELA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

ETHICAL DILEMMAS IN VENEZUELA DURING THE COVID-19 PANDEMIC. A SYSTEMATIC REVIEW.

Carlos Paz-Gañan¹, Evelin Escalona², Yuraima García³

ABSTRACT

When the Covid-19 pandemic arrived, Venezuela was immersed in a deep socio-economic crisis, a product of the fall in oil prices, added to a state of hyperinflation that affected all areas of national life, especially the health sector. In this context, our objective is to analyze the scientific evidence published on the ethical dilemmas that arose in the country, in health care services during the course of this disease. A systematic review of the literature was carried out, using the PICO strategy and scientific material was searched in databases, metasearch engines and gray literature. The review was carried out in 03 phases in the period January to April 2023. The initial search recovered 906 records, of which 22 titles met the inclusion criteria. The year 2020 reported the highest production of publications with twelve (12) investigations; twenty-one (21) articles written in Spanish, and one (1) in English. Twenty one (21) ethical values ??or principles were identified, with the principles of justice, autonomy, beneficence, dignity, less restrictive means, harm, transparency, non-maleficence, equality and solidarity being the most cited. Some of these principles were complementary, others conflicted, and they were applied in a wide range of scenarios, highlighting radical quarantine measures, failures in the provision of supplies, personal protective equipment for health workers, access to vaccines, vulnerable population groups and telemedicine, among others.

KEY WORDS: ethical, ethical dilemmas, COVID-19, pandemic.

RESUMEN

Cuando llega la pandemia de Covid-19, Venezuela se encuentra inmersa en una profunda crisis socio-económica, producto de la caída de los precios del petróleo, sumado a un estado de hiperinflación. Con base a este contexto, nos planteamos como objetivo analizar la evidencia científica publicada en las diferentes bases de datos sobre los dilemas éticos que se presentaron en Venezuela, durante la pandemia de Covid-19. Se realizó una revisión sistemática de la literatura, haciendo uso de la estrategia PICO, se buscó material científico en bases de datos, metabuscadores y literatura gris. La revisión se realizó en 03 fases. Y se llevó a cabo durante el periodo enero a abril del año 2023. La búsqueda inicial recuperó 906 registros, de los cuales solo 22 títulos cumplieron con los criterios de inclusión. El año 2020 reportó la mayor producción de publicaciones representando doce (12) investigaciones; veintiuno (21) artículos redactados en español y uno (1) en idioma inglés. Fueron identificados 21 valores o principios éticos, siendo los principios de justicia, autonomía, beneficencia, dignidad, medios menos restrictivos, daño, transparencia, no maleficencia, igualdad y solidaridad los más citados. Algunos de estos principios eran complementarios, otros en cambio entraban en conflicto, y se aplicaron en una variada gama de escenarios, en los que cabe destacar, las medidas de cuarentena radical, las fallas en la dotación de insumos, de equipos de protección personal para los trabajadores sanitarios, el acceso a las vacunas, los grupos poblacionales vulnerables, la telemedicina, entre otros.

PALABRAS CLAVE: ética, dilemas éticos, COVID-19, pandemia.

Recibido: 06 de noviembre de 2023 Aceptado: 30 de enero de 2024

¹Doctorando en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. ²Coordinadora Doctorado en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. ³Docente de Ética y Salud Pública. Doctorado en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

Carlos Paz-Gañan. **ORCID:** 0009-0003-7629-6354
Evelin Escalona. **ORCID:** 0000-0003-3525-2454
Yuraima García. **ORCID:** 0000-0002-2413-0980

Correspondencia: carlospazg@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A finales del mes de octubre, principios del mes de noviembre del año 2019, aparecen en Wuhan, China, los primeros casos de una extraña enfermedad, que afectaba las vías respiratorias. Esta enfermedad desconocida hasta ese momento, presentaba una alta tasa de letalidad, que atacaba especialmente a personas mayores de 60 años y/o con comorbilidades, tales como Diabetes, Hipertensión y Cáncer¹⁻³.

El uso de métodos de secuenciación profunda, que no requerían información previa sobre el agente que se buscaba, seguido de microscopía electrónica, demostró que se trataba de un agente viral nuevo, perteneciente al grupo de los coronavirus³. Se le da el nombre de COVID-19, y causa preocupación en todos los países a nivel mundial, por su rápida diseminación⁴. Las autoridades sanitarias de Wuhan, declaran que no había evidencia de transmisión del virus entre humanos y que el personal de salud no había sido infectado^{5,6}, disimulando de esta manera, información importante. Este hecho de ocultar o dar información errónea evidenciaba una situación perjudicial que impedía la realización de intervenciones tempranas, efectivas y apropiadas para evitar la diseminación de la enfermedad⁷; además de incumplir con uno de los principios básicos de la ética en salud pública, el principio de transparencia^{8,9}.

El brote de COVID-19 avanzó rápidamente en todo el mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró oficialmente una pandemia en el mes de marzo del año 2020^{10,11}. Esta declaración representó un gran desafío ético, no sólo para los profesionales de la salud, sino también para los pacientes, sus familiares, y las autoridades, tanto sanitarias como de gobierno.

Generalmente, las epidemias locales en cada país han puesto de manifiesto las inequidades sanitarias sociales, con un mayor impacto en las poblaciones más vulnerables, así como en las menos favorecidas¹². En este sentido, la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, que perjudica sistemáticamente a algunos grupos poblacionales, se denomina inequidad en salud, y ocurre tanto dentro de los países como también entre países¹². Los migrantes, los refugiados, desempleados, personas sin hogar, individuos con un bajo nivel educativo, o las minorías étnicas, experimentan mayores desigualdades en salud, debido a que están expuestos a múltiples niveles de desventaja que los coloca en mayor riesgo de experimentar peores resultados de salud¹³.

Durante la pandemia de COVID-19, estos grupos poblacionales fueron significativamente más vulnerables

como resultado de los determinantes sociales de la salud a los que están expuestos y a la naturaleza interrelacionada de sus efectos¹³. Además se observó, que las medidas más efectivas de salud pública que se utilizaron para reducir la propagación de esta enfermedad como el distanciamiento social y la higiene de manos, eran inalcanzables para la gran mayoría, debido al hacinamiento y el acceso reducido al agua potable¹³.

Los países con altos ingresos, tanto los gobiernos como los ciudadanos, suelen tener la visión perversa de que la desventaja social tiene poca relación con la injusticia estructural. La perciben como el resultado del fracaso individual, la pereza y la falta de voluntad para contribuir a la sociedad de manera productiva¹⁴. No obstante, estas inequidades en salud, muestran una franca inobservancia de los principios de reciprocidad, solidaridad, dignidad y, por lo tanto, incumplimiento del principio de justicia⁹.

De igual manera, los países con bajos ingresos, y aquellos con ingresos moderados que tienen, en consecuencia, sistemas de salud débiles o deficientes y que a su vez cuentan con una economía deteriorada, tuvieron que enfrentar serios conflictos éticos para atender pacientes, tomando en cuenta criterios de escasez, ya que se encontraban en una situación con pocos recursos médicos y una fuerte demanda de los mismos. El tema de la asignación de recursos fue muy conflictivo, debido a que la primera ola de la pandemia, desencadenó una escasez de recursos, sin precedentes, a nivel mundial. Desde equipos de protección personal, ventiladores, camas, medicamentos, pruebas de diagnóstico para COVID-19, entre otras las decisiones que se tomaron sobre el racionamiento de recursos durante esta pandemia, fueron más allá de aquellas relacionadas con la atención de los pacientes¹⁵.

Por otra parte, países como Italia y EE.UU.^{16,17}, durante la fase inicial de esta pandemia no pudieron responder adecuadamente al creciente número de pacientes. Ni tampoco a la escasez de recursos médicos, incluidos ventiladores y camas en la unidad de cuidados intensivos (UCI)¹⁸, lo que condujo a una crisis humanitaria en esas regiones¹⁹. Los médicos de cuidados intensivos, de estos países, tuvieron que enfrentarse a tomar decisiones difíciles sobre que paciente debía ser conectado o no, sabiendo que aquellos que no eran seleccionados para ingresar a una UCI morirían. Dichos médicos debían considerar la priorización de los pacientes que tenían más probabilidades de sobrevivir sobre aquellos con menos posibilidades¹⁰.

Los criterios para asignar los escasos recursos para salvar vidas determinaron, en muchos de los casos, que los adultos mayores o pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes o cáncer, además de las personas de comunidades minoritarias o las personas con discapacidad fueran discriminadas²⁰, vulnerando, de esta manera, los principios de reciprocidad, dignidad y justicia^{8,9}, de igual forma, los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, economía y justicia, postulados por Beauchamp y Childress en 1979²¹. Para hacer frente a este dilema ético, España estableció equipos de clasificación para implementar criterios de priorización, para minimizar el sesgo y evitar consecuencias negativas no deseadas²².

Ante una pandemia como la de COVID-19, con escasez de recursos médicos, sin vacunas y sin medidas terapéuticas efectivas, las únicas medidas para controlar el contagio fueron el uso de tapabocas o mascarillas, el distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, decisiones que debieron ser tomadas por las autoridades sanitarias, por los organismos internacionales, y por los gobiernos. De hecho, estas medidas llevaron a la restricción de derechos y libertades individuales fundamentales que afectaron a la población^{5,7}. En este caso, se debió actuar bajo el segundo principio de Upshur⁸, "el principio de medios menos restrictivos" el cual está basado en tres principios éticos: beneficencia, priorización de los más vulnerables, e igualdad en medidas de atención a la salud.

El conflicto ético presente en la atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables, trae consigo serios problemas legales, debido a que la igualdad y la utilidad son valores importantes para la justicia distributiva donde la práctica discriminatoria, en la asignación de recursos médicos, representa una situación inestable y un compromiso incoherente²³.

Para marzo del año 2020, momento cuando se detectó el primer caso de COVID-19 en Venezuela²⁴⁻²⁶, el país se encontraba inmerso en una profunda depresión económica, producto de las severas sanciones económicas y financieras, impuestas en agosto del 2017^{27,28}, por la administración EE.UU, algunos países europeos y latinoamericanos²⁹. La llegada de la enfermedad²⁴⁻²⁶ y la consecuente declaración de pandemia por parte del ejecutivo nacional³⁰, junto a la caída de los precios del petróleo; así como, el estado de hiperinflación, agravó el colapso económico que el país venía enfrentando. La imposibilidad del Gobierno Venezolano en acceder a sus recursos monetarios ubicados en bancos extranjeros³¹; más el hecho, de no poder hacer uso de los fondos provenientes del petróleo,

trajo consecuencias directas sobre la importación de alimentos, lo que colocó en situación de inseguridad alimentaria grave a 2,5 millones de personas³¹; además de impactar de forma negativa sobre la atención sanitaria, propiciando la escasez de insumos, medicamentos, equipos de protección personal y la imposibilidad de comprar vacunas, en el momento oportuno, debido al congelamiento de dichos fondos monetarios³¹.

Ante este escenario surgió la necesidad de explorar sobre los dilemas éticos que se debieron afrontar en el sector salud de Venezuela, en el transcurso de la pandemia de COVID-19. Por tanto, en este estudio se planteó como objetivo: Analizar la evidencia científica publicada, en diferentes bases de datos, sobre los dilemas éticos que se presentaron en Venezuela durante esta pandemia de COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó entre los meses de enero a abril del 2023, mediante una revisión sistemática. Para formular la pregunta de la investigación se utilizó la metodología PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados), con el fin de identificar las palabras clave y orientar la búsqueda bibliográfica inicial (tabla 1). La pregunta generada fue: ¿Cuáles fueron los dilemas éticos que presentó el personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Venezuela, para la atención de la enfermedad?

Para obtener la documentación se realizó una búsqueda bibliográfica usando fuentes documentales primarias y secundarias en internet. Se emplearon los tesauros DeCS y MeSH, como descriptores en Ciencias de la Salud para facilitar el proceso de transformación lingüística, para así obtener las palabras clave. Se utilizaron, en inglés, los siguientes términos de búsqueda "Ethical", "Ethical dilemmas", "Ethical dilemma", "Ethical conflicts", "Ethical Conflict", "Ethical principles", "Ethical values", "Ethical principle", "Covid", "Covid-19", "Sars-CoV-2", "Pandemic", "Venezuela". Se buscaron todas las palabras afines utilizando los operadores booleanos "OR" y "AND" en la ecuación de búsqueda (tabla 2).

Seguidamente se establecieron los criterios de inclusión y de exclusión esenciales para la fase de cribado, lo que permitió determinar qué artículos aportarían la información necesaria para el estudio. De ese modo, los criterios de inclusión que se establecieron fueron el idioma, los años de publicación, acceso completo al artículo, palabras clave y contener un marco o razonamiento, mientras que como criterio de exclusión

Tabla 1. Componentes de la metodología PICO.

Población	Artículos Publicados en las bases de datos
Intervención	Dilemas éticos durante la Pandemia de Covid-19 en Venezuela
Comparación	No aplicable para esta revisión
Resultados (Outcome)	Análisis y discusión de los artículos

Tabla 2. Operadores booleanos de búsqueda.

Idioma	Ecuación de Búsqueda
Español	"Ética" OR "Dilema ético" OR "Dilemas éticos" OR "Conflicto ético" OR "éticos" OR "Principio ético" OR "Principios éticos" AND "Covid" OR "Covid-19" OR "Sars-CoV-2" OR "Pandemia" AND "Venezuela"
Inglés	"Ethical" OR "Ethical dilemmas" OR "Ethical dilemma" OR "Ethical conflict" OR "Ethical Conflict" OR "Ethical principles" OR "Ethical Values" OR "Ethical" AND "Covid" OR "Covid-19" OR "Sars-CoV-2" OR "Pandemic" AND "Venezuela"

fue considerado el incumplimiento de alguno de los criterios de inclusión (tabla 3).

Se emplearon como motores de búsqueda académica de libre acceso: PubMed, Google Scholar, Lilacs, Redalyc y Scielo, entre otros; esto permitió acceder a las bases de datos digitales. Google Scholar^{32,33}, fue la herramienta más competente para identificar la literatura gris³⁴. También se realizó una revisión de las citas bibliográficas mencionadas en los artículos seleccionados.

En una primera fase de búsqueda, y luego de combinar los diferentes descriptores fueron obtenidos un total de 906 registros, discriminados de la siguiente manera: PubMed (263), Google Scholar (294), Lilacs (237), Redalyc (62), Scielo (31) y por otras fuentes (19), como fue la revisión de citas bibliográficas de algunos artículos de interés.

En una segunda fase o fase de cribado, se analizaron cuidadosamente, los títulos y resúmenes de todas las investigaciones identificadas en la primera fase, y se procedió a seleccionar aquellos artículos que cumplieran con los criterios de inclusión. En esta etapa de la revisión sistemática se usó a Zotero como gestor de referencias bibliográficas. Se eliminaron por duplicidad un total de 51 artículos, además de 826 registros que no cumplían con los criterios de inclusión, quedando para una revisión más profunda un total de 29 documentos.

En la tercera fase, se analizaron minuciosamente los textos completos de estos 29 estudios elegidos en la etapa anterior, de los cuales se descartaron 7, por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

Finalmente al terminar la estrategia de búsqueda de los registros académicos, fueron seleccionados 22 artículos para realizar la revisión sistemática, los cuales

Tabla 3. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Aspecto	Criterio de Inclusión	Criterio de exclusión
Idioma	Español e inglés	Idioma diferente al español o al inglés
Años de Publicación	Artículos publicados entre enero 2020 a abril 2023	Artículos publicados con fechas anteriores al 2020
Acceso al texto	Texto completo	Acceso parcial
Palabras clave	Presentes en el título y/o resumen	Ausencia de las palabras clave en el título o en el resumen
Razonamiento ético	Presente en el texto	Ausente en el texto

se leyeron y analizaron muy detalladamente, con el fin de lograr el objetivo de esta revisión. (Esquema 1).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con el patrón de publicación anual de los 22 estudios seleccionados para la revisión sistemática, el año 2020 presentó el mayor número de publicaciones con doce (12) investigaciones, seguido del 2021 con siete (7) trabajos publicados y tres (3) en el año 2022; no se encontraron artículos publicados durante el año 2023, probablemente debido a que la búsqueda se realizó en el primer cuatrimestre de dicho año. En relación con el idioma, veintiuno (21) artículos fueron encontrados en español y uno (1) en idioma inglés.

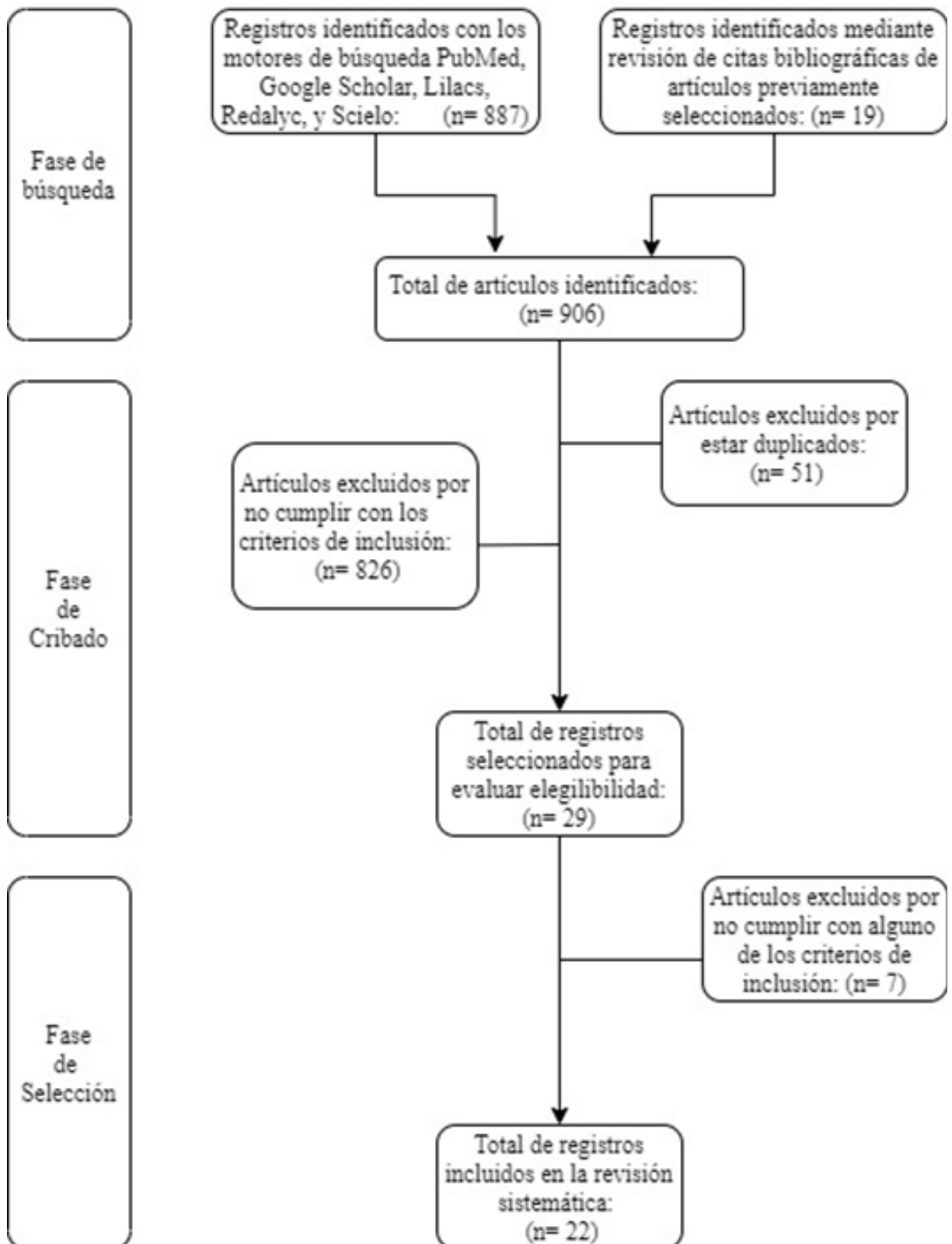
Se identificaron 17 principios éticos en los 22 artículos seleccionados (tabla 4), de los cuales justicia, autonomía, beneficencia, dignidad, medios menos restrictivos, daño, transparencia, no maleficencia, igualdad y solidaridad, fueron mencionados con mayor frecuencia. De igual manera, fueron nombrados cuatro valores éticos, a saber: equidad, confidencialidad, confianza y responsabilidad.

Estos valores y principios se aplicaron a una amplia gama de escenarios para evitar la propagación de la enfermedad, tales como: las medidas de cuarentena, aislamiento, confinamiento y la restricción a la movilidad³⁵⁻⁴³, la crisis de la estructura sanitaria, las fallas en la dotación de insumos, de equipos de protección personal^{37,40,42,44-47} y de las vacunas^{7,47}. Las limitaciones que se presentaron para obtener las cifras de morbi-mortalidad, el número de pacientes recuperados, el número de pruebas realizadas^{24,36,37,40-42,48,49} y la sospecha de subregistro^{37,48}. En igual forma la suspensión de las consultas médicas no COVID⁴⁵⁻⁴⁷, la investigación clínica^{7,42}, la telemedicina y el

consentimiento informado^{25,41,46}, la violación de los derechos humanos⁴⁵ y la educación a distancia^{41,50}. Así como también la atención a los grupos vulnerables, como adultos mayores, personas con comorbilidades, embarazadas, indígenas, trabajadores sanitarios, especialmente del género femenino^{7,42,43,46,47,51} y los conflictos que se presentaron debido a la agresión que sufrieron algunos médicos, alterando la relación médico-paciente⁵².

Se observó que aunque algunos principios y valores éticos eran complementarios, como los principios de solidaridad con deber de proporcionar cuidado, solidaridad con reciprocidad y solidaridad con defensa y derecho a la vida; otros en cambio, entraban en conflicto, como el principio de justicia con igualdad y equidad, lo cual se pudo percibir en el caso de los indígenas, en donde de por sí hay una diferencia notable en cuanto al concepto de salud-enfermedad, en el que están presentes factores históricos y culturales que en la mayoría de las veces no son tomados en cuenta⁴³. Esto se pudo ver también en las pacientes embarazadas, en cuanto a la disposición de recursos se refiere⁴⁷.

Igualmente entraron en conflicto, el principio de autonomía con el de daño, lo cual fue característico de esta pandemia, atendiendo a las restricciones relacionadas con las libertades individuales³⁵⁻⁴⁵ presentes en las leyes que decretaron la cuarentena radical³⁰, limitando la movilización, el cierre de vías terrestres, marítimas y aéreas, además del aislamiento forzado en los casos que daban positivos. Sí bien es cierto que, estas medidas restringieron las libertades individuales entrando en conflicto con el principio de autonomía, las mismas se encuentran amparadas en el primer principio de Upshur⁸, el principio de daño, el cual justifica la acción que tome un gobierno en relación con una enfermedad que afecta la salud pública. Algunos autores^{7,35-39,42,45,53}, mencionan que se pudieron aplicar medidas con menos



Esquema 1. Estrategia de búsqueda de registros académicos.

Tabla 4. Descripción de los artículos analizados.

Autor Principal Año de Publicación	Tipo de estudio	Conflicto, Dilema, o problema analizado.	Principio o valor ético identificado
Alcántara Gustavo. 2021.	Análisis Documental	Desigualdad desde el enfoque de género en las trabajadoras sanitarias	Principios de Justicia, Beneficencia, No Maleficencia, de Dignidad, de Igualdad, de Solidaridad, de Equidad.
Rísquez Alejandro, et al. 2022.	Análisis Documental	Limitada disponibilidad de datos oficiales de morbi-mortalidad. Posible error en los registros.	Principio de Transparencia.
Latouche Miguel. 2020.	Ensayo Crítico	Restricción de la movilización, aislamiento social, limitación de las libertades individuales.	Principio de Daño. Principio de Medios Menos Restrictivo. Principio de Autonomía.
Gotera Jennifer, et al. 2021.	Revisión Sistemática	Limitaciones para obtener datos de morbi-mortalidad, Pruebas, Inconsistencias y contradicciones en datos oficiales recuperados.	Principio de Transparencia.
Forero David, et al. 2020.	Análisis Documental	Subregistros. Poca o limitada información	Principio de Transparencia.
Canelón Agrivalca. 2020.	Análisis Crítico	Restricción de la movilización, aislamiento social, subregistros de datos, limitación de libertades individuales	Principios de Daño, de Medios Menos Restrictivo, de Transparencia y Autonomía.
Vivas Leonardo. 2020.	Análisis Crítico	Restricción de la movilización, aislamiento social, subregistros de datos, limitación de libertades individuales, falta de insumos.	Principios de Daño, Medios Menos Restrictivo, Transparencia, Autonomía, Justicia.
Rondón Roberto. 2020.	Análisis Crítico	Medidas de aislamiento social, Incumplimiento de compromisos Internacionales.	Principios de Solidaridad, Beneficencia, Daño, Medios Menos Restrictivos y Justicia.
Díaz Hugo, et al. 2021.	Análisis Documental	Restricción de movilidad, aislamiento social, consentimiento informado.	Principios de Daño, Medios Menos Restrictivos, Confidencialidad, Responsabilidad, Autonomía, Justicia Social, Confianza e Igualdad.
Arminio Anabela. 2021.	Análisis Crítico	Crisis estructural sanitaria, fracaso del modelo sanitario y crisis por la pandemia de Covid	Principios de Autonomía, No maleficencia, Beneficencia, Justicia, Dignidad, de Defensa de la Vida y la Salud.

Cont. Tabla 4. Descripción de los artículos analizados.

Autor Principal Año de Publicación	Tipo de estudio	Conflicto, Dilema, o problema analizado.	Principio o valor ético identificado
Araujo Juan. 2021.	Análisis Crítico	Conflictos en la relación médico-paciente. Síndrome del médico agredido. Situación Venezolana de violencia intrahospitalaria durante la pandemia por Covid.	Principios de Autonomía. Deber de proporcionar cuidados. Beneficencia y Justicia, Reciprocidad.
Hernández Elizabeth. 2021.	Análisis Documental	Vulnerabilidad de ancianos, etnias, y personal de salud. Sistemas de salud colapsados. Atención médica no Covid. Cierre de consultas. Telemedicina. Relación médico-paciente.	Principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia, Dignidad, Solidaridad, Justicia, Confidencialidad, Igualdad, Proporcionalidad, Equidad
Vizcaíno Gilberto, <i>et al.</i> 2020.	Análisis Documental	Derecho a la vida. Disparidades bioéticas entre países desarrollados y en vías de desarrollo. Poblaciones vulnerables. Tratamientos experimentales. Vacunas.	Principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia, Justicia, Igualdad, Dignidad, Daño y el de Medios Menos Restrictivos.
Urdaneta José. 2022.	Análisis Documental	Telemedicina. Consultas médicas virtuales. Relación médico-paciente. Despersonalización de la relación. Comunicación. Protección de datos.	Principios de Confidencialidad, de Responsabilidad, de Autonomía, de Beneficencia, No Maleficencia, y el de Justicia
Cabrera Carlos, <i>et al.</i> 2020.	Análisis Documental	Embarazo, parto y puerperio. Escasez de recursos. Igualdad en la disposición de recursos. EPP. Vacunas.	Principios de Justicia, Beneficencia, No Maleficencia, Dignidad, Igualdad, y el de Solidaridad.
Esparza José. 2020.	Editorial	Medidas de contención, higiénicas, distanciamiento social. Información. Teletrabajo. Educación a distancia.	Principios de Beneficencia, Justicia, Igualdad, Dignidad, Confidencialidad, Solidaridad, y el de Transparencia.
Vizcaíno Gilberto & Esparza José. 2020.	Análisis Documental	Aislamiento. Restricción a la movilidad. Libertades individuales. Migración descontrolada. Grupos vulnerables. Sistemas de salud frágiles. Investigación.	Principios de Transparencia, Medios Menos Restrictivos, Beneficencia, Equidad, Justicia, Reciprocidad.
Ledezma Doris. 2021.	Análisis Documental	Cambios radicales en educación. Aislamiento. Impacto psicológico y social. Reeducación	Principios de Solidaridad, de autocuidado, Derecho a la vida, Reciprocidad, y Justicia
Da Silva José. 2020.	Análisis Crítico	Temor. Incertidumbre. Medidas de prevención. Cuarentena. Aislamiento. Separación y Exclusión.	Principios de Reciprocidad, Solidaridad, Integridad, Dignidad, de Daños, de Medios Menos Restrictivos, y el de Justicia.
Bastidas Gilberto, <i>et al.</i> 2022.	Artículo de Revisión	Covid en Indígenas. Factores culturales presentes. Diferentes nociones del proceso salud-enfermedad entre los actores. La estigmatización.	Principios de Autonomía, Igualdad, Dignidad, Equidad, Reciprocidad, Justicia.

limitaciones para las personas y las comunidades, tal como lo establece el segundo principio de Upshur⁸ el "principio de medios menos restrictivos".

Otros principios que mostraron conflicto fueron: el de autocuidado y el deber de proporcionar cuidado, el de defensa de la vida y la salud y el deber de proporcionar cuidado, ya que los trabajadores de salud estaban expuestos, no solo a riesgos de contagio mientras desempeñaban sus labores sino también se encontraron expuestos a sufrir lesiones personales, como producto de la situación de violencia intrahospitalaria, que se presentó durante esta pandemia por COVID-19 en Venezuela, lo cual acarreo conflictos en la relación médico-paciente, apareciendo en el contexto el síndrome del médico agredido⁵².

También entraron en conflicto, el principio de daño con el derecho a la vida, con el deber de proporcionar cuidado, con el defensa a la vida, con el de dignidad, y con el de justicia, además, del de justicia social con el de inequidad; esto se pudo advertir en varios artículos que hicieron mención a las disparidades bioéticas observadas al tratar a las poblaciones vulnerables^{7,42,43,46,47}, tales como ancianos, pacientes con discapacidades, con comorbilidades, entre otros. Igualmente, la suspensión de las consultas médicas no COVID^{25,45,46}, dejando a muchos pacientes con enfermedades crónicas sin atención, la escasez de insumos^{37,45,47}, necesarios para la atención de los pacientes, la poca dotación de equipos de protección personal^{40,47}, el acceso a las vacunas^{7,43,47}, en especial a los grupos vulnerables. Bajo estos escenarios, algunos autores^{7,25,40-42,44,46,47,51,52} citaron el dilema ético que se presentó con los principios de beneficencia, de no maleficencia, y de justicia.

En la sociedad actual, en pleno siglo XXI, predominan dos grandes problemas, el primero es la desconfianza que tienen los ciudadanos en las gestiones públicas, y el segundo son las notorias desigualdades sociales e inequidades en salud presentes en la población. Estos dos grandes e importantísimos dilemas afectan seriamente el principio de transparencia; al respecto, varios autores^{24,36,37,40-42,48,49} informan que durante el inicio de la pandemia encontraron limitaciones para acceder a la información oficial, especialmente a los datos de morbi-mortalidad, cifras de casos comunitarios, de casos importados, del número de pacientes recuperados, del número de pruebas realizadas; del mismo modo mencionan que hubo inconsistencias y contradicciones en los datos oficiales⁴⁹, además de señalar que no fue publicada la información sobre el número de pruebas diarias realizadas, para calcular la

tasa de casos positivos y utilizar ese indicador para seguir el comportamiento de la pandemia⁴⁹. Risquez⁴⁸, menciona en su estudio la posibilidad de un subregistro de las cifras oficiales, esto debido a fallas, imprecisiones, problemas de validez y confiabilidad en los procesos de captura de la data; de igual forma otros autores plantean también la existencia de un subregistro, dado al comportamiento de la pandemia en Venezuela, donde se observó un bajo número de casos en comparación con el resto de los países de la región, exceptuando a Uruguay que, igual a Venezuela, también reportó una baja incidencia de morbi-mortalidad^{124,36,37,49}.

Diversos autores^{7,41-43,45,46,52} enfatizaron la importancia de aplicar el principio de justicia de una manera uniforme a todas aquellas personas pertenecientes a los grupos vulnerables, especialmente a los ancianos, a las personas con discapacidades, a las personas con comorbilidades, a los grupos indígenas, a los migrantes, y a las personas sin hogar.

CONCLUSIONES

Los dilemas éticos que se les presentaron a los profesionales y personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Venezuela, para la atención de esta enfermedad, estuvieron estrechamente relacionados con los principios de justicia, autonomía, beneficencia, medios menos restrictivos, daño, transparencia, no maleficencia, igualdad y solidaridad, los cuales fueron citados con mayor frecuencia en los 22 artículos seleccionados, donde se lograron identificar 17 principios éticos. Estos principios se emplearon en una variada gama de escenarios en los que cabe destacar, las medidas de cuarentena radical, las fallas en la dotación de insumos, los equipos de protección personal para los trabajadores de salud, el acceso a las vacunas, los grupos poblacionales vulnerables, la telemedicina, entre otros.

Se encontró también que algunos principios entraban en conflicto; esto se pudo evidenciar cuando se decretaron las medidas de restricción, las cuales limitaron las libertades individuales, afectando el principio de autonomía, aunque dichas medidas estaban justificadas en uno de los principios éticos de la salud pública, el principio de daño. Se enfatizó que bien pudo haberse utilizado otro principio ético aplicable a la salud pública como el principio de medios menos restrictivos.

Otro dilema ético, que se pudo detectar fue el que afectaba al principio de transparencia; a este respecto, se señaló que pudo haber existido un subregistro en las cifras oficiales de morbi-mortalidad;

en parte, porque esta pandemia en Venezuela, tuvo un bajo número de casos a diferencia de sus países vecinos. De la misma manera, el subregistro pudo deberse a fallas, imprecisiones o errores al momento de capturar la data; así mismo, se informó de inconsistencias y contradicciones por parte de los organismos encargados de suministrar la información.

En el contexto de suspensión de consultas médicas no COVID, el acceso a las vacunas, dotación de equipos de protección personal, escasez de insumos, trabas para acceder a los servicios de salud, a las pruebas, además la telemedicina y la dificultad de obtener no solo

el consentimiento informado, sino también mantener la confidencialidad respetando la libertad de privacidad como dilemas éticos, anteriormente mencionados, afectaron los principios fundamentales de autonomía, de beneficencia, no maleficencia, y justicia. Igualmente fueron identificadas diferencias, en cuanto al trato de poblaciones vulnerables, especialmente ancianos, discapacitados, personas en situación de calle, migrantes, entre otros.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42.
- 2) Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand [Internet]. Imperial College London; 2020. [citado 21 de abril de 2023]. Disponible en: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/77482>
- 3) Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/ COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Med Lab*. 2021;24(3):183-205.
- 4) Organización Mundial de la Salud. La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia>
- 5) Smith MJ, Upshur RE, Emanuel EJ. Publication ethics during public health emergencies such as the COVID-19 pandemic. *Am J Public Health*. 2020;110(7):947.
- 6) Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Nuevo coronavirus (nCoV). 16 de enero de 2020. OPS/OMS|
- 7) Vizcaíno G, Esparza J. Perspectiva de los dilemas éticos relacionados con la pandemia COVID-19. *Investig Clínica*. 2020;61(4):393-405.
- 8) Upshur REG. Principles for the Justification of Public Health Intervention. *Can J Public Health*. 2002;93(2):101-3.
- 9) Klugman Ph D CM. Public health principlism. *Online J Health Ethics*. 2007;4(1):4.
- 10) Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *J Med Ethics*. 2020;46(6):364-6.
- 11) Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- 12) Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet Lond Engl*. 2008;372(9650):1661-9.
- 13) Organización Panamericana de la Salud. Panorama de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19 [Internet]. Salud en las Américas. 2022 [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/covid-2022>
- 14) Fothergill A. The stigma of charity: Gender, class, and disaster assistance. *Sociol Q*. 2003;44(4):659-80.
- 15) Maccaro A, Piaggio D, Pagliara S, Pecchia L. The role of ethics in science: a systematic literature review from the first wave of COVID-19. *Health Technol*. 2021;11(5):1063-71.
- 16) Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet Lond Engl*. 2020;395(10231):1225-8.

- 17) Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323(20):2052-9.
- 18) Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382(21):1973-5.
- 19) Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catal Innov Care Deliv*. 2020;1(2).
- 20) White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med*. 2009;150(2):132-8.
- 21) Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress (Joan Mir Tubau y Ester Busquets Alibés) | Institut Borja de Bioètica [Internet]. Bioètica & Debat. 2011; 17(64): 1-7. Disponible en: <https://www.iborjabioetica.url.edu/es/publicacions/recursos/principios-de-etica-biomedica-de-tom-l-beauchamp-y-james-f-childress-joan-mir-tubau-y-ester-busquets-alibes>
- 22) Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. [Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemic: A rapid review & consensus of experts]. *Med Intensiva*. 2020;44(7):439-45.
- 23) Savulescu J, Cameron J, Wilkinson D. Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators. *Br J Anaesth*. 2020;125(1):10-5.
- 24) Forero-Peña DA, Mendoza Millán D, Omaña Ávila ÓD, Daniela Restuccia A, Flora-Noda DM, Maricuto AL, et al. COVID-19 en Venezuela. Experiencia del Hospital Universitario de Caracas. *Gac Med Caracas*. 2020;128(Supl 1): S68-S73.
- 25) Urdaneta J, Baabel N. COVID-19 y auge de las consultas médicas virtuales en Venezuela: aspectos bioéticos. *Gac Méd Caracas*. 2022;130(3):643-58.
- 26) Sánchez L, Montes de Oca M, Stulin I, Blanco G, Silva I, Quevedo J, et al. Pacientes hospitalizados con COVID-19: Recuento de un año de pandemia. | *Gac Méd Caracas*. 2021;129(3):613-624 [citado 3 de mayo de 2023]; Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/22883.
- 27) Sutherland M. Impacto y naturaleza real de las sanciones económicas impuestas a Venezuela. Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos [Internet]. PROVEA. [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://provea.org/wp-content/uploads/2019/05/SancionesSutherland-1.pdf>
- 28) Escalona E. Reflexiones sobre la experiencia venezolana, impacto social y económico, de la pandemia del coronavirus en un mundo globalizado. *SALUD BIENESTAR COLECT*. 2020;4(2):2-9.
- 29) Barráez D, Chirinos A. El impacto económico del COVID-19 en Venezuela: La urgencia del financiamiento externo | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo [Internet]. UNDP. [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/el-impacto-economico-del-covid-19-en-venezuela-la-urgencia-del-financiamiento-externo>
- 30) República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial 6519 Extraordinario. Decreto mediante el cual se declara el Estado de Alarma para atender la emergencia sanitaria del coronavirus (COVID-19). Caracas 13 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.io/venezuela/2020-03-13-gaceta-oficial-6519>
- 31) Vollenweider C. Informe de la ONU sobre el impacto de las sanciones a Venezuela [Internet]. CELAG. 2021 [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.celag.org/informe-de-la-onu-sobre-el-impacto-de-las-sanciones-a-venezuela/>
- 32) Bramer WM, Giustini D, Kramer BMR. Comparing the coverage, recall, and precision of searches for 120 systematic reviews in Embase, MEDLINE, and Google Scholar: a prospective study. *Syst Rev*. 2016;5:39.
- 33) Haddaway NR, Collins AM, Coughlin D, Kirk S. The Role of Google Scholar in Evidence Reviews and Its Applicability to Grey Literature Searching. *PloS One*.
- 34) La Literatura Gris. *Form Univ*. 2011;4(6):1-2.
- 35) Latouche MA. El COVID-19 y la imposición autoritaria. Una lectura desde Venezuela. *Middle Atl Rev Lat Am Stud*. 2020;4(1):76-9.
- 36) Canelón A. El relato de gobierno sobre el COVID-19 en Venezuela: "la emergencia en un país en emergencia". *Más Poder Local*. 2020;(41):39-41.
- 37) Vivas L. Paradojas del manejo del COVID-19 en Venezuela. *Cuad Cendes*. 2020;(104):59-82
- 38) Rondón R. El Covid-19 destapó una crisis mundial. No la provocó. *Educere*. 2021;25(80):97-109.
- 39) Díaz H, Ramírez J, Del Campo D, Cabrera C, Faneite P. Eventos jurídicos por considerar con la pandemia de COVID-19. En: López-Loyo ES, Urbina Medina H, editores. *Academia Nacional de Medicina. Colección Razetti. Volumen 24*. Caracas: Editorial Ateproca C.A; 2020. p. 211-32.

- 40) Martín D, Cabrera C, Faneite P. Consecuencias al trabajador de salud durante la pandemia de la COVID-19: desde lo científico. hasta donde es el riesgo. En: López-Loyo ES, Urbina Medina H, editores. Academia Nacional de Medicina. Colección Rasetti. Volumen 24. Caracas: Editorial Ateproca C.A; 2021. p.317-344
- 41) Esparza J. COVID-19: Una pandemia en pleno desarrollo. Gac Méd Caracas. 2020;128(1):1-7.
- 42) Vizcaino G, Esparza JG. Ethical conflicts in COVID-19 times. J Infect Dev Ctries. 2020;14(09):968-70.
- 43) Bastidas G, Báez M, Bastidas D. Pueblos indígenas suramericanos e interculturalidad en la pandemia de COVID-19. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2022; 20(1): 110-117.
- 44) Arminio A. Venezuela, crisis sanitaria y COVID-19 a la luz de la Bioética. Venez Med Interna. 2021;37(3):159.
- 45) Araujo J. Violación de los derechos humanos en Venezuela: la otra cara de la pandemia. SUMMA Rev Discip En Cienc Económicas Soc. 2020;2:87-115.
- 46) Hernández E. La Medicina y sus Desafíos. La atención médica durante la pandemia. Venez Med Interna. 2021;37(3):81-91.
- 47) Cabrera C, Lozada C, Gómez J, Faneite P. Coronavirus, atención materno-fetal y bioética. En: López-Loyo ES, Urbina Medina H, editores. Academia Nacional de Medicina. Colección Razetti. Volumen 24. Caracas: Editorial Ateproca C.A; 2020. p.211-32.
- 48) Rizques A, Echezuria L, Oletta J, Fernández M. Pandemia y epidemia de COVID-19 en Venezuela y proyección en aplazamiento: subregistro ruralización y exceso de mortalidad, noviembre 2020. Acta Científica. 2022;2
- 49) Gotera J, Linares J. COVID-19. La pandemia en Venezuela. Investig Desarro. 2021;13(1):80-7.
- 50) Ledezma Velásquez DY. Reeducación frente al coronavirus: Asunto de amor y ética. Petroglifos Revista Crítica Transdisciplinar . 2021; 4(1):103-112. Disponible en: <https://petroglifosrevistacritica.org.ve/revista/reeducacion-frente-al-coronavirus-asunto-de-amor-y-etica/>
- 51) Alcántara G. Covid-19 y trabajadoras de salud en Venezuela desde el enfoque de género. EHI. 2021;2(8):46-59.
- 52) Araujo-Cuauro JC. Coronavirus SARS-COV- 2. La pandemia de la estigmatización y la violencia contra el personal médico: una mirada legal.
- 53) Da Silva J. Pandemia, una vuelta al yo soy yo y mis circunstancias. Temas de Comunicación. 2020;(40):126-141.

EL EMBARAZO ADOLESCENTE: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN VENEZUELA.

ADOLESCENT PREGNANCY: A PUBLIC HEALTH PROBLEM AND VIOLATION OF THE RIGHTS OF GIRLS AND ADOLESCENTS IN VENEZUELA.

Gloria Perdomo G¹⁻²

ABSTRACT

The study presented reports on the situation of the rights of adolescents and pregnant girls in Venezuela, with a view to identifying factors and conditions that increase the vulnerability and risks of this population. Considering the conceptual and regulatory framework of the human rights-based approach, situations are recognized and analyzed that qualify as non-compliance with the rights to health, to comprehensive education in sexual and reproductive health, and to the special protection that must be guaranteed to girls and adolescent victims of sexual violence. The study is carried out by analyzing the content of news published in 23 media outlets, recorded during the period from January to August 2023, on a digital platform designed to monitor the situation of the rights of children and adolescents in this country. Among the conclusions, it stands out that early pregnancy in Venezuela almost invariably results from sexual violence, abuse or exploitation and is mainly committed by parents, partners and family members, which is why a comprehensive, intersectoral and coordinated approach is required among institutions and health, protection, and education programs.

KEY WORDS: teenage pregnancy, child rights, sexual abuse, comprehensive sex education.

RESUMEN

El estudio que se presenta informa sobre la situación de los derechos de adolescentes y niñas embarazadas en Venezuela, con miras a identificar factores y condiciones que acrecientan la vulnerabilidad y los riesgos de esta población. En atención al marco conceptual y normativo del enfoque basado en derechos humanos, se identifican y analizan situaciones que califican como incumplimiento de los derechos a la salud, a una educación integral en salud sexual y reproductiva y a la protección especial que debe garantizarse a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. El estudio se realiza mediante el análisis de contenido de noticias publicadas en 23 medios de comunicación, registradas en el período de enero a agosto de 2023, en una plataforma digital diseñada para el monitoreo de la situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Venezuela. Entre las conclusiones destaca que el embarazo precoz en Venezuela resulta casi invariablemente de violencia sexual, abuso o explotación y tiene principalmente como perpetradores a sus padres, parejas y familiares, por lo que se requiere un abordaje integral, intersectorial y coordinado entre instituciones y programas de salud, protección y educación.

PALABRAS CLAVE: embarazo adolescente, derechos de la niñez, abuso sexual, educación sexual integral.

Recibido: 30 de octubre de 2023 Aceptado: 30 de enero de 2024

INTRODUCCIÓN

En América Latina, distintos organismos internacionales coinciden en afirmar que las altas tasas de fecundidad en adolescentes constituyen un problema de salud pública y un verdadero desafío para los países de la región. Los organismos de las Naciones Unidas (ONU) refieren que si bien la tasa de fecundidad en las adolescentes ha venido disminuyendo ligeramente, Latinoamérica destaca con la segunda tasa más alta del mundo, sólo precedida por países de África:

¹Universidad Internacional de La Rioja. ²Red por los Derechos Humanos de Niños, niñas y adolescentes (REDHNNNA).

Gloria Perdomo G. ORCID: 0000-0001-6352-8193

Correspondencia: gloria.perdomo@unir.net

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo la segunda más alta en el mundo, estimada en 66.5 nacimientos por cada 1000 niñas con edades entre 15 a 19 años, y son sólo superadas por África subsahariana¹.

Con datos más recientes, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) informa que la tasa de fecundidad de niñas de 10 a 14 años en esta región para el año 2020, fue estimada en 2,4 y en 52.1 para las adolescentes entre 15 y 19 años de edad².

El embarazo adolescente califica como problema de salud pública por los riesgos que implica e igualmente, debido a las graves repercusiones que tiene en la salud y en el desarrollo de la persona adolescente.

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años. En América Latina se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil³.

Las embarazadas de 10 a 19 años tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades como eclampsia, endometritis e infecciones puerperales (al comparar con las gestantes entre 20 a 24 años), y los bebés de madres adolescentes tienen mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y enfermedades neonatales graves⁴. En un estudio realizado en Colombia, con adolescentes embarazadas fueron reportados "trastornos hipertensivos de los cuales en su mayor frecuencia preeclampsia con hallazgos de severidad (incluido síndrome de HELLP y eclampsia), mayor ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos, corioamnionitis y parto pretérmino"⁵.

Igualmente, se ha establecido una asociación entre la mortinatalidad y la mortalidad neonatal de hijos de madres adolescentes; algunos estudios informan que "51% de los embarazos en adolescentes terminan con nacimientos vivos, 35% en aborto inducido y 14% en aborto involuntario o nacimiento de feto muerto"⁶. Otros estudios advierten sobre mayores riesgos de nacimientos prematuros, bajo peso en el nacimiento y casos de asfixia y futuros problemas de salud en los nacimientos de niñas y adolescentes, lo cual podría atribuirse no sólo a la edad

o al desarrollo físico, sino a variables económicas, sociales y educativas.

Durante varias décadas, en América del Sur, Venezuela ha tenido la más alta tasa de fecundidad en la población de 15 a 19 años, para 2021 se estimó en 81,05 por cada 1000 adolescentes y en 3,05 en las edades de 10 a 14 años de edad⁷. Este indicador de fecundidad en adolescentes en este país, es casi el doble del estimado por ONU para la población mundial.

En Venezuela, distintas condiciones de vida y situaciones de inequidad se identifican como factores de riesgo de los embarazos en la adolescencia, tales como: la posibilidad de acceder a métodos anticonceptivos, la cual está muy limitada en una sociedad que desde hace varios años afronta una emergencia humanitaria compleja⁸. Otros factores que incrementan las posibilidades de embarazos son las barreras culturales, prejuicios y una precaria formación del personal de las instituciones educativas y de salud, que ignoran u omiten su responsabilidad de garantizar el derecho de las y los adolescentes a información sobre el desarrollo sexual humano y en cuanto a servicios y recursos para la prevención del embarazo y planificación familiar, ya que al no tener acceso a información veraz, se preservan y escalan la ignorancia, los tabúes y los mitos sobre la sexualidad, con lo que se favorece la desinformación, los comportamientos de exposición a riesgo y la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes.

La violencia de género, el abuso sexual y la pertenencia a poblaciones de bajos ingresos o grupos vulnerables, incrementan los riesgos de esos embarazos no deseados, o más propiamente, de embarazos forzados. La mayoría de estos embarazos resultan de distintas formas de violencia que son frecuentes, y que han sido calificadas como "pandemia" oculta, invisible, pero no por ello menos lesiva o extendida:

"Un informe de la OMS de 2020 estima que 120 millones de niñas menores de 20 años han experimentado alguna forma de contacto sexual forzado. Este abuso está profundamente arraigado en la desigualdad de género; afecta más a las niñas que a los niños, aunque muchos niños también se ven afectados"⁹.

En este estudio se propone la identificación de distintas formas de violencia y vulneración de derechos asociadas a los embarazos de niñas y adolescentes en Venezuela, conjeturando que, en su mayoría, resultan de privaciones, abuso y explotación a las que ha sido

sometida la población. Desde el enfoque basado en derechos humanos, se analiza la situación de los derechos de la población adolescente a la salud, a una educación sexual y reproductiva orientada a prevenir y proteger a esta población de embarazos, daños y riesgos a su salud y se examina el cumplimiento de las obligaciones de brindar protección especializada para promover la plena recuperación de quienes han sido víctimas de violencia sexual.

Referentes teóricos y normativos.

El enfoque basado en derechos humanos ha sido afirmado por la ONU promoviendo que, los principios y normas de derechos humanos, estén presentes en todos los programas de cooperación y en las directrices de planificación y desarrollo de las acciones que se realizan en los países:

"Antes de 1997, la mayor parte de los organismos de desarrollo de las Naciones Unidas adoptaban un enfoque basado en las necesidades básicas (...) Ahora, el UNFPA y sus asociados trabajan en pro del cumplimiento de los derechos de las personas, en lugar de la satisfacción de las necesidades de los beneficiarios. Es importante hacer esta distinción porque las necesidades no atendidas conducen a la insatisfacción, mientras que los derechos que no se respetan derivan en su violación. Legalmente es posible reclamar la compensación o la reparación" ¹⁰.

Esta normativa establece un giro muy relevante en las políticas, planes y programas de investigación o de intervención social, cuestionando enfoques asistencialistas, meramente reactivos ante necesidades o déficits, para exigir que los principios y normativas de Derechos Humanos (DDHH) se establezcan como directrices y objetivos del desarrollo. En materia de salud pública, este requerimiento se traduce en una demanda de acceso universal a servicios de salud de calidad, integrales, preventivos y garantes de la salud, entendida como "el más completo bienestar integral, físico, mental y social" tal como lo afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde su constitución en 1946.

El enfoque de derechos humanos se sustenta en la Carta de las Naciones Unidas (1945)¹¹, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)¹², y en los tratados internacionales de Derechos Humanos aprobados ante la Asamblea General de ONU y ratificados por los Estados para garantizar la dignidad y derechos de todas las personas. Entre esas importantes normativas internacionales están el Pacto Internacional

de Derechos Civiles y Políticos (1966)¹³, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)¹⁴, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994)¹⁵, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989)¹⁶, y otras normativas aprobadas y ratificadas por los Estados como imperativos exigibles. En cada una de ellas se consagran derechos y garantías (obligaciones de hacer, prohibiciones) por los cuales los Estados deben rendir cuentas sobre su cumplimiento.

Al adoptar este enfoque basado en derechos, se requiere que los planes, políticas y acciones superen la primacía tecnocrática y asistencialista, en un doble sentido: por una parte, afirmando que toda institución, programa o actividad tienen como prioridad el efectivo cumplimiento de los derechos; es decir, el foco es identificar los derechos o garantías incumplidas y las acciones se centran en materializar las garantías de salud, educación, seguridad y protección, atendiendo a los principios de no discriminación, participación, acceso universal y plena inclusión en programas y servicios de calidad. Por otra parte, se afirma la condición de las personas como "sujetos de derechos", esto es, en lugar de concebir que son "población blanco", "objeto de atención" o "pacientes beneficiarios", se respeta su condición como seres humanos, merecedores de dignidad y portadores de derechos humanos, en cualquier situación o contexto.

En este sentido, toda investigación o programa basado en el enfoque de derechos humanos, tiene como sustento ético y doctrinario una convicción sobre la capacidad de todos los seres humanos de ser protagonistas y sujetos de su propio desarrollo. En todos los casos, el Estado y las instituciones tienen obligaciones que cumplir para la protección, respeto y garantía de estos derechos.

Desde esta perspectiva, las niñas y las adolescentes se reconocen como sujetos de derechos humanos lo que obliga a redefinir concepciones y prácticas tradicionales, dirigidas por visiones autoritarias, con normativas y rutinas institucionales que niegan la participación en los procesos de atención. De este modo, se exige al Estado que se garantice a toda niña y adolescente el acceso a programas y servicios educativos y de atención en salud, sin que esta obligación pueda ser menoscabada por requisitos, lapsos o normativas excluyentes; por ejemplo, los servicios de salud debe brindarles la atención que solicitan o requieren, sin restringir esta atención a la presencia de un adulto con capacidad para representarles. Los Tratados internacionales de derechos

humanos y también la legislación interna, con base a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su Artículo 78¹⁷ y la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)¹⁸ consagran como obligaciones específicas del Estado, el respeto, protección y cumplimiento de todos los derechos de esta población.

Ciertamente, la defensa y ejercicio de derechos de esta población resulta controversial y difícil de aceptar en sociedades que, tradicionalmente, conciben a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como incapaces, "menores" o "inhábiles", desconociendo que son seres humanos completos en cada etapa de su desarrollo y quienes, a medida que avanza su desarrollo evolutivo, tienen capacidad y derecho a participar y para formarse como sujetos corresponsables de la vida social. Entre los cambios que impone el enfoque de derechos, está la normativa sobre el deber de las autoridades públicas de generar espacios y mecanismos para que NNA puedan presentar directamente, sin adultos representantes, las solicitudes, pedimentos y denuncias que requieran, tal como lo consagra la Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 12¹⁶ y el deber de estas autoridades de atender la petición y brindarles respuesta, como lo dispone la LOPNNA en su Artículo 85¹⁸.

El análisis realizado en este estudio utilizó como marco normativo y conceptual el enfoque basado en los DDHH y garantías consagradas en los Tratados Internacionales de DDHH, y en la legislación nacional. Desde esta perspectiva, y sin pretensión de exhaustividad, los datos recabados permiten reconocer si en la información registrada se evidencia el cumplimiento de la normativa legal aplicable o si, por el contrario, se identifican vulneraciones de derechos humanos. Este análisis tiene como guía las siguientes interrogantes: 1) ¿Se vulneran derechos? 2) ¿se incumplen garantías a las que están obligados los responsables de la protección? ¿se omiten obligaciones, hay actuaciones que puedan calificar como negligencia en los casos conocidos? y 3) ¿Qué medidas o actuaciones deberían ser implementadas para la efectiva realización de ese derecho?

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

Para el análisis de la situación de los derechos de niñas y adolescentes embarazadas, el requerimiento metodológico planteado fue la búsqueda y exámen de datos cuantitativos, que permitiera obtener información sobre la evolución de algunos indicadores para realizar un análisis comparativo por entidades federales del país y entre países o regiones del mundo. Sin embargo; la

República Bolivariana de Venezuela no ha reportado estadísticas de epidemiología y salud actualizadas y con la periodicidad necesaria para efectuar este proceso de análisis. De hecho, el último Anuario Estadístico publicado correspondió al año 2016; por tanto, solo se tuvo acceso a información sobre algunos datos comunicados por instituciones públicas u organismos internacionales, sobre ciertos indicadores correspondientes a unos pocos períodos.

Dada esta restricción, se optó por desarrollar un estudio desde el paradigma de la investigación cualitativa, sin pretender una medición del problema de estudio, ni una estimación de tendencias; no obstante, se procuró una caracterización de distintas vulneraciones de derechos que pueden ser asociados a los embarazos de niñas y adolescentes, y con base al conocimiento de situaciones relativamente recientes, o postpandemia, tener una descripción sobre su realidad presente en Venezuela.

Entre las distintas alternativas que ofrecen los métodos cualitativos, se seleccionó el método del análisis de contenido, para estudiar el problema recabando información contenida en noticias sobre embarazo de adolescentes difundidas en medios de comunicación de distintos territorios del país.

Como fuente de información, se utilizó la Plataforma DEEP destinada al monitoreo sobre la situación de los DDHH de la niñez y la adolescencia, la cual ha permitido contar con informes periódicos elaborados por la Red sobre los Derechos Humanos de Niños, Niñas y Adolescentes (REDHNNA) en el marco del plan de trabajo CECODAP - UNICEF Venezuela, quienes mensualmente sistematizan la información procedente de noticias y otras publicaciones en un promedio de 22 medios de comunicación de todas las entidades federales del país¹⁹. Esta Plataforma constituye una base de datos que registra noticias sobre 117 categorías asociadas a derechos humanos de la niñez. Cada una de las noticias reportadas está debidamente referenciada con su correspondiente Localizador de Recursos Uniforme (URL). El análisis de contenido realizado utilizó como fuente, los datos secundarios registrados en la categoría "Salud: Embarazo Adolescente". La autora del presente estudio forma parte del equipo de investigación de REDHNNA y fue autorizada para realizar y publicar el presente estudio.

Fue seleccionado el período enero-agosto de 2023 y la búsqueda y el análisis de contenido de las noticias estuvo orientada a reconocer situaciones que calificaban como negligencia, omisiones, y propiamente,

violación de derechos de las niñas y adolescentes, diferenciando daños, condiciones y riesgos que inciden en la vulnerabilidad de esta población.

A partir de los datos recabados, se realizó un procesamiento de clasificación de los mismos, según tipo de derechos vulnerados, garantías incumplidas y daños o consecuencias, procurando identificar responsables u obligados a la protección debida; es decir, aplicando categorías de análisis propias del enfoque basado en derechos, para el estudio e interpretación de la información disponible. Finalmente presentamos la exposición de los hallazgos y las conclusiones u orientaciones que derivan del análisis realizado.

HALLAZGOS

Durante el período examinado fueron recabadas informaciones sobre la categoría "embarazo adolescente" en 10 entidades federales del país con 18 situaciones descritas que están sintetizadas en la tabla 1.

Con estas informaciones, se observó que en trece de los registros (72%), se identifican hechos de violencia que causan daños a la dignidad y la integridad personal de niñas y adolescentes; en la mayoría de estos casos, la persona responsable de esa violencia, es el padre, padrastro, otro familiar o la pareja de la niña o adolescente víctima. De acuerdo a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia²⁰, nueve situaciones tipifican como violencia contra la mujer, incluida una referida a la explotación sexual comercial en la que el delito es cometido por la madre y la hermana de la niña víctima. Además, varias de las noticias reseñadas, que describen la situación de salud de adolescentes embarazadas, son indicativas de los daños y riesgos a los que están expuestas las niñas y adolescentes.

Tres tipos de vulneración de derechos fueron identificados en los casos examinados, que señalamos a continuación:

1) Incumplimiento de los derechos y las garantías de protección que el Estado debe asegurar para niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales.

El Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)¹⁶ establece el deber de las autoridades del Estado de adoptar todo tipo de medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al NNA contra cualquier forma de daño o abuso, trato negligente, malos tratos o explotación, e incluye la protección contra el abuso sexual.

En las noticias correspondientes al período seleccionado, se informa sobre actuaciones policiales, del Ministerio Público o un tribunal penal, la detención y acusación penal o sanción de los responsables de los delitos y la protección legal de la víctima. Se pudo observar que en todos los casos registrados se reporta sobre el cumplimiento de las garantías legales, pues en cada noticia hay información sobre sentencias judiciales o detenciones, documentando acceso a la justicia con actuaciones públicas para detener y sancionar a los perpetradores, incluidos padres y familiares. Estos datos pueden ser indicativos de una actuación ajustada a lo previsto en la Ley. Son acciones que parecen promovidas o respaldadas por la campaña denominada "Pedofilia es Crimen", en la que el Ministerio Público difunde mensajes institucionales de repulsa a este delito.

Como resultado de esta iniciativa, la Fiscalía informó que ha alcanzado la cifra de 2.317 personas adultas imputadas y 1.355 condenadas por el delito de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, entre agosto 2022 y el primer semestre de 2023²¹. Aunque en la información recabada en este estudio no se logra conocer sobre indicadores sobre el cumplimiento de los lapsos o procedimientos consagrados en la normativa legal, los registros refieren actuaciones orientadas a la persecución del delito y a la sanción de las personas, atendiendo al debido proceso para las personas señaladas como responsables de violencia contra niñas y adolescentes.

Sin embargo, el mandato de la CDN no se limita a la protección sólo en lo sancionatorio, sino que impone al Estado el deber de cumplir además, con otro tipo de medidas, como las sociales, de salud, o educativas, para garantizar una protección que debe ser integral, inmediata y apropiada, en el sentido de atender las necesidades específicas de resguardo de estas víctimas, para asegurar la mitigación o reparación del daño causado y evitar la repetición de estos hechos. Al respecto, ninguno de los registros recabados, en los casos de violencia sexual, documenta sobre actuaciones o procedimientos para resguardar a las víctimas, garantizar su integridad psíquica, su seguridad y la atención de la emergencia protegiendo su intimidad, o sobre medidas sanitarias y de protección a su salud y bienestar físico y psicológico.

Los contenidos de las noticias que se comunican, al no indicar estas acciones, pueden revelar omisión o negligencia, desatención en salud, incumplimiento de las obligaciones de protección inmediata a niñas y adolescentes especialmente vulnerables, además por su condición de embarazadas. Una posible explicación sobre la no referencia a estas medidas en las notas que

Tabla 1. Información sobre situación asociada al embarazo por entidad federal. Período enero-agosto, 2023. Venezuela.

Entidad federal	Situación asociada al embarazo	Medidas adoptadas
Portuguesa	Embarazada por abuso sexual de su cuñado con quien había quedado sola en la vivienda familiar (27 años) La niña (11 años) fue atendida en el ambulatorio por dolor estomacal y vómitos, al examinarla se comprobó el embarazo.	Agresor sentenciado a 15 años de prisión
Falcón	El padre de la adolescente (16) abusó sexualmente de su hija diagnosticada con autismo y la embarazó.	El hombre fue sentenciado a 14 años y 8 meses de prisión.
Carabobo	El padrastro abusaba sexualmente de la adolescente (15), la tenía bajo amenaza y la dejó embarazada.	Fue detenido y presentado ante la Fiscalía
Miranda	Niña (11) sometida a explotación sexual por su madre y su hermana adulta quienes recibían dinero de un hombre quien abusaba de la niña y la dejó embarazada.	Detenidas la madre y la hermana de la niña embarazada
Falcón	Detectan casos de adolescentes embarazadas (12 a 17) con enfermedades sífilis y VIH que repercuten directamente en la salud de los bebés.	En el hospital Rafael Calles Sierra son atendidas en salud.
Falcón	Una niña de 11 años tiene 22 semanas de embarazo	La niña es tratada en la consulta de alto riesgo obstétrico en el Hospital.
Falcón	De 56 embarazadas adolescentes, 26 están en nivel 1 de alto riesgo obstétrico, 16 en nivel 2. 28 son adolescentes entre 12 y 14 años.	Reciben asistencia de una adolescentóloga, en el programa de nutrición y son inmunizadas después de las 20 semanas de gestación
Lara	Dirección de Salud de Lara advierte sobre el incremento de abortos practicados por adolescentes embarazadas (15 a 19) “en su mayoría con complicaciones que las llevan a la muerte”.	
Barinas	Una joven embarazada de 16 años ingresó al Hospital Materno Infantil Samuel Darío Maldonado, presentando un fuerte dolor abdominal y un cuadro febril producto de la ingesta de una sustancia desconocida. Había ingerido una pastilla que su pareja había comprado porque no querían procrear.	Funcionarios policiales detuvieron a la joven y a su pareja por infanticidio.
Bolívar	El joven junto a su madre le practica un aborto a su pareja adolescente embarazada (16)	La adolescente no fue llevada a un centro de salud
Cojedes	La adolescente de 14 ocultó el embarazo a su familia, tuvo al bebé en secreto y golpeó al recién nacido y lo lanzó al monte donde unos perros lo encontraron y le devoraron una pierna y murió.	La adolescente fue llevada al Hospital por el sangramiento; allí intervino el Consejo de Protección.
Carabobo	Adolescente (15) en estado de gestación sufre politraumatismos al ser arrollada por un vehículo	
Bolívar	Una adolescente embarazada (15) se trasladaba en una moto con su pareja cuando los embistió un vehículo.	Su pareja de 17 años murió y ella fue atendida en el Hospital.
Vargas	Dos adolescentes sostuvieron una pelea en las cercanías de la Unidad Educativa en La Guaira. Una de las adolescentes (14) estaba embarazada.	La embarazada quedó hospitalizada.
Delta Amacuro	Una adolescente (16) sufre pérdida del feto al recibir la agresión de su pareja de 17 años.	Detención del adolescente agresor
Vargas	En lo que va de 2023, 3 de cada 10 embarazos son de personas adolescentes (12 a 17).	Dos hospitales realizan campañas en centros educativos y colocan anticonceptivos tipo “Implanon”.
Vargas	La abuela denuncia que su nieta ha sido abusada sexualmente cuando en el ambulatorio fue examinada y se comprueba que tenía entre 31 y 32 semanas de gestación. La abuela denunció que el hombre se llevaba a la niña a un cuarto de la vivienda y la violaba bajo amenaza de muerte. Este hombre fue también acusado ante la policía por haber abusado de su hijastra.	La adolescente embarazada fue atendida por los médicos. El agresor fue detenido por la policía.
Portuguesa	Un hombre discute con su hija (16), embarazada de cinco meses. El hombre golpea y lesiona con sus puños a la joven, y luego procedió a quemarla con un hierro que se utiliza para marcar ganado.	Detención del agresor.
Nacional	Informan sobre reducción de la tasa de embarazo en adolescentes. “La reducción es de 14,3 % si se compara con la tasa de 96,2 de nacidos vivos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, en el año 2000. Y es de 82 por cada 1000 mujeres, en 2022”.	Esta disminución se asocia a subregistro y al deterioro de los ingresos económicos.

difunde la prensa, podría ser que estas informaciones no son "noticiosas", y no aparecen o se divulgan, porque se presume que no son asuntos por los que la comunidad exprese interés o sensibilidad: pero si efectivamente la actuación pública se restringe a lo punitivo, las situaciones pueden ser calificadas como negligencia y omisión, incrementando los riesgos y la vulnerabilidad de estas niñas y adolescentes víctimas.

En casos de violencia sexual, además de la protección policial o la actuación judicial, es prioritaria la actuación de los Consejos Municipales de Protección, órganos con competencia para dictar medidas de protección a las niñas y adolescentes víctimas. La LOPNNA, en su artículo 158, atribuye a los Consejos de Protección la competencia de asegurar la protección de NNA en caso de amenaza o violación de sus derechos¹⁸. Las medidas que imponen los Consejos de Protección son de obligatorio cumplimiento y están dirigidas a garantizar las diversas necesidades y los requerimientos de protección que, en cada caso particular, puedan tener las víctimas; esto es, desde la atención inmediata por servicios de salud, los primeros auxilios psicológicos, hasta programas sociales y económicos para atender a las situaciones de precariedad o inseguridad alimentaria que puedan estar afrontando las víctimas y sus familiares.

Entre esas medidas y acciones, están los programas o acciones de prevención, para impedir la revictimización o el escalamiento de la situación de violencia que ha ocurrido; en cuanto a esto último, los organismos que trabajan en situaciones de emergencia humanitaria, establecen como directriz, conocer normas sociales y prácticas culturales que deban ser consideradas para evitar nuevas lesiones o amenazas a las víctimas:

*"Las mujeres y niñas que revelan la violencia sexual pueden estar en alto riesgo de sufrir violencia adicional o daños por parte de los perpetradores, personas que protegen a los perpetradores o sus propios familiares, debido a nociones de "honor" familiar. Las niñas adolescentes solteras y las mujeres solteras también pueden, muy en especial, correr el riesgo de violencia por parte de los familiares y los integrantes de la comunidad debido a las normas relacionadas con la virginidad y la pureza y el valor de la mujer"*²².

Son múltiples, diversas y muy necesarias las medidas que corresponde imponer a los Consejos de

Protección, para lo cual, deben contar con programas, servicios e instituciones en las que se puedan cumplir las medidas que adopta. Pero también, es imprescindible que los Consejos de Protección dispongan de personal y recursos para asegurar su funcionamiento inmediato, accesible y de calidad, garantizando la protección que requieren las niñas y adolescentes afectadas. No se dispone de información actualizada sobre la capacidad administrativa y presupuestaria de los Consejos de Protección en el país, pero algunos estudios realizados informan sobre municipios en los que no están en funcionamiento, y de una importante cifra de estos órganos que trabajan con recursos menguados y muchas limitaciones²³.

En consecuencia, una medida institucional, administrativa y presupuestaria que debe adoptar el Estado en Venezuela, es garantizar el adecuado y pleno funcionamiento de los Consejos Municipales de Protección en cada municipio del país, con personal y recursos suficientes para cumplir la normativa establecida en la LOPNNA en cuanto a su funcionamiento 24 horas por siete días de la semana, para atender a la emergencia social del abandono, negligencia, abuso o explotación de NNA.

2) Vulneración del derecho a servicios de salud y forenses especializados en la atención integral de niñas y adolescentes víctimas de abuso o explotación sexual.

La CDN obliga a los Estados Parte a adoptar "*medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso*"¹⁶; el Artículo 39 de la CDN se refiere no sólo a la atención psicológica de la niña o adolescente en el momento de la emergencia, o a su resguardo físico para detener la amenaza o agresión, sino que específicamente demanda una atención en materia de salud, con la calidad requerida y mediante servicios especializados para la atención de esta población. Es decir, los servicios forenses deberían contar con espacios, recursos y protocolos específicos para la atención de la población de niñas y adolescentes, con condiciones y procedimientos que aseguren su protección respetando su condición de persona en proceso de desarrollo, con dignidad y derechos.

Estas exigencias legales se imponen porque la atención integral a una niña o adolescente embarazada tiene unos requerimientos especiales, y debe ser integral. Una asistencia médica, con personal calificado,

exámenes y recursos que permitan diagnosticar y atender prontamente los riesgos de salud que puedan ser asociados al embarazo, y las lesiones o daños que puede tener la víctima de una situación de abuso o explotación sexual (enfermedades de transmisión sexual, heridas internas u otros daños, identificando aquellos que no se manifiestan con dolor). Pero también es imprescindible brindar una asistencia especializada a las características propias del grupo de edad, y ajustada a las demandas específicas de atención de quienes son víctimas de violencia de género: en este sentido, la atención debe ser necesariamente integral, inclusiva e individualizada, garantizando asistencia psicológica, orientación familiar, protección familiar, apoyo económico, social y educativo.

En la oferta de servicios institucionales que brinda el Estado venezolano, no es posible identificar programas o centros especializados para la atención interdisciplinaria a niñas y adolescentes víctimas de abuso y explotación sexual. Las adolescentes embarazadas acuden a las instituciones de salud en las que reciben asistencia médica con los recursos y condiciones precarias de los hospitales públicos, tal como ha sido examinado en los informes de monitoreo del derecho a la salud:

*"La profunda pérdida de capacidades institucionales, financieras y operativas en el sistema sanitario público también envuelve a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, incluyendo una escasez de anticonceptivos que alcanzó 61,7% hasta marzo 2022. De igual manera ha afectado a las maternidades y a los centros obstétricos que, hasta marzo 2022, reportaban un 62% de servicios inoperativos o con graves fallas, ocasionando que 55,8% de las embarazadas no pudiera recibir una atención obstétrica adecuada, con mayores riesgos para la salud de las adolescentes, quienes representaban un 24,7% del total de embarazadas"*²⁴.

La falta de recursos o la inadecuada atención en salud que requieren las víctimas de abuso y explotación sexual califica como vulneración de los derechos y garantías consagrados en la CDN¹⁶ y en la LOPNNA (Artículos 33 y 34)¹⁸. En esta normativa, la exigencia es de atención integral con énfasis en la atención sanitaria, psicológica, social y de fortalecimiento familiar; debido a que para una adolescente con autismo que fue embarazada por su padre, o una niña de 11 años que quedó embarazada al ser sometida a explotación sexual por su madre y hermana, no es suficiente el control

médico de su embarazo o la adecuada atención del parto; su integridad personal, su desarrollo y salud integral requiere de programas especializados en la atención integral de estas situaciones, que son ilustrativas de la complejidad propia del embarazo adolescente y del abuso infantil en la realidad venezolana.

3) Negación del Derecho a la Salud sexual y reproductiva

En este estudio se conoció en el estado Falcón sobre el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, e incluso niñas gestantes; en el estado Lara, una autoridad pública expresó su preocupación ante el incremento de abortos en condiciones de riesgo; ambas situaciones que pueden ser indicativas de la ausencia o fracaso de programas de educación sexual.

Los diagnósticos realizados en América Latina coinciden en afirmar que el inicio de la actividad sexual puede ocurrir antes que las adolescentes reciban información sobre cómo evitar un embarazo o sobre los riesgos de enfermedades:

*"Toda política de prevención del embarazo infantil deberá comenzar por instalar programas de educación sexual integral. Las niñas y adolescentes necesitan estar informadas y capacitadas para rechazar las caricias o aproximaciones sexuales no deseadas; prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, así como empoderarse para poder desarrollar su sexualidad libremente y sin riesgos"*²⁵.

En las estadísticas estimadas por ONU, Venezuela es identificada como uno de los países que tiene las más altas tasas de natalidad en adolescentes. Se presume que una cifra considerable de esos embarazos y nacimientos no son planificados, no son las niñas y adolescentes quienes desean un embarazo, y no se cuenta con información para conocer la cobertura o calidad de los programas de educación sexual anunciados por algunas autoridades públicas.

Tampoco se conoce sobre programas y servicios para la orientación y debida atención de estos embarazos en edad temprana, para reducir la mortalidad materna o los riesgos de abortos inseguros. Entre los datos recabados se registró un caso de violencia brutal con el infanticidio por parte de una parturienta adolescente en el estado Cojedes, en la que hubo intervención del Consejo de Protección forense, cuando ya había muerto

el hijo de esta parturienta. Son casos complejos en los que la falta de servicios y programas de protección, educativos o de salud pueden conducir a daños irreparables.

Es posible suponer que son situaciones que ocurren, por la ausencia o una precaria educación en salud sexual y reproductiva; es decir, porque no se han cumplido las normativas legales que exigen la debida formación de las adolescentes en salud sexual y reproductiva, y esta inobservancia de la Ley, no es un asunto formal o burocrático, sino que tiene repercusiones en la integridad y salud de personas que, por ignorancia y falta de una debida orientación, pone en riesgo su vida y la de sus hijos. El aporte de la educación es fundamental, y puede hacer la diferencia entre arriesgar la vida, por desconocimiento o analfabetismo sanitario (al confiar en mensajes con información errónea), o tener capacidades para decidir lo apropiado para la salud propia y la de las otras personas.

La LOPNNA¹⁸ establece las obligaciones que tiene el Estado de garantizar servicios de salud "gratuitos y de la más alta calidad" (Artículo 41) y el derecho de NNA a recibir información y educación en materia de salud y específicamente en salud sexual y reproductiva (Artículo 43). Esta Ley consagra los derechos y garantías para su efectiva realización:

Artículo 50. Salud sexual y reproductiva. *Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y educados o educadas, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos.*

"El estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños, niñas y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños, niñas y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los y las adolescentes mayores de catorce años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios"¹⁸.

La consideración de la niña o adolescente como persona, sujeto de derechos humanos, sustenta este mandato legal, que exige garantizar el acceso de las niñas y adolescentes a servicios de salud sexual y

reproductiva, estableciendo las condiciones y criterios de calidad de esos servicios y programas. Es inequívoca la obligación que tiene el Estado de implementar programas educativos y sanitarios sustentados en información veraz, orientadora y no prejuiciada, con medios y contenidos adecuados al nivel de desarrollo de NNA. El propósito es promover sus capacidades para asumir en forma responsable e informada, decisiones apropiadas para una conducta sexual saludable y formar para que puedan prevenir la violencia sexual o para solicitar protección cuando lo requieran.

En este sentido, una visión tradicional y restrictiva limitaría esta información a medidas de higiene o control para la prevención de enfermedades; pero como es ampliamente aceptado, la salud debe ser entendida desde una perspectiva integral, preventiva y promotora de desarrollo, con lo que la información y educación para la salud debe ser mucho más amplia, referida a factores psicosociales, valores, normas culturales y sociales, que fomenten comportamientos saludables, autonomía y criterios apropiados para identificar riesgos, amenazas y oportunidades de desarrollo.

Los servicios y programas de salud sexual y reproductiva deben existir en todas las localidades para que puedan ser accesibles; pero además la LOPNNA establece el cumplimiento de los derechos de confidencialidad, y de respeto a la intimidad y privacidad de los NNA atendidos en los servicios. Son garantías cuyo cumplimiento es difícil de evaluar, porque sería necesario tener una percepción del punto de vista de los NNA atendidos en los servicios en cuanto a si se solicita su opinión, o si percibe que su criterio fue consultado o respetado, si se le solicitó su consentimiento con información suficiente y comprensible.

En los servicios de salud se requieren indicadores de calidad para estimar si estas garantías están siendo cumplidas, si los profesionales han recibido la formación especializada para este desempeño, en los programas de educación en salud sexual, que deben realizarse en centros sanitarios, centros educativos o en servicios y programas de protección.

CONSIDERACIONES FINALES

Con el estudio realizado se conoció que la mayoría de las noticias recabadas en el período enero-agosto, 2023 sobre embarazos adolescentes en Venezuela, están referidas a embarazos forzados, que resultan de violencia sexual. En 72% de los registros se identifica a familiares directos como perpetradores de abuso sexual.

Al examinar las capacidades institucionales para la atención de estas situaciones, se observó el énfasis en la respuesta punitiva, policial, ante los delitos cometidos, pero no hay información suficiente para evidenciar la existencia o calidad de la atención en salud y la debida protección de las víctimas en estos casos. Si bien, la impunidad y la negligencia en la persecución del delito son factores muy relevantes para reducir o erradicar estos crímenes contra niñas y adolescentes, el análisis destaca lo precario e incipiente de la implementación de medidas y acciones para la protección integral de las víctimas, priorizando la atención inmediata de las niñas y adolescentes, con la necesaria atención en salud (física y psicológica), la oportuna asistencia para mitigar el daño causado y las medidas de protección integral para su apropiada y plena recuperación.

Desde un enfoque de derechos humanos se verifican vulneraciones de los derechos a la salud, al acceso a servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva, de las garantías a recibir

protección integral cuando una NNA es víctima de violencia y de los derechos de participación, respetando la condición de esta población como titulares y sujetos de derechos humanos. Se evidenció que la reducción de los embarazos adolescentes no deseados y la erradicación de la violencia sexual contra NNA requiere del cumplimiento de la normativa legal sobre salud reproductiva haciendo efectiva la implementación de planes y programas por parte de las instituciones de salud, educación y de la institucionalidad del Sistema de Protección de NNA.

Las realidades de los embarazos adolescentes productos de violencia sexual no están siendo suficientemente conocidas, ni adecuada o integralmente atendidas. Con los datos analizados se concluye la importancia de la formación en el conocimiento y aplicación de la normativa de DDHH de la niñez por parte de educadores, comunicadores sociales y del personal de las instituciones del Estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington D.C., EEUU). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34853>
- 2) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). CEPALSTAT. Base de Datos y Publicaciones Estadísticas. Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>
- 3) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). América Latina y el Caribe. Que hacemos. Embarazo Adolescente. 2023. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>.
- 4) Organización Mundial de la Salud OMS. Datos y Cifras. Embarazo en la adolescencia. 15 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 5) Ortiz Martínez RA, Otalora Perdomo MF, Muriel Delgado AB, Luna Solarte DA. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Rev. chil. obstet. ginecol. 2018;83(5):478-486. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>.
- 6) Mendoza T L A, Arias G M, Mendoza T L I. Hijo de madres adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev chil. obstet. ginecol. 2012; 77(5):375-382. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>.
- 7) World Health Organization. The Global Health Observatory. Adolescent birth rate (per woman). 2023. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/adolescent-birth-rate-\(per-1000-women-aged-15-19-years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/adolescent-birth-rate-(per-1000-women-aged-15-19-years)).

- 8) Civilis Derechos Humanos AI/ Venezuela: Una emergencia que sigue precisando asistencia. Emergencia Humanitaria Compleja. 19 de agosto 2022. Recuperado a partir de: <https://www.civilisac.org/emergencia-humanitaria-compleja/ai-venezuela-una-emergencia-que-sigue-precisando-asistencia>
- 9) Organización Mundial de la Salud. Global Status Report On Preventing Violence Against Children. 18 de junio 2020, Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191>
- 10) Fondo de Población de las Naciones Unidas. El enfoque basado en Derechos humanos. 2023. Recuperado a partir de: <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>
- 11) Naciones Unidas. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional. Carta de las Naciones Unidas. 1945. San Francisco. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/un-charte>
- 12) Organización de Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre 1948, 217 A(III). Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32html>
- 13) Organización de las Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 999, p. 171. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>
- 14) Organización de las Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 993, p. 3. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html>
- 15) Organización de Estados Americanos (OEA). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém do Pará". Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.htm>
- 16) Organización de Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Resolución 44/25, Convención sobre los Derechos del niño. 20 de noviembre de 1989. Disponible en: https://www.plataformadeinfancia.org/derechos-de-infancia/convenccion-derechos-del-nino/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw57exBhAsEiwAaIxaZniSkTnuj9daz8xamD5NsqetY8K2TOE_nCg85ido9yTFdqNTokEjyxoCSAsQAvD_BwE
- 17) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.908 Extraordinario, 19 de febrero de 2009.
- 18) Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica para la Protección de niños, niñas y adolescentes. Gaceta Oficial N° 6185 8 de junio 2015.
- 19) Red por los Derechos Humanos de Niños, Niñas y Adolescentes. 27 de sept.2023. Disponible en: <https://www.redhnaa.org/noticias/informe-somos-noticias-violencia-la-negligencia-es-el-principal-factor-de-las-muertes-de-los-ninos-ninas-y-adolescentes-en-venezuela>
- 20) Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial No. 40.548 de fecha 25 de noviembre de 2014.
- 21) El Nacional (7 de junio de 2023) [Internet]. El Ministerio Público contabiliza 7.165 casos de abuso sexual contra menores de edad desde agosto 2022. Recuperado a partir de: <https://www.elnacional.com/venezuela/el-ministerio-publico-contabiliza-7-165-casos-de-abuso-sexual-contra-menores-de-edad-desde-agosto/>
- 22) Comité Directivo del Sistema de Gestión de Información sobre Violencia de Género. Directrices para la Gestión de Casos de Violencia Basada en Género.2017. Disponible en: <https://tinyurl.com/y49ljtx6>.
- 23) Fermin M y Gil A. Evaluación del Funcionamiento del Sistema de Protección de niños, niñas y adolescentes en el Area Metropolitana de Caracas. CECODAP 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/open?id=1CE0JTtGAUo5PBIBSCMKFoG3PtSvNnn6>
- 24) Hum Venezuela. Informe de seguimiento a los impactos de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela tras el confinamiento por la pandemia de COVID - Actualización a Marzo 2022 y evolución comparada con Marzo 2020 y Junio 2021. Octubre 2022. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2022/09/HumVenezuela-Informe-Marzo-2022.pdf>
- 25) Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM). Niñas madres. Embarazo y Maternidad Infantil forzada en América Latina y el Caribe. 2016. Disponible en: <https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE INICIACIÓN DEPORTIVA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO HÁBITO DE ESTILO DE VIDA FAMILIAR, EN LOS DEPORTISTAS DEL ESTADO BARINAS.

IMPORTANCE OF THE SPORTS INITIATION PROCESS AND PHYSICAL ACTIVITY AS A FAMILY LIFESTYLE HABIT, IN THE ATHLETES OF THE BARINAS STATE. VENEZUELA.

José Martín Seijas¹, Víctor Castillo¹, Ruth Salas², Everilda Arteaga².

ABSTRACT

The global panorama of physical activity and sport has changed thanks to the advancement of knowledge about the benefits of sport; therefore, sports initiation is essential. With the objective of determining the sociodemographic aspects of the initiation process in athletes and their relationship with family lifestyles, in the state of Barinas, Venezuela, during the period August-October, 2023; an analytical correlation study was carried out with a non-probabilistic sample of children and adolescents. The family lifestyle, sports practices in childhood and their continuity in adulthood were characterized. The Body Mass Index was applied for the anthropometric evaluation of parents and athletes, as well as the Chi square test (X^2) ($p=0.05$). The sample was made up of nine school children (9 ± 1 year old) and six adolescents (12 ± 3 years old); 73% male, 47% with obesity and predominance of baseball (46%), with a practice time of 1 to 3 years (60%), and socioeconomic stratum II (60%). Sports initiation began at school age (60%) to reduce the number of hours in front of the cell phone (53%) with parents as promoters (73%), many of whom are overweight and obese (fathers 87%, mothers 73%), without a history of sports practice in childhood or in adulthood. A statistically significant association was reported between parental nutritional diagnosis and physical activity ($X^2=15.38$; $p=0.0015$), with no association between parental and child's nutritional diagnosis ($X^2=4.23$; $p=0.64$). The importance of modeling active lifestyles from parents as a fundamental step for practicing sports is confirmed.

KEY WORDS: sports initiation, lifestyle, nutrition, physical inactivity.

RESUMEN

El panorama mundial sobre actividad física y deporte cambió gracias al avance del conocimiento sobre los beneficios del deporte; por tanto, la iniciación deportiva resulta fundamental. Se planteó determinar los aspectos sociodemográficos del proceso de iniciación en deportistas y su relación con estilos de vida familiar, en Barinas, Venezuela, durante el periodo agosto-octubre, 2023. Fue realizado un estudio analítico, no experimental, de correlación con una muestra no probabilística con 6 niños y 9 adolescentes. Se caracterizó el estilo de vida familiar, las prácticas deportivas en la infancia y su continuidad en la adultez. Se aplicó el Índice de Masa Corporal para la evaluación antropométrica de padres y deportistas y la prueba de Chi cuadrado (X^2) ($p=0.05$). La muestra estuvo integrada por nueve escolares (9 ± 1 año) y seis adolescentes (12 ± 3 años); 73% masculino, 47% con obesidad y predominio del beisbol (46%), con un tiempo de práctica de 1 a 3 años (60%), estrato II socioeconómico (60%). La iniciación deportiva comenzó en edad escolar (60%) para disminuir el número de horas frente al celular (53%) con los progenitores como promotores (73%), quienes padecen sobrepeso y obesidad, (padres 87%, madres 73%), sin antecedentes de práctica deportiva en la infancia ni en la vida adulta. Se reportó asociación estadísticamente significativa entre diagnóstico nutricional parental y la realización de actividad física ($X^2=15.38$; $p=0.0015$), sin asociación entre diagnóstico nutricional parental y del hijo (a) ($X^2=4.23$; $p=0.64$). Se confirma, la importancia de modelar estilos de vida activos y la intencionalidad de los padres como paso fundamental para la práctica deportiva.

PALABRAS CLAVE: iniciación deportiva, estilo de vida, nutrición, inactividad física.

Recibido: 24 de noviembre de 2023 Aceptado: 09 de febrero de 2024

¹Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora, UNELLEZ. Barinas, Venezuela. ²Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

José Martín Seijas: **ORCID:** 0000-0002-3599-3466
Víctor Castillo. **ORCID:** 0000-0003-2002-8927
Ruth Salas. **ORCID:** 0000-0002-1398-3363
Everilda Arteaga. **ORCID:** 0000-0001-8538-4696

INTRODUCCIÓN

El panorama mundial sobre actividad física diaria ha cambiado. Diversos autores consideran que la práctica deportiva se ha vuelto excepcional, por lo que parece difícil moverse, correr, saltar y divertirse; en consecuencia, la inactividad física se ha incorporado como parte de nuestra naturaleza, lo cual no sólo resulta preocupante, sino que plantea uno de los retos más grandes a la generación de este siglo XXI, como es: construir sociedades más sanas¹.

La inactividad física implica altos costos en términos de salud y de obesidad infantil, además del impacto económico y las consecuencias en lo académico, familiar y psicológico. Por consiguiente, una sociedad que no se mueve detiene su crecimiento^{1,2}. En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que para considerar a un niño como físicamente activo, éste debe realizar alrededor de 60 minutos al día de cualquier movimiento corporal que conlleve un consumo de energía, durante los siete días de la semana¹.

En este sentido, y de acuerdo con algunos autores, son diversos los beneficios, tanto físicos como psicosociales, relacionados con la actividad física. Entre los que destacan: mayor calidad de vida con menor riesgo de enfermedad³⁻⁶, y niveles más altos en bienestar emocional y psicológico^{4,6-9}. En la infancia, se asocia con un alto compromiso escolar, un buen rendimiento académico y funcionamiento cognitivo¹⁰⁻¹³, mejores habilidades motoras^{6,14} y comportamientos prosociales más frecuentes⁵.

Por lo tanto, cobra interés conocer sobre el proceso de iniciación deportiva (ID), el cual representa un proceso de aprendizaje, rendimiento y visión en conjunto, con enfoque en la recreación y desarrollo integral de un sujeto en crecimiento. Este concepto atiende esencialmente al mejoramiento y combinación de las categorías básicas del movimiento promoviendo acciones que permitan afianzar las condiciones innatas del niño y aprovechar su energía para conducirlo por el camino de la formación integral^{15,16}. En la ID, se consideran aspectos técnicos, tácticos y reglamentados para la práctica de un deporte, pero también debe ser inclusiva y humana para evitar estilos mecanizados, rígidos, lineales, excluyentes y deshumanizados¹⁵.

En consecuencia, las ciencias de la educación junto a la pedagogía hacen aportes para los procesos de iniciación deportiva. Todo profesional vinculado a la ID debe conocer las etapas de edades sensibles y del desarrollo psicomotor del niño durante su crecimiento, al tiempo que debe aplicar la pedagogía adecuada según las

necesidades del iniciado, considerando las fases sensibles de crecimiento que permita mejorar los fundamentos técnicos y lograr un desarrollo integral del deportista desde el inicio del proceso¹⁵.

En relación a los factores que intervienen en ID existen divergencias en los criterios. Por un lado, algunos autores expresan que los intereses de los iniciados debe ser la prioridad y otros privilegian la práctica deportiva; en segundo lugar, la disciplina deportiva parece definir el modelo aplicable que responde a los enfoques de las teorías educativas (vertical u horizontal). En menor importancia, están los agentes socializadores y en función de ello, el futuro sujeto-deportista será considerado apto para una modalidad deportiva. Es allí donde podría ocurrir un cambio en las prioridades. Se determina el futuro para la práctica deportiva de los iniciados, por medio de los criterios de los entrenadores-iniciadores y de los padres o responsables ignorando los intereses de los iniciados. Por tanto el marco social es un elemento determinante o condicionante en la ID^{17,18}.

Por esta razón, se debe trabajar con los principales agentes implicados en el desarrollo deportivo e integral de los jóvenes deportistas, entre los que se encuentran los padres y las madres²⁰. El papel de los padres y las madres en el deporte de iniciación es básico para un correcto crecimiento deportivo y personal de los jóvenes que se adentran en el complicado mundo de la actividad física y el deporte^{21,22}, jugando un papel muy importante en la formación de las características personales del niño/a deportista²⁰.

De igual manera, en el proceso de ID, se pretende que el infante aprenda habilidades, fundamentos técnicos y reglas básicas, así como los principios del juego^{17,23}; siendo necesario diferenciar entre el rol de los entrenadores y de los iniciadores deportivos. Este proceso de ID, debe ser planificado, participativo, fundamentado en las teorías educativas y en los avances científicos, mediante la aplicación de programas de enseñanza sostenibles en el tiempo y con resultados que se puedan pronosticar²⁴. Adicionalmente, otros profesionales plantean que se deben congregar varias condiciones; objetivos reales y asequibles para la ejecución de la actividad, permitiendo exponer sus aptitudes personales desde el inicio, pero con énfasis en la preparación técnica, táctica y psicológica²⁵.

Los procesos de ID, son trascendentales, con miras al aprendizaje y fortalecimiento de las bases, para

la incorporación de la práctica deportiva como estilo de vida saludable²⁶; por esta razón, surgió el interés de realizar este estudio con el objetivo de analizar los aspectos sociodemográficos del proceso de iniciación deportiva y su relación con estilos de vida familiar en deportistas del estado Barinas, Venezuela, durante el período agosto-octubre 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, no experimental, correlacional y transversal con un diseño de campo, siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos²⁷. Fue seleccionada una muestra no probabilística, desde una unidad médico deportiva y gestionada por una médico endocrinólogo, integrante del equipo de investigación. Dicha muestra fue conformada por 15 deportistas del estado Barinas y sus padres, quienes aceptaron formar parte del estudio, previa firma del consentimiento informado.

A cada representante (padres y madres) de los deportistas se le aplicó un cuestionario para conocer datos sociodemográficos relacionados al proceso de ID del atleta: edad de inicio, motivo, persona influyente en la decisión del proceso y tiempo en la disciplina deportiva; se investigó además, sobre antecedentes familiares de prácticas deportivas en la infancia y su continuidad hasta la adultez con la correspondiente evaluación antropométrica como peso, talla y cálculo del índice de masa corporal (IMC). Igualmente a cada deportista se le realizó examen físico incluyendo peso, talla e IMC, según género y edad, ajustando a las curvas de crecimiento de referencia nacional de FUNDACREDESA, considerando las recomendaciones del uso del IMC en adolescentes: niñas con estatura superior a 135 cms y varones con talla de 145 cms²⁸.

Para la recolección de los datos, se utilizó una balanza de pie, previa calibración (marca Health o Meter); sin ropa y sin calzado; en posición de pie con el vértice de su cabeza tocando un extremo; con extremidades extendidas y ambos pies en 90°. Para el cálculo del IMC²⁸ se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (mts)}$$

Para la evaluación nutricional antropométrica se consideraron los siguientes puntos de corte recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁸.

Alto >p90
Normal >p10 ≤p90
Bajo ≤p10

Los resultados fueron organizados en tablas de frecuencias absolutas y relativas; para el análisis se utilizaron estadísticos descriptivos y para las asociaciones y correlaciones, las pruebas de Chi Cuadrado (χ^2) con nivel de significancia de 0,05 ($p=0,05$). Los datos se procesaron por medio del programa estadístico SPSS versión 17.0 para Windows.

RESULTADOS

Fueron evaluados 15 deportistas en la unidad médica de un centro privado de la ciudad de Barinas, Venezuela durante el período agosto-octubre 2023. Este grupo de deportistas estuvo conformado por nueve escolares con promedio de edad 9 ± 1 y seis adolescentes con promedio de edad 12 ± 3 ; femenino 27% ($n=4$) y 47% ($n=11$) masculino; el estado nutricional reportado fue: obesidad ($n=7$; 47%), normopeso ($n=5$; 33%) y desnutrición ($n=3$; 20%); como prácticas deportivas beisbol ($n=7$; 46%), atletismo ($n=3$; 20%), voleibol ($n=2$; 13%), patinaje de velocidad ($n=2$; 13%) y natación ($n=1$; 7%); todos con actividad deportiva diaria ($n=15$; 100%). De acuerdo a la escala de estratificación social de Graffar-Méndez Castellanos²⁹, la mayoría ($n=9$; 60%) se ubicó en el estrato II con moderada calidad de vida; 33% ($n=5$) en el estrato III con baja calidad de vida y 7% ($n=1$) en el estrato IV con pobreza relativa (tabla 1).

El proceso de ID ocurrió en la edad escolar ($n=9$; 60%), preescolar ($n=3$; 20%) y adolescente ($n=3$; 20%); el motivo, según los padres, fue para disminuir el número de horas de conexión de los niños a la telefonía celular ($n=8$; 53%), recreativo ($n=4$; 27%) y para bajar de peso ($n=3$; 20%); las personas influyentes en la decisión del proceso (promotor) fueron ambos progenitores ($n=5$; 33%), únicamente la madre ($n=4$; 27%) y el padre ($n=2$; 13%), otro familiar ($n=1$; 7%), compañero de estudio ($n=1$; 7%), por interés propio del niño y de manera independiente o autónoma ($n=2$; 13%)(tabla2).

Los resultados sobre los perfiles parentales de los deportistas, evidenciaron lo siguiente: el estado nutricional de los padres fue sobrepeso y obesidad ($n=13$; 87%) y normopeso ($n=2$; 3%). En cuanto a las madres se encontró sobrepeso y obesidad materna ($n=11$; 73%) y normopeso ($n=4$; 27%). En relación a los antecedentes de práctica deportiva en la infancia, la mayoría de los padres no lo hicieron ($n=10$; 67%); y entre los deportes realizados por el resto, fueron coleo, beisbol y atletismo cada uno ($n=2$; 13%).

De igual manera la mayoría de las madres no practicaron deportes durante su infancia ($n=11$; 73%) y una minoría ($n=1$; 7%) mencionó la práctica de natación,

Tabla 1. Características sociodemográficas y estado nutricional de los deportistas. Barinas. Agosto-octubre, 2023.

Características	F	%
Grupo etario		
Escolar	9	60
X±Es 9 ± 1		
Adolescente	6	40
X±Es 12 ± 3		
Género		
Femenino	4	27
Masculino	11	73
Estado nutricional		
Obesidad	7	47
Normopeso	5	33
Desnutrición	3	20
Disciplina deportiva		
Béisbol	7	47
Atletismo	3	20
Patinaje	2	13
Voleibol	2	13
Natación	1	7
Tiempo en la disciplina		
Menos de 1 año	0	0
1-3 años	9	60
4-6 años	5	33
7-9 años	1	7
Estrato socioeconómico		
I (alta calidad de vida)	0	0
II (moderada calidad de vida)	9	60
III (baja calidad de vida)	5	33
IV (pobreza relativa)	1	7
V (pobreza crítica)	0	0
Total	15	100

voleibol, patinaje y karaté, cada uno. Por otra parte, en la edad adulta, la mayoría de los padres (n=13; 87%) no realizan deportes; no obstante, el resto de los padres declararon la práctica de softbol y atletismo cada uno (n=1;7%). Las madres tampoco practican ninguna disciplina deportiva (n=15; 100%) (tabla 3).

En cuanto al diagnóstico nutricional parental y su relación con el estado nutricional del hijo (a), no se evidencia asociación estadísticamente significativa ($X^2=4,23$; $p=0,64$), ni con el antecedente de práctica deportiva en la infancia ($X^2=1,73$; $p=0,462$). Sin embargo,

se encontró asociación estadísticamente significativa entre diagnóstico nutricional y la realización de actividad física en la edad adulta ($(X^2=15,38$; $p=0,0015$) (tabla 4).

DISCUSIÓN

En este estudio, 15 deportistas fueron evaluados en el estado Barinas, ubicado al occidente del país, durante el periodo agosto-octubre 2023; nueve escolares con promedio de edad 9 ± 1 año y seis adolescentes con promedio de edad 12 ± 3 años. Los deportistas infanto juveniles presentaron los diagnósticos nutricionales de

Tabla 2. Características del proceso de iniciación de los deportistas. Barinas. Agosto-octubre 2023.

Características	F	%
Grupo etario de inicio deportivo		
Preescolar	3	20
Escolar	9	60
X±S: 7 ± 1,41		
Adolescente	3	20
Metas o fines		
Disminuir el número de horas de conexión a telefonía celular	8	53
Recreativos	4	27
Reducción de peso	3	20
Persona influyente (promotor)		
Ambos progenitores	5	33
Madre	4	27
Padre	2	13
Otro familiar	1	7
Compañero de estudio	1	7
Independiente o autónomo	2	13
Total	15	100

obesidad, normo peso y desnutrición. Estos resultados difieren con los obtenidos por Toledo y cols³⁰ en México, quienes obtuvieron en mayor frecuencia normo peso, seguido de obesidad y sobrepeso, en un equipo de niños de 6 a 15 años de edad. De igual manera, Gentil³¹ en Argentina, con una muestra conformada por 30 niños entre 7 y 10 años de edad, registró normo peso en su estudio; la diferencia se presentó en relación al segundo lugar siendo ocupado por desnutrición, posteriormente obesidad y sobrepeso.

Entre las prácticas deportivas, predominó beisbol (en el caso de los varones); le sigue en frecuencia, atletismo, voleibol, patinaje de velocidad y natación (para ambos grupos), lo cual difiere de los resultados reportados por Betancourt-Ocampo y cols¹, quienes demostraron en la población mexicana, como actividad física en el género masculino, fútbol soccer, correr y caminar; mientras que para el género femenino destacó sólo caminar y correr. Sin embargo, este autor reportó como deportes de preferencia, en escolares de ambos géneros: pingpong, boxeo y andar en patineta. En el caso de los adolescentes refirió boxeo y pingpong, y para las adolescentes atletismo y escalar.

Cabe destacar, que los deportistas participantes

en nuestro estudio realizan actividad diariamente (n=15;100%), dando cumplimiento a la recomendación dada por la OMS, que sugiere actividad física los siete días de la semana por al menos 60 minutos al día¹.

En relación al proceso de ID, la mayoría empezó en la edad escolar, mientras que otro grupo inició en la adolescencia y en la etapa preescolar; coincide con los resultados publicados por Gonzáles y cols³², quienes evidenciaron que dicho proceso se encuentra entre las edades de seis-siete y catorce-quince años aproximadamente, aunque es posible algunas modificaciones dependiendo del desarrollo individual.

Por otra parte, en relación al motivo de iniciar deporte, la mayoría de los padres mencionaron que era un medio para disminuir el número de horas de conexión de los niños a la telefonía celular, con fines recreativos y para bajar de peso. Los resultados que han sido reportados por el Instituto Nacional de Salud Pública de México han ocasionado preocupación, por haber alcanzado una alta prevalencia en niños, que pasan más de dos horas frente a una pantalla, considerando esta situación como un indicador de conducta sedentaria¹. De igual manera, Guevara y cols³³, reportaron en la

Tabla 3. Perfiles parentales de los deportistas. Barinas. Agosto-octubre 2023.

Características	Padre		Madre	
	F	%	F	%
Diagnóstico nutricional				
Sobrepeso y obesidad	13	87	11	73
Normopeso	2	13	4	27
Antecedentes de prácticas deportivas en la infancia				
Sin actividad	10	67	11	73
Coleo	2	13	0	0
Beisbol	2	13	0	0
Atletismo	1	7	0	0
Natación	0	0	1	7
Voleibol	0	0	1	7
Patinaje	0	0	1	7
Karate	0	0	1	7
Prácticas deportivas en la edad adulta				
Sin actividad	13	87	15	100
Softbol	1	7	0	0
Atletismo	1	7	0	0
Total	15	100	15	100

Tabla 4. Relación estado nutricional parental, Actividad física parental y Diagnóstico nutricional del hijo(a). Barinas. Agosto-octubre 2023.

Estado nutricional parental	Sobrepeso obesidad paterna	Normopeso paterno	Sobrepeso obesidad materna	Normopeso materna	p
	n=15 (%)		n=15 (%)		
Estado nutricional del hijo(a) deportista					
Desnutrición	2(7)	1(3)	2(7)	1(3)	0,64
Normopeso	2(7)	2(7)	3(10)	1(3)	
Sobrepeso- obesidad	7(23)	0	6(20)	2(7)	
Antecedente parental de práctica deportiva en la infancia					
Inactivo	9(30)	1(3)	8(27)	3(10)	0,62
Activo	4(13)	1(3)	4(13)	0	
Actividad física en la adultez					
Inactivo	14(47)	0	10(33)	4(13)	0,0015
Activo	0	1(3)	1(3)	0	

población adolescente, un mayor tiempo frente a la pantalla; considerando, además la probabilidad de que esto pudiera incrementar con la edad, debido a que entre mayor edad, se esperaría que los menores pudieran contar con su propio teléfono móvil, lo que incrementa el tiempo frente a dispositivos electrónicos.

Los resultados sobre los perfiles parentales de los deportistas, en este estudio, evidenciaron que la mayoría de los padres estaban en sobrepeso y obesidad, no practicaron deportes en la infancia ni en la edad adulta. Similares observaciones han sido realizadas por diversos autores y han sugerido, al respecto, que los patrones de actividad física en los niños se asocian con los patrones de la etapa adulta; es decir, quienes no realizan actividad física en etapas tempranas del desarrollo tienen mayor probabilidad de tener un riesgo importante para presentar enfermedades crónicas no transmisibles, como accidentes cerebrovasculares, diabetes y cáncer^{5,21}. De igual modo, las actitudes familiares positivas sobre la actividad física a edades tempranas, se consideran como un predictor de dicha actividad física durante la edad adulta⁵.

La OMS estimó que a nivel mundial sólo 19,3% de los niños y adolescentes eran físicamente activos, lo cual es un dato sumamente preocupante. En consecuencia, las autoridades sanitarias, han destacado la importancia que tiene para los profesionales en todos los campos relacionados con la actividad física, modelar estilos de vida activos y la condición física; sugieren que los niños pueden ir acumulando actividad física a lo largo del día mediante diferentes comportamientos, como el transporte a la escuela (por ejemplo, caminar o andar en bicicleta), el involucramiento en deportes o actividades organizadas y el juego al aire libre o dentro de los espacios del hogar¹.

Por otra parte, existen datos sobre modelos

relacionados con un estilo de vida físicamente activo, lo cual indica que los hijos de padres físicamente activos (los modelos paternos) tienen más probabilidades de ser activos que los hijos de padres sedentarios. Además, la evidencia sugiere que los niños que son activos con sus padres, probablemente sean más activos que los niños que no hacen ejercicio con sus padres³⁴⁻³⁶.

CONCLUSIÓN

El deporte se considera un fenómeno social relevante y de gran influencia en la comunidad, ya que aporta múltiples beneficios, tales como: prevención de enfermedades cardiometabólicas y la aparición de conductas sedentarias, hábitos tabáquicos y de alcohol en la adultez, proporciona bienestar psicológico, permite un mejor desempeño escolar, un alto nivel de desarrollo de habilidades, interacciones sociales, con el desarrollo de una amplia gama de competencias y cualidades como la cooperación, la comunicación, el liderazgo, la disciplina, el trabajo de equipo, la concentración y la memoria.

La perspectiva en este siglo XXI, conlleva al reto de formar jóvenes deportistas comprometidos con la familia y la sociedad, que gocen de salud y bienestar. Esta formación puede iniciar a edades muy tempranas (niñez) lo que representa un desafío para el equipo multidisciplinario que incluye padres, entrenadores y pares. Para la promoción de sociedades con estilos de vida activo, es necesario reconocer la importancia del proceso de ID desde el hogar que sirva como una herramienta para un cambio hacia una vida saludable a largo plazo.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Betancourt-Ocampo D, Jaime-Reyes AL, Téllez-Vásquez, MH, Rubio-Sosa HI, González-González A. Actividad física, sedentarismo y preferencias en la práctica deportiva en niños: panorama actual en México. Cuadernos de Psicología del Deporte, 2022;22(1):100-115.
- 2) Nike. Designed to move. A Physical Activity Action Agenda. <https://www.nike.com/pdf/made-to-play-designed-to-move-2020-report.pdf>.
- 3) Mollerup PM, Nielsen TR, Bojsøe C, Kloppenborg JT, Baker JL, Holm JC. Quality of life improves in children and adolescents during a community-based overweight and obesity treatment. Quality of Life Research 2017;26(6):1597-1608.
- 4) Rodríguez RJ, Iglesias FA, Molina LJ. Evaluación de la práctica de actividad física, la adherencia a la dieta y el comportamiento y su relación con la calidad de vida en estudiantes de educación primaria. Retos 2020;38:129-136.
- 5) Bailey R. Physical education and sport in schools: A review of benefits and outcomes. Journal of School Health 2006;76(8):397-401.
- 6) Poitras VJ, Gray CE, Borghese M, Carson V, Chaput JP, Janssen I, Sampson M. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism 2016;41(6):S197-S239.
- 7) Delgado-Floody P, Jerez-Mayorga D, Caamaño F, Carter-Thuillier B, Cofré A, Álvarez C. Psychological well-being related to screen time, physical activity after school, and weight status in Chilean schoolchildren. Nutrición Hospitalaria 2019;36(6):1254-1260.
- 8) Li YC, Graham JD, Cairney J. Moderating Effects of Physical Activity and Global Self-Worth on Internalizing Problems in School-Aged Children With Developmental Coordination Disorder. Frontiers in Psychology 2018;9:1740.
- 9) Moral-Campillo L, Reigal-Garrido RE, Hernández-Mendo A. Actividad física, funcionamiento cognitivo y psicosocial en una muestra preadolescente. Revista de Psicología del Deporte 2020;29(1):123-132.
- 10) Bekhechi AK, Khat B. Impact of regular physical activity and sport on school performance among girls and boys aged between 6 and 10 years. Retos 2019;36:398-402.
- 11) Domínguez G F, Moral CL, Reigal GR, Hernández MA. Condición física y atención selectiva en una muestra preadolescente. Cuadernos de Psicología del Deporte 2018;18(2):33-42.
- 12) Suazo DM, Muñoz JN, Lazarraga PC, Rodríguez AR, Alcayde MI, Roman AD, García RC. Mejora de la atención en niños y niñas con TDAH tras una intervención física deportiva dirigida. Cuadernos de Psicología del Deporte 2019;19(3):37-46.
- 13) Veraksa A, Tvardovskaya A, Gavrilova M, Yakupova V, Musálek M. Associations Between Executive Functions and Physical Fitness in Preschool Children. Frontiers in Psychology 2021;12:674-746.
- 14) Piña DD, Ochoa-Martínez PY, Hall-López JA, Reyes ZE, Alarcón EI, Montreal LR, Sáenz-López BP. Efecto de un programa de educación física con intensidad moderada vigorosa sobre el desarrollo motor en niños de preescolar. Retos 2020;38:363-368.
- 15) Seijas JM, Castillo VD, Prado JR. La iniciación deportiva ecológica y el método de la triple triada holística. Revista Actividad Física y Ciencias 2020;12(1):23-42.
- 16) Murcia N, Taborda J, Angel L. Escuelas de formación deportiva y entrenamiento deportivo infantil, 1era edición, Colombia: Ed Kinesis;1998.
- 17) Narváez AL, Helder AA. Enseñanza del fútbol basada en una planificación integral para la iniciación deportiva. Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía 2022;7(2):351-372.
- 18) Hernández J, Castro U, Gil G, Cruz H, Guerra G, Quiroga M, Rodríguez, J. La iniciación a los deportes de equipo de cooperación/oposición desde la estructura y dinámica de la acción de juego: un nuevo enfoque. Efdportes 2001;6(33):1-4.
- 19) Fernández LM. Actitudes parentales en el desarrollo deportivo e integral de sus hijos e hijas deportistas. 2016.
- 20) Smoll FL, Smith RE, Cumming SP. Effects of a motivational climate intervention for coaches on changes in young athletes' achievement goal orientations. Journal of Clinical Sport Psychology 2007;1:23-46.
- 21) Ortín FJ. Los padres y el deporte de sus hijos. Madrid: Pirámide;2009.
- 22) Smoll FL, Smith RE, Cumming SP. Effects of coach and parent training on performance anxiety in young athletes: A systemic approach. Journal of Youth Development 2007;2.
- 23) Cansio E, Calderín O. Consideraciones a tener en cuenta para la Iniciación Deportiva. Efdportes 2010;141(14):1-8.
- 24) Acosta R. Iniciación y formación deportiva: una reflexión oportuna. Rev. U.D.C.A Act. Div. 2012;15:57 - 65.

- 25) Costa A, Camerino O, Sequeira P. Una iniciación deportiva sin lesiones, estudio con entrenadores de fútbol y fútbol sala. RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación 2022;27:24 - 27.
- 26) Motato L, Quilindo V. Enseñanza del fútbol e iniciación deportiva en dos escuelas deportivas de Santiago de Cali, Colombia. Revista de Educación Física 2021;10(1):63-71.
- 27) Mesa-Trujillo DY, Espinosa-Ferro, García-Mesa I. Reflexiones sobre bioética médica. Revista Médica Electrónica. 2022;44(2):413-424.
- 28) Espinoza I, Guía práctica para la evaluación antropométrica del crecimiento, maduración y estado nutricional del niño y adolescente Archivos Venezolanos de Pediatría y Puericultura 2004;67(1):S5-S54.
- 29) Méndez Castellano H. Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa; 1994. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772010000100003
- 30) Toledo M, Mato OE, Matos JJ y López JP. Estado nutricional y hábitos alimentarios en un equipo infantil de atletismo. Conrado.2022;18(84):360-364.
- 31) Gentil J. Evaluación antropométrica e ingesta alimentaria en fútbol infantil. del club gallini. Tesis de Grado. Argentina. Instituto Universitario Ciencias de la S. Fundación Héctor A. Bárcelo. 2017.
- 32) Gonzáles S, García L, Contreras J, Onofre R, Sánchez D. El concepto de iniciación deportiva en la actualidad. RETOS 2009;(15):14-29.
- 33) Guevara RM, Urchaga JD, Sánchez-Moro E. Horas de pantalla y actividad física de los estudiantes de Educación Secundaria. European Journal of Health Research 2019;5(2):133-143.
- 34) Hernández M. Importancia de los modelos deportivos en la iniciación deportiva. Revista Ciencia y Educación 2022;3(6):25-32
- 35) Moore LL. Influencia de los padres de los niveles de actividad física sobre los niveles de actividad de los niños pequeños. Revista de pediatría 1991;118 (2):215-219.
- 36) Villagrán SR. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Nutrición Hospitalaria 2010; 25(5):823-831.

VIVENCIAS DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

EXPERIENCES OF HEALTHY HABITS AND LIFESTYLES FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH EDUCATION.

Ingrid Yolercy Troche Gutiérrez¹, Ruth Díaz Sánchez¹, Brayant Andrade Méndez¹.

ABSTRACT

Nursing students, by virtue of their life course, are part of the population at risk for chronic diseases, and, simultaneously are recognized sanitarly and socially as health educators and as models of healthy living. The objective of the study was to understand the influence of health education on the development of healthy lifestyle habits among nursing students at a public university in Colombia, 2021. The approach was qualitative, hermeneutic phenomenological and 14 students participated in this study. Data analysis followed Van Manen's phases. Six phenomenological themes emerged: individual factors associated with Healthy Lifestyles Habits; Coherence between theory and practice; Contribution of knowledge in decision making; Approach to the topic of self-care and healthy lifestyles habits in and out of classroom; Initiatives that would encourage introspection and the practice of health education; Barriers to practicing self-care. It can be concluded that Education for health in the university scenario, has not been considered as a process aimed at improving the different agents involved in its realization, so it is urgent to examine the social function of this pedagogical process in the light of the study plan of the Nursing Program. The participants incur in behaviors harmful to health in spite of having a theoretical-scientific foundation in Health Education received as a transversalized educational process in the curriculum.

KEY WORDS: healthy lifestyle, self care, health education, nursing students.

RESUMEN

Los estudiantes de enfermería, por el curso de vida en el que se encuentran, hacen parte de la población en riesgo de presentar enfermedades no transmisibles y simultáneamente son reconocidos sanitaria y socialmente como educadores en salud y como modelos de vida saludable. Con el propósito de comprender la influencia de la Educación para la salud en el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables de los estudiantes de enfermería de una universidad pública en Colombia; se realizó un estudio con enfoque cualitativo, fenomenológico hermenéutico con la participación de 14 estudiantes. Para analizar los datos se siguieron las fases de Van Manen de donde emergieron 6 temas fenomenológicos: Factores individuales asociados a los Hábitos y estilos de vida saludables; Coherencia entre teoría y práctica; Contribución del conocimiento en la toma de decisiones; Abordaje del tema de autocuidado y hábitos y estilos de vida saludables dentro y fuera del aula; Iniciativas que favorecerían la introspección y la práctica de la Educación para la salud; Barreras para el autocuidado. Los hallazgos permitieron considerar que la Educación para la salud en el escenario universitario, no ha sido dimensionada como elemento orientado a perfeccionar los diferentes agentes que participan en su realización; por tanto es urgente examinar desde el plan de estudio del Programa de Enfermería, la función social de este proceso pedagógico. Los participantes incurrir en conductas nocivas para la salud pese a recibir fundamentación teórico-científica en Educación para la salud durante su formación, proceso transversalizado en el plan de estudios.

PALABRAS CLAVE: estilo de vida saludable, autocuidado, educación en salud, estudiantes de enfermería.

Recibido: 24 de noviembre de 2023 Aceptado: 21 de febrero de 2024 **INTRODUCCIÓN**

¹Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia.

Ingrid Yolercy Troche Gutierrez. **ORCID:** 0000-0001-5861-2964

Ruth Díaz Sánchez. **ORCID:** 0000-0003-1159-3844

Brayant Andrade Méndez. **ORCID:** 0000-0001-7165-9361

Correspondencia: ingrid.troche@usco.edu.co

Desde finales del siglo XX, la transición demográfica y los cambios sociales enmarcados en el modelo económico imperante de tipo capitalista y consumista caracterizados por la acelerada urbanización, motorización del transporte, aumento en el consumo de alimentos de producción industrial, limitaciones de tiempo, expansión del mercado de alcohol y cigarrillos, entre otros, han afectado el estilo de vida de las personas, con el consecuente aumento en las conductas de riesgo

para la salud y la adopción de hábitos de vida malsanos. Estos hábitos caracterizados por el incremento en el consumo de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas, azúcares libres y sodio, la disminución en el consumo de frutas y verduras sumado al sedentarismo contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes mellitus (DM), sobrepeso y obesidad y algunas formas de cáncer, convirtiéndose en problemas de salud pública a nivel mundial^{1,2}.

Las estadísticas referidas al aumento de estas ECNT, a nivel local y global, demuestran que la educación para la prevención de estas enfermedades debe ser considerada como prioridad desde tempranos cursos de vida, en los cuales el contexto educativo juega un rol preponderante³; no obstante, pese a tratarse de un tema prioritario en la agenda pública, las cifras evidencian que estas patologías causan la muerte de 41 millones de personas cada año en el mundo y 5,5 millones de defunciones anualmente en la Región de las Américas⁴, lo cual plantea un panorama desalentador que invita a reflexionar y redimensionar el abordaje educativo para el estudio de estas enfermedades. Muchas ECNT, se relacionan con comportamientos arraigados en la adolescencia como es el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo y la alimentación no saludable, que afecta de forma desproporcionada a la población más pobre y vulnerable^{3,5}, lo cual implica a la inequidad como factor propulsor de estos comportamientos.

La mayoría de los estudiantes universitarios, incluyendo a los de diversos programas de ciencias de la salud, no practican hábitos saludables durante los años de estudios constituyendo, en general, una población vulnerable en la adopción de conductas nocivas para la salud física y mental especialmente en los patrones de actividad física, nutricionales, alteración del ciclo circadiano por largas horas de estudio y sobrecarga académica, llevando a situaciones de estrés y otros problemas de salud mental^{6,7}.

Esto resulta aún más problemático para los estudiantes de enfermería quienes, en su mayoría son adolescentes, y a pesar de ser reconocidos sanitarios y socialmente como educadores y modelos de vida, no siguen comportamientos saludables. En este sentido, se ha reportado en la cotidianidad de esta población, alteración en el sueño y descanso, alto nivel de estrés, prácticas alimentarias poco saludables, poca o ninguna actividad física y consumo elevado de alcohol⁸⁻¹².

A lo anterior se suma el deterioro de la salud mental y disminución de la actividad física que se ha observado

en los estudiantes de enfermería a medida que la carrera avanza, sobre todo, por la percepción de mayor presión de los últimos semestres debido, tanto a las prácticas clínicas como a la carga académica en general¹³, lo cual las convierte en barreras de índole individual y contextual para seguir comportamientos saludables^{14,15}. De allí que resulta primordial promover desde el pregrado, en los estudiantes, el desarrollo de un pensamiento enfocado en cambiar la actitud personal y promover la Educación para la Salud (EpS).

De otro lado y relacionado con la pedagogía para el logro del aprendizaje de la Salud Pública (SP) y asignaturas afines, se ha demostrado que en enfermería aún predomina el enfoque tradicional en el plan de estudios, para el aprendizaje de las temáticas relacionadas, lo que implica una barrera para lograr un aprendizaje significativo¹², lo que resulta contradictorio a los enfoques críticos y novedosos que generalmente se promulgan en los Proyectos Educativos y demás documentos propios de los Programas de Enfermería.

Los estudiantes de pregrado en Enfermería de la mayoría de las facultades y escuelas del mundo y, especialmente, en Colombia tienen como fortaleza la formación en EpS desde los primeros semestres, donde la prioridad va dirigida al desarrollo de conocimientos y habilidades para formar a individuos, familias y comunidades en el autocuidado de la salud y hábitos de vida saludable, tanto en escenarios clínicos como comunitarios; no obstante, no lo asumen para su cuidado personal. Lo anterior, está sustentado en la necesidad social de tener formadores en salud, que impacten positivamente en la SP en la población índice, con intervenciones a nivel individual y grupal^{16,17}.

De acuerdo con lo planteado, este estudio reconoce que los temas de Promoción de la Salud (PS), autocuidado, Hábitos y Estilos de Vida Saludables (HyEVS), entre otros, generan un impacto real en los enfermeros y enfermeras en formación, quienes ejercen como cuidadores de la salud de otros, presumiendo que desarrollan las destrezas y habilidades para el cuidado propio¹⁸. Este es el inicio de la evaluación de resultados de los programas de EpS que se diseñan desde el pregrado, y como herramienta para lograr coherencia desde su formación universitaria entre las disertaciones alrededor del cuidado de la salud y la vida y su aplicación; es decir, entre la teoría y práctica educativa.

Pese a que diversos estudios con enfoque cuantitativo a nivel nacional e internacional han demostrado que en la adopción de HyEVS influyen

factores que trascienden el conocimiento y la voluntariedad de acción individual^{6,8,10,11,19}, existen vacíos en la visualización del problema desde un enfoque comprensivo que incluya además, un análisis de la influencia de la EpS en la praxis de vida saludable. Por otro lado, en la Región Surcolombiana no se encontró evidencia de literatura sobre esta temática en estudiantes de Enfermería. En ese sentido, se formuló como propósito comprender la influencia de la EpS recibida durante la formación de pregrado en el desarrollo de HyEVS de estudiantes de enfermería de una Universidad pública en Colombia.

CONSTRUCCIÓN METODOLÒGICA

El estudio se realizó con un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico hermenéutico, con una aproximación a las teorías de Van Manen, para quien el objeto de estudio son las estructuras de significado del mundo vivido y cuyo objeto es transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia; de este modo, el efecto del texto representa un revivir reflejo y una apropiación reflexiva de algo significativo²⁰. Las vivencias de la cual se enfoca la fenomenología destaca el sentido que rodea lo cotidiano así como el significado del ser humano y la experiencia que somos; por tanto, es sensible a la problemática desatada en el mundo de la vida que en última instancia, representa a la realidad que se vive diariamente²⁰.

Para la selección de participantes se utilizó como criterios de inclusión: ser estudiante matriculado en el programa de pregrado de una universidad pública y haber aprobado la asignatura denominada EpS ubicada en el segundo semestre del plan de estudios. No fueron considerados aquellos estudiantes con diagnóstico de HTA, DM o ERC, teniendo en cuenta que podrían tener comportamientos y hábitos modificados por su condición de salud. Fueron seleccionados 14 estudiantes quienes decidieron participar voluntariamente en la investigación para comprender el fenómeno de la EpS desde las vivencias de los HyEVS durante la formación universitaria.

Se realizó una entrevista individual, previo acuerdo de fecha y hora con los estudiantes, en un lugar tranquilo y privado dentro de la institución universitaria. La pregunta orientadora fue: ¿Cómo influye en sus hábitos y estilo de vida, la formación que ha recibido sobre EpS en el pregrado de enfermería?

Antes de proceder con la aplicación de las entrevistas, se realizó un ejercicio exploratorio para perfeccionar la guía de dicha entrevista mediante la

eliminación, adición o transformación de preguntas, reconocer la posibilidad de obtener datos correspondientes a los temas fenomenológicos que contrastaran los hallazgos, preparar a los entrevistadores y calcular el tiempo designado para la sesión. Dado que los investigadores son profesores del programa de Enfermería, las entrevistas fueron realizadas por dos estudiantes del mismo programa cursantes de los últimos semestres, quienes fueron capacitadas para la comprensión del instrumento, la técnica de entrevista y los elementos bioéticos, garantizando la privacidad en la recolección de la información y permitiendo que los entrevistados se expresaran libremente. Todas las entrevistas fueron grabadas, etiquetadas y transcritas con un procesador de palabras, luego fueron comparadas con las grabaciones y guardadas en medios electrónicos.

La investigación siguió las tres fases del método fenomenológico hermenéutico²⁰, a saber: 1. Los investigadores se liberaron de prejuicios que pudieran afectar la transparencia del análisis mediante el establecimiento de presupuestos y preconceptos, reconociendo que podrían intervenir sobre la investigación y la interpretación de las experiencias. 2. Se recogió la experiencia vivida en los participantes mediante la entrevista, en la que se exploró el fenómeno desde todos los ángulos posibles involucrando indagaciones sobre la vivencia del fenómeno en el contexto personal, familiar, educativo, comunitario, laboral si aplicaba, etc. Posteriormente se identificaron unidades temáticas que se agruparon en temas. 3. Se reflexionó sobre sus experiencias vividas intentando aprehender en el texto fenomenológico el significado esencial de los HyEVS a partir del proceso pedagógico de EpS. El software ATLAS.ti V. 9 se utilizó para apoyar el análisis.

Las unidades temáticas de las entrevistas de prueba fueron recuperadas de manera independiente por dos investigadores. Se calculó la fiabilidad y concordancia entre codificadores usando el coeficiente de fiabilidad de Holsti, alcanzando un nivel de concordancia de 85%. Este ejercicio permitió valorar la capacidad de comunicación e interacción del investigador con el participante, además de definir y delimitar dichas unidades temáticas. Cuando se alcanzó un consenso en las definiciones, significados, propiedades y dimensiones, los investigadores procedieron a analizar el resto de las entrevistas.

El estudio siguió los lineamientos éticos internacionales y nacionales especialmente la Resolución 8430 de 1993, desde el cual la clasificación del nivel de riesgo para los participantes fue: riesgo mínimo. Se

cumplieron los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La privacidad de los participantes fue preservada mediante el uso de la etiqueta (P_S_) para cada entrevista (P: número de participante; S: semestre que cursa). Se obtuvo consentimiento informado para aceptar su participación en el estudio y autorizar la grabación de las entrevistas. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la Facultad de Salud mediante memorando 031 del 29 de agosto de 2018.

HALLAZGOS

Fueron entrevistados 14 estudiantes de enfermería de tercer a noveno semestre, teniendo en cuenta que el plan de estudios del programa académico en la universidad en la que se desarrolló el estudio es de 9 semestres. El análisis de las entrevistas permitió comprender la influencia de la EpS en el desarrollo de hábitos y estilos de vida de los participantes, mediante 59 unidades temáticas emergentes y 6 temas fenomenológicos compilados en el siguiente texto fenomenológico (Figura 1). Estos temas fueron seleccionados al ser altamente valorados en los discursos de los entrevistados los derechos de participación, respetando la condición de esta población como titulares y sujetos de derechos humanos. Se evidenció que la reducción de los embarazos adolescentes no deseados y la erradicación de la violencia sexual contra NNA requiere del cumplimiento de la normativa legal sobre salud y reproductiva haciendo efectiva la implementación de planes y programas por parte de las instituciones de salud, educación y de la institucionalidad del Sistema de Protección de NNA.

Las realidades de los embarazos adolescentes productos de violencia sexual no están siendo suficientemente conocidas, ni adecuada o integralmente atendidas. De allí que, a partir de la información analizada, se puede destacar la importancia que tiene la formación en el conocimiento y aplicación de la normativa de DDHH de la niñez por parte de educadores, comunicadores sociales y del personal de las instituciones del Estado.

Factores individuales asociados a los HyEVS:

La alimentación fue el tema central. Las opiniones estuvieron divididas en dos partes: la primera, correspondió a quienes reconocieron un consumo mínimo de frutas, verduras y agua y, un alto consumo de azúcares, sal, grasas saturadas y alimentos procesados y, por la otra parte, aquellos que expresaron tener hábitos alimenticios más saludables. Sin embargo, frente a las prácticas alimenticias no saludables se evidencia un nivel de conciencia generalizado de los efectos negativos que esto ocasiona.

"Yo consumo mucha comida que tiene harto contenido en carbohidratos, en grasas, y sé que todo en exceso hace daño" P4, S5.

El desbalance emocional por estrés, trastornos de ansiedad y de relaciones sociales fue asociado sobre todo a las obligaciones académicas, facilitando esto el incremento de comportamientos nocivos como el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, inapetencia y sedentarismo. La práctica del ejercicio también fue mencionada desde dos perspectivas, por un lado, desde el establecimiento de una rutina para la práctica de actividad física y, por el otro, desde el sedentarismo, atribuido también a la alta carga académica.

"Ahorita la verdad no me ha quedado mucho tiempo para hacerlo [ejercicio]...por la carga académica que tiene este semestre" P13, S9.

Coherencia entre teoría y práctica: Dicha coherencia fue analizada desde dos vertientes. La primera, relacionada con la conexión entre el discurso pedagógico y la praxis del estilo de vida saludable por parte de los docentes del programa de Enfermería; la segunda desde la correspondencia entre teoría y práctica educativa en EpS en los estudiantes.

Los entrevistados identificaron referentes docentes por la coherencia entre la temática que abordan en las asignaturas y las conductas observadas en espacios de socialización universitaria; estos referentes pueden generar mayor motivación en los estudiantes para la interiorización del conocimiento y su expresión en la vida personal. Sin embargo, los estudiantes afirman que ni el cursar un pregrado en áreas de la salud ni tener un modelo docente de estilo de vida saludable son factores contundentes para la adopción de comportamientos saludables.

"[Con] esa materia fue que yo empecé a adquirir buenos hábitos...ella a uno le enseñaba la parte teórica, lo aplicaba en su vida y con sus pacientes...es de las pocas profes que aplica lo que enseña" P14, S8.

"A pesar de que esté estudiando y me gradúe de una carrera de la salud, puede que no vaya a mejorar mis hábitos de vida, o que no los vea como una prioridad mejorar mis hábitos de vida" P9, S6.

La escasa o nula coherencia entre los contenidos impartidos y la aplicación de estos en los espacios universitarios restan credibilidad hacia los docentes, generando un impacto negativo en la población

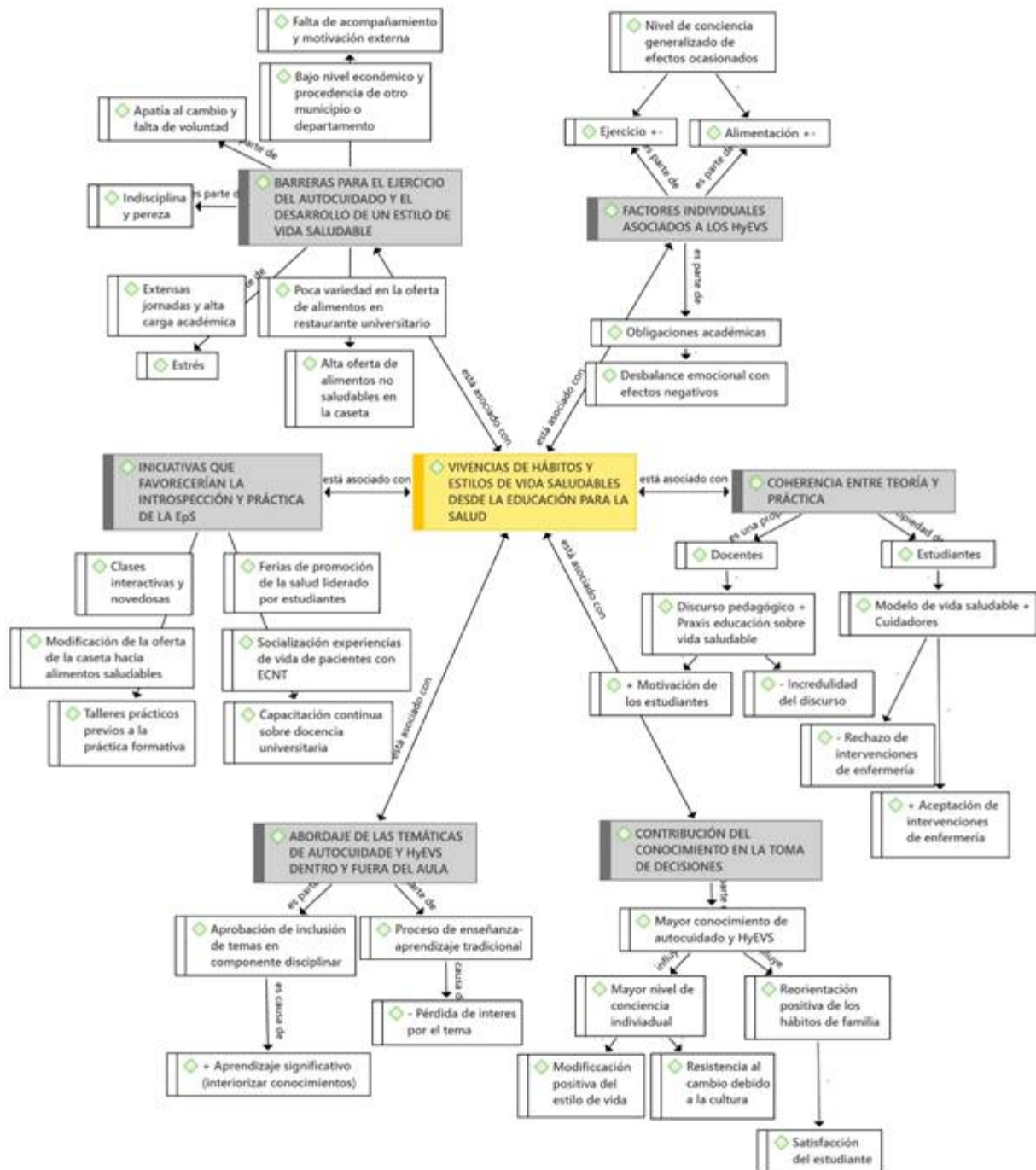


Figura 1. Temas fenomenológicos y unidades temáticas de mayor relevancia.

estudiantil para la introyección de un estilo de vida saludable.

"Muchos profesores dicen y en todas las clases lo repiten -la gaseosa es mala, la Coca Cola es mala- y usted los ve en turno tomando gaseosa o un café cargado de azúcar, entonces eso, incoherente... no son todos, cabe aclarar, pero sí la mayoría". P5, S7.

Lo antes mencionado, puede influir directa o indirectamente en la coherencia entre la teoría y la práctica del autocuidado y vida saludable en los mismos estudiantes. Algunos manifiestan el deseo de considerarse como un ejemplo a seguir para las comunidades y poblaciones que serán sus sujetos de cuidado en el futuro, y reconocen además que para los mismos individuos, familias y comunidades dicha coherencia es preponderante para la aceptación de las intervenciones de enfermería. Por último, se explica el impacto que genera en las comunidades la misma apariencia e imagen de quienes asumen el rol y la función de ser educadores en salud.

"Tengo que preocuparme por mí, hacer por mi si quiero educar a los demás, si quiero mostrarle a los demás esa cara de la enfermería... tengo que ser el ejemplo para mis pacientes, no le puedo ir a decir -tiene que hacer ejercicio y comer saludable- si yo no lo estoy haciendo". P2, S7.

Contribución del conocimiento en la toma de decisiones: La unidad temática mayormente mencionada en este tema se relaciona con la modificación del estilo de vida en beneficio de su salud. Los participantes expresaron cómo la consolidación de conocimientos sobre el autocuidado y HyEVS, genera cambios en la conciencia personal de los estudiantes, llegando en algunos casos a la transformación positiva de hábitos, observándose una relación directa entre el avance de semestres y la necesidad de modificación de hábitos hacia unos más saludables; no obstante, se trata de un proceso paulatino y sinuoso, por lo que el "intento" es considerado como parte del mismo, dado que en ocasiones, se ha logrado llegar hasta la adquisición de conciencia de requerir un cambio, pero sin lograr avanzar hacia la ejecución del mismo.

"Uno llega hasta cierto punto que ya como que... -madura-, eh... y coge como la conciencia de que en serio es real lo que vemos en la literatura y lo que tanto nos dicen los profes, entonces ha influido muy positivamente porque ahora soy muy diferente que

cuando inicié la carrera, tanto en conocimientos como en hábitos". P2, S7.

El conocimiento adquirido favorece además la reorientación de hábitos a nivel familiar mediante su replicación en el hogar. Es así, como el diagnóstico de patologías crónicas de familiares o el miedo a desarrollar ENT en el futuro, genera mayor receptividad en los estudiantes y familiares para el cambio de comportamientos o inicio de pequeñas acciones que redundan en el mejoramiento de la salud, logrando de esta forma resultados y ganancias positivas para la salud que producen satisfacción personal de los estudiantes en el rol de educadores en salud.

"...cada cosa que aprendo trato de enseñársela a mi mamá. A ella le gusta mucho escuchar los temas de salud... por el riesgo que tiene mi mamá de padecer hipertensión, diabetes, enfermedades coronarias, eh... la pude instruir, porque ella era obesa, obesidad tipo II y ella logró bajar 20 kilos de peso, y con instrucciones que yo le daba, con visitas al médico, incentivándola a que tiene que cuidarse, quererse y bueno, ha sido algo muy bonito". P2, S7.

Es importante aclarar que el temor a desarrollar ENT se genera y acrecienta cuando estas enfermedades han sido abordadas y profundizadas en las asignaturas del componente disciplinar.

"...más o menos desde tercer semestre donde ya uno empieza como a ser consciente realmente de todo lo que se puede presentar en el ámbito clínico, todas las patologías que se pueden presentar, entonces sí ha influido en cambiar sobre todo la alimentación es en lo que más ha influido". P13, S9.

Sin embargo, algunos estudiantes describen situaciones de resistencia al cambio en el entorno familiar en el que los hábitos insanos están fuertemente arraigados en sus costumbres. Otros, por el contrario, se abstienen de educar a los integrantes de la familia por temor al rechazo o elusión de discusiones sobre el tema que puedan afectar las relaciones familiares. Es así como el entorno familiar puede influir amplia y negativamente al limitar el progreso hacia un estilo de vida saludable en los jóvenes. No obstante, algunos estudiantes perseveran en propender por un estilo de vida protector de la salud de la familia.

"...Identifico qué acciones que realiza mi familia pueden ayudar o empeorar su salud, pero como tal, no tomo

una acción ni les digo nada, eh... ya por cuestiones de... convivencia, de diálogo interpersonal". P9, S6.

Desde otra perspectiva, se considera que estos cambios obedecen sobre todo a la voluntad y determinación de cada sujeto más que a la directriz fundamentada que se imparte desde espacios académicos, máxime cuando la temática es abordada en las diferentes asignaturas a lo largo de la carrera.

Abordaje de las temáticas de autocuidado y HyEVS dentro y fuera del aula: Por un lado, los estudiantes valoraron positivamente la inclusión de los temas mencionados en cada asignatura del componente disciplinar e identificaron una asignatura que consideraron como clave en el abordaje y profundización de esta temática y aunque no existe un consenso frente a qué asignatura predomina, se mencionan mayormente las asignaturas de Salud Pública y Cuidado de enfermería al adulto en situaciones crónicas, vistos en 4° y 5° semestre, respectivamente, seguido de la asignatura EpS desarrollada en 2° semestre; sin embargo, algunos expresan que este último debería tener mayor abordaje y profundidad para lograr correspondencia con la misma denominación de la asignatura. *"...donde de verdad se enfocan es cuando están en salud pública por el componente de nutrición...como que en verdad se hace profundización del tema, en las otras uno únicamente trata el tema de nutrición como para dárselo a la gente como para entender el concepto y llegar a dar las charlas educativas cuando uno está en comunitaria"* P12, S6.

Algunos estudiantes, también destacaron el uso de estrategias dinámicas, variedad didáctica y metodológica, especialmente en el componente de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la asignatura de SP, y en la asignatura de Cuidado del Adulto en Situaciones Crónicas. Las características de estas asignaturas antes mencionadas, otorgan resultados positivos en el aprendizaje e interiorización de los temas. Así mismo, expresan la resonancia que generó la jornada de experimentación de vida saludable en la asignatura de EpS.

Otros estudiantes, por su parte, valoraron negativamente el proceso de enseñanza-aprendizaje, indicando el predominio de clases expositivas del docente, prolongadas y con uso inadecuado de las diapositivas. En otros casos el descontento se profundiza con exposiciones sin retroalimentación o complementación docente, lo que genera gran pérdida de interés por el tema.

"Me gustó mucho la actividad que se realizó en EpS. Un día se puso eso en práctica: hicimos actividad física, una receta saludable...creo que falta implementar más actividades de esas" P6, S5.

Iniciativas que favorecerían la introspección y práctica de la EpS: Las sugerencias dadas por los estudiantes se enmarcaron en seis tópicos: Primero, la realización de talleres prácticos sobre sesiones educativas en autocuidado y HyEVS que les permita tener una preparación previa a la práctica formativa, pues refieren tener falencias para encontrar estrategias y habilidades comunicativas que les permitan lograr influir en los individuos, familias y comunidades para mejorar sus estilos de vida.

Segundo, capacitación continua en docencia universitaria que les permita afianzar habilidades pedagógicas y didácticas, puesto que todos los docentes del componente disciplinar cuentan con alto nivel de formación en salud y de experiencia, pero esto no los exime de tener dichas habilidades que faciliten el proceso de enseñanza-aprendizaje en el tema de interés para este estudio.

"...además de ser magister o tener doctorado...deberían exigirles también sobre docencia universitaria porque de nada sirve uno tener el conocimiento...si a la hora de explicarlo y enseñarlo a sus alumnos se quedan cortos... que no sea simplemente hable, hable y hable en una clase, sino formas más dinámicas, para que el estudiante se interese por los temas, y no esté solamente por compromiso". P2, S7.

Tercero, organización de ferias de PS lideradas por las asignaturas disciplinares que abordan la temática de EpS, HyEVS, autocuidado y otros estrechamente relacionados, especificando que se traten de ferias de puertas abiertas a las instituciones de educación media y superior del municipio, lo que permitiría a su vez visibilizar las actividades que se realizan en el programa y posicionar su liderazgo en la región en esta temática.

"Una especie de feria...ahí mismo en la facultad...respecto a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades respecto al tema que estén viendo este semestre; invitar a colegios, invitar a otras universidades...que sepan que nosotros estamos yendo más allá y no quedarnos ahí simplemente en un salón aprendiendo para ir a hacer" P2, S7.

Cuarto, socialización de experiencias de vida desde la voz de pacientes con diagnóstico de ENT que permita mejorar la motivación hacia el cambio en los estudiantes a partir de la vivencia.

"Podrían llevar incluso si tienen un familiar podría decirle: -me puede hacer el favor de ir usted, sólo relate cómo es vivir con hipertensión y ya-, eso... eso para mí sería muy... muy chévere, muy nuevo..." P5, S7.

Quinto, implementación de clases en las que sobresalgan la interactividad, el diálogo y el uso de herramientas tecnológicas. Por último, fue altamente expresado el retiro de alimentos no saludables de la caseta ubicada al interior de la Facultad de Salud, de tal forma que las opciones de compra de alimentos se limite a aquellos que aporten nutrientes a la población estudiantil.

"Si digamos se vendieran puras comidas ... pues saludables, y se erradican las otras, pues ya no habiendo más qué comprar, le tocaría a la gente comprarla" P10, S4.

Barreras para el ejercicio del autocuidado y el desarrollo de un estilo de vida saludable: El tema predominante fue la apatía al cambio y la falta de voluntad. En este contexto, no tener acompañamiento o motivación, el estrés, las extensas jornadas de estudio, alta carga académica, dificultades para organizar el tiempo, indisciplina y la pereza (mencionado este último reiterativamente entre quienes reconocen tener un estilo de vida poco o nada saludables), son barreras para no practicar hábitos saludables de ejercicio, alimentación y pausas activas, independientemente del semestre que estén cursando y del avance en el plan de estudios. En aquellos con intención de cambio, terminan por constituirse en desafíos personales que no son resueltos en pro de la salud o en intentos fallidos.

"Estos últimos meses no he vuelto a realizar ejercicios... no he encontrado cómo acomodarme con los horarios... y como que se me fue la voluntad que tenía...la pereza a veces me gana". P3, S5.

Pese a que algunos reconocen la necesidad de modificación de sus hábitos y de mayores acciones de autocuidado, identifican que estos tienen una relación directa con el estrés que les genera la carga académica, por lo que consideran que estos cambios los posponen para un futuro; es decir, cuando hayan culminado la carrera.

"Porque siempre he intentado como dejarlas, digo: - hoy no voy a tomar gaseosa-, pero yo digo ¡no que pereza! O sea, ya como que me aburre el agua entonces y tengo que comprar mi gaseosa y siempre no me falta

mi gaseosa en la nevera-" ... cuando ya terminé todo este estrés en mi carrera si quiero como ponerme a realizar ejercicio, como cambiar mi alimentación, ya no quiero tomar más gaseosas, tengo que cambiar el estilo de vida que llevo" P14, S8.

Así mismo y como medida de contención, frente a las barreras reconocidas, algunos acuden a estrategias de gasto de bolsillo; por ejemplo, para el pago de la mensualidad en el gimnasio, sintiendo de esta forma mayor compromiso para darle continuidad a la iniciativa.

"El ejercicio si cero, no hago ejercicio, y sé que está mal, pero pues igual uno sabe que hace muchas cosas mal e igual no hace nada por solucionarlas...es por pereza, yo digo que esa es la razón más grande... yo tengo que decir -ya pagué el mes, tengo que sí o sí ir-" P1, S7.

De igual forma, se observa que la condición económica de los estudiantes influye en su alimentación; de allí que resulta difícil para aquellos estudiantes que viven solos, generalmente procedentes de municipios o departamentos aledaños, alimentarse adecuadamente, viéndose obligados a frecuentar restaurantes públicos en el que ofertan alimentos a bajo precio y con bajo aporte nutricional, siendo este último un aspecto poco relevante. Respecto al restaurante universitario hay opiniones divididas, para algunos tiene un menú poco variado; para otros, ofrece alimentación balanceada que les proporciona satisfacción por el servicio prestado y por el apoyo que reciben de la universidad.

"...en el restaurante donde yo consumo [restaurante público], no todos los días hacen ensaladas, hay veces que hacen ensaladas dizque de papa entonces pues para mí no es una ensalada porque tiene papa y tiene una que otra arveja". P14, S8.

"Y en los almuerzos, pues como allá [restaurante universitario] son variados, yo siempre quedaba satisfecha porque además del seco yo también pedía sopa para quedar bien porque era muy poquito... pues para mí, ¿no?... y pues allá todo es balanceado, todo es variado, no me aburría. Ehm, y la cena pues yo sí la preparaba siempre, no me gustaba cenar allá porque era como un almuerzo y era mucho para mí". P2, S7.

Respecto a la caseta de la Facultad de Salud, los estudiantes consideran que debería tener opciones de alimentos saludables y con precios accesibles, tomando

en cuenta que es un establecimiento para uso exclusivo de estudiantes de programas académicos de la salud de una universidad pública. Coincidieron además en la descripción de los alimentos que allí se venden como fritos, dulces, empaquetados y bebidas azucaradas, altamente perjudiciales para la salud y que la poca oferta de alimentos saludables, especialmente las frutas, tienen un costo muy elevado.

El tema de HyEVS enmarcado en la PS ha cobrado gran relevancia en los últimos años, por lo que se ha evidenciado un incremento considerable de estudios frente al tema, así como la implementación de múltiples estrategias que propenden por una vida saludable en diferentes contextos²¹. En ese marco, el personal de áreas de la salud, se tiene como referente para desarrollar la EpS, por lo cual se han realizado investigaciones para encontrar y analizar la relación entre los HyEVS y los estudiantes de áreas de la salud desde variadas perspectivas^{17,22}.

En esta investigación se muestra en los participantes, que la frecuencia de hábitos distan de ser saludables, especialmente, alimentación insana y sedentarismo. Hallazgos que no discrepan con estudios en los que se concluye la presencia de sobrepeso, sedentarismo, bajo consumo de verduras y alto consumo de alimentos ricos en grasa en los estudiantes de ciencias de la salud. Sin embargo, estos estudios parten del supuesto que los conocimientos adquiridos por los estudiantes sobre hábitos y estilos de vida, inicialmente inciden en promover cuidados a su propia salud, lo cual difiere de los resultados aquí encontrados; de allí que los participantes reconocen que la tenencia suficiente de conocimientos, no garantiza la praxis de un estilo de vida saludable^{19,23-26}.

Estos hallazgos son también, contrarios a los resultados de un estudio que mostró un estilo de vida saludable en los estudiantes de Enfermería, en el que solo la dimensión de actividad física se encontraba alterada²⁷. Así mismo, se ha encontrado que algunos factores socioeconómicos, la influencia de la cultura y el rol social que desempeñan los estudiantes universitarios de ciencias de la salud, guardan una estrecha relación con la transformación negativa de aquellos comportamientos en salud, como los trastornos del sueño, altos niveles de estrés, estrechez de tiempo y con una menor relevancia a la alimentación^{6,23}.

No obstante, estos hallazgos coinciden con los reportados por Bak *et al.* y Thwaite *et al.*, al identificar los conocimientos adquiridos, como factor influyente en los comportamientos en salud, determinando además,

la falta tiempo por extensas jornadas académicas, falta de motivación y pereza, falta de dinero, alta carga académica y falta de conocimiento como grandes barreras^{14,15}.

Por otra parte, una investigación realizada en Colombia con estudiantes universitarios reportó que la interacción entre factores psicológicos y las creencias, pueden predecir y promover, tanto un estilo de vida saludable como una salud mental positiva; es decir, que las personas que afronten eficientemente situaciones estresantes, con sentido colectivo, y con altos índices de calidad de vida subjetiva, posiblemente manifiesten niveles altos de salud mental, y por tanto de su estado de salud somática mediante la adopción de prácticas saludables²⁸. Lo anterior es concordante con los hallazgos de este estudio donde el desbalance emocional actúa como coadyuvante para comportamientos de riesgo para la salud.

En una investigación realizada en Colombia, con la participación de estudiantes de enfermería, se resaltan factores influyentes afines con nuestros resultados, como son: el abandono del domicilio familiar, la interacción con personas de diferentes sitios de origen y las metodologías desarrolladas en los programas¹⁰. Así mismo, Evans *et al.* mostraron que a medida que los estudiantes avanzan en el plan de estudios, su salud mental y la actividad física autoinformada disminuyen¹³; situación contraria a este estudio que muestra que los comportamientos no saludables son independientes del semestre cursado.

Nuestros hallazgos y los de Darch *et al.*, coinciden en cuanto a que, desde el pregrado los estudiantes deberían consolidarse como modelo saludable a seguir; sin embargo, algunos consideran que es una elección personal más que un requisito; algunos retratan a las enfermeras, como modelos imperfectos a seguir ocasionando disminución de la confianza por parte de los pacientes¹⁸. Los estudiantes reconocen el rol significativo de los docentes; no obstante, los resultados indican que, si bien es importante la coherencia que observan entre la plática y práctica docente, no en todos ocurre apropiación del conocimiento recibido, el cual en la mayoría de los casos la congruencia no determina la decisión de modificar su propio estilo de vida^{24,26}.

Por otro lado, la educación recibida en el núcleo familiar es un factor determinante a la hora de fomentar y poner en práctica hábitos saludables, sustentado en conocimientos empíricos y costumbres adoptadas durante el desarrollo integral de las personas. También es importante señalar la necesidad de estructurar

herramientas pedagógicas que faciliten su desarrollo en el plan de estudios universitario; esto en razón de que los encuestados afirman ser sujetos de conocimiento sobre autocuidado y promoción de hábitos de vida saludable desde limitadas asignaturas^{29,30}. Se encontró en este estudio que la estrategia de enseñanza-aprendizaje más utilizada es la clase magistral, lo que evidencia la persistencia y prevalencia del enfoque tradicional que limita el aprendizaje con sentido¹².

Si bien, en Colombia, la temática de Autocuidado y HyEVS se encuentra integrada al plan de estudios de enfermería¹², hay autores que identifican déficit y desarticulación de dichos contenidos¹⁸. Es recomendable que los planes de estudio promuevan no solo la salud de las comunidades sino también de los mismos estudiantes¹⁴.

Finalmente, los hallazgos en nuestra investigación concuerdan con lo establecido por Gutiérrez, D. y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en cuanto a que se requiere la reconstrucción de la EpS, como proceso pedagógico, *"que aclare cuál es el tipo de humanos que se pretende aportar a formar, qué es lo que se quiere enseñar/aprender, para qué y cómo hacerlo, entre otros interrogantes"*³¹, para lo cual se debe partir de tener claridad pedagógica en los microdiseños de las asignaturas y en el desarrollo de sus contenidos.

Los hallazgos aquí descritos y analizados, evidencian la dificultad que existe para comprender la fuerza que ejerce la acción pedagógica sobre la transformación de los individuos y colectivos, en la dimensión cognitiva, conductual y práctica, sin que esto pretenda una práctica educativa proteccionista, unidireccional ni controladora de sujetos, sino que sirva de mediador para que los sujetos y comunidades logren su rol protagónico en la construcción y reconstrucción de su propia salud y la de su contexto inmediato.

CONSIDERACIONES FINALES

El autocuidado y los HyEVS enseñados durante el pregrado de enfermería logran su finalidad cuando los estudiantes desarrollan habilidades no solo para el cuidado de la salud y la vida de otros, sino para el cuidado propio, cimentado y fortalecido en la fundamentación técnico-científica adquirida durante la formación universitaria. Las estrategias metodológicas innovadoras y el modelado docente de vida saludable, si bien no son

determinantes para la transformación positiva del estilo de vida, juegan un rol importante al permear procesos de conciencia y de autorreconocimiento de hábitos individuales y familiares que atentan contra la propia salud. Así mismo, la decisión de iniciar dicho cambio es independiente del avance del semestre y al nivel de conocimientos, más bien la presencia o ausencia de patologías en familiares sumado a la resistencia o asertividad familiar frente a estos temas, actúan como grandes categorías que repercuten en el estilo de vida.

Las barreras para la adopción de Hy EVS identificadas son la alta carga académica, el desinterés por el cambio, la escasez económica, la disposición de alimentos no saludables en el claustro universitario y las metodologías de enseñanza tradicionales deben llamar a la reflexión sobre el aporte del Programa de Enfermería en la formulación y ejecución de políticas institucionales que formalicen la apuesta por fortalecerse y consolidarse como pionera en universidad promotora de la salud de la región Surcolombiana.

Lo anterior parte de un análisis integral de factores individuales, económicos, sociales y culturales que permitan entender la EpS, dimensionada como proceso que se orienta a perfeccionar los agentes que participan en su realización, iniciando con la transformación del estudiante, por lo que resulta urgente examinar a la luz del plan de estudios del Programa de Enfermería, la función social del proceso pedagógico de EpS.

LIMITACIONES

El uso exclusivo del enfoque cualitativo para abordar el fenómeno de estudio, limitó la visión panorámica y amplia, por lo que se sugiere complementar a futuro con estudios cuantitativos.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores expresan no tener ningún conflicto de interés.

FINANCIACIÓN

Este proyecto fue apoyado con recursos de la Universidad Surcolombiana, en el marco del desarrollo del proyecto de menor cuantía con código N°3478.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF>
- 2) Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- 3) Flores Otero B, Aceituno Duque J. Planes de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en niños y adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021; 23(90): 143-153. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v23n90/1139-7632-pap-90-23-143.pdf>
- 4) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- 5) Organización Panamericana de la Salud. Los adolescentes y las enfermedades no transmisibles [hoja informativa]. 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Factsheet-Adolescentes-NCDS-Spa-2012.pdf>
- 6) Solera Sánchez A, Gamero Lluna A. Hábitos saludables en universitarios de ciencias de la salud y de otras ramas de conocimiento: un estudio comparativo. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2019; 23(4):271-282. doi: 10.14306/renhyd.23.4.762
- 7) Varela MT, Duarte C, Salazar IC, Lema LF, Tamayo JA. Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colomb Med*. 2011; 42(3):269-277. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28322503002>
- 8) Canova-Barrios C. Estilo de vida de estudiantes universitarios de Santa Marta, Colombia. *Rev Colomb Enferm*. 2017; 14:23-32. doi: 10.18270/rce.v14i.2025
- 9) Colmenares Guerrero J, Zapata Niño S, Yepes Herrera J. Estilo de vida saludable en estudiantes de Enfermería desde el modelo de Nola Pender [Tesis de pregrado, Universidad Simón Bolívar]. Repositorio digital Universidad Simón Bolívar. 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12442/8700>
- 10) Laguado Jaimes E, Gómez Díaz MP. Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoció salud*. 2014;19(1): 68-83.
- Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>
- 11) Morales M, Gómez V, García RC, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno S. Estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería del Estado de México. *Rev Colomb Enferm*. 2018; 16: 14-24. doi: <https://doi.org/10.18270/rce.v16i13.2300>
- 12) Rodríguez-Gallo EB, Parra-Vargas M. Enseñanza de la salud pública en la formación del pregrado de enfermería en una universidad colombiana. *Rev Fac Med*. 2019; 67(1): 83-89. doi: [10.15446/revfacmed.v67n1.62822](https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.62822)
- 13) Evans JMM., Andreis F, Cameron DM, Eades CE. How does the self-reported health of undergraduate nursing students change during their degree programme? Survey results from a Scottish University. *BMC Nurs*. 2021; 20(1):44. doi: [10.1186/s12912-021-00563-w](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00563-w)
- 14) Bak M, Hoyle LP, Mahoney C, Kyle RG. Strategies to promote nurses' health: A qualitative study with student nurses. *Nurse Educ Pract*. 2020; 48:102860 doi: [10.1016/j.nepr.2020.102860](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102860)
- 15) Thwaite TL, Heidke P, Williams SL, Vandelanotte C, Rebar AL, Khalesi S. Barriers to healthy lifestyle behaviours in Australian nursing students: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2020; 22(4): 921-928. doi: [10.1111/nhs.12749](https://doi.org/10.1111/nhs.12749)
- 16) Borré-Ortiz YM., Pabón Varela Y, Henao Sanabria L, Amaya Bautista K, Polo Tapias KP. Caracterización de los programas de enfermería en Colombia. *Investig andina*. 2015; 17(31): 1418-1432. doi: [10.33132/01248146.551](https://doi.org/10.33132/01248146.551)
- 17) Wilson R, Godfrey CM, Sears K, Medves J, Ross-White A, Lambert N. Exploring conceptual and theoretical frameworks for nurse practitioner education: a scoping review protocol. *JBISIRIR*. 2015; 13(10): 146-155. doi: [10.11124/JBISIRIR-2015-2150](https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2015-2150)
- 18) Darch J, Baillie L, Gillison F. Preparing student nurses to be healthy role models: A qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2019; 40:102630. doi: [10.1016/j.nepr.2019.102630](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102630)
- 19) Canova-Barrios C, Quintana-Honores M, Álvarez-Miño L. Estilos de Vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud: Una revisión sistemática. *Rev cient UCES*. 2018; 24(2):98-126. Disponible en: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/531>
- 20) Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propós Represent*. 2019; 7(1): 201-229. doi: [10.20511/pyr2019.v7n1.267](https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267)

- 21) Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las ENT: "Mejores inversiones" y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/259351>
- 22) Lundberg K, Jong MC, Kristiansen L, Jong M. Health Promotion in Practice-District Nurses Experiences of Working with Health Promotion and Lifestyle Interventions Among Patients at Risk of Developing Cardiovascular Disease. *Explore (NY)*. 2017; 13(2): 108-115. doi: 10.1016/j.explore.2016.12.001
- 23) Arizmendi Jaime ER, Hernández Márquez CI, Fernández Sánchez A, Ortega Ceballos PA, Fajardo Santana M del S. Estudiantes de enfermería y estilos de vida saludables. *Rev Paraninfo Digital*. 2018; XII (28): e021. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e021.pdf>
- 24) Carranza RF, Caycho-Rodríguez T, Salinas SA, Ramírez M, Campos C, Chuquista K, Pérez J. Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Rev Cubana Enfermer*. 2019; 35(4): e2859. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000400009
- 25) Chávez Huaytán YM. Estilos de vida saludable en los estudiantes de enfermería del IX y X ciclo de la Universidad Privada San Juan Bautista octubre 2019 [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Nacional Digital de Ciencia. 2020. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ_40dab19558b903d78bfdefb91c3ef7a4
- 26) Torres J, Contreras S, Lippi L, Huaiquimilla M, Leal R, Torres J, Contreras S, Lippi L, Huaiquimilla M, Leal R. Hábitos de vida saludable como indicador de desarrollo personal y social: discursos y prácticas en escuelas. *Calid educ*. 2019; 50(50): 357-392. doi: 10.31619/CALEDU.N50.728
- 27) Vara Calixto KS. Estilo de vida según características sociodemográficas en estudiantes de enfermería en una universidad pública. Lima-2019 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis, Repositorio de Tesis Digitales. 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11687>
- 28) Gómez-Acosta CA. Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2018; 20(2): 155-162. doi: 10.15446/RSAP.V20N2.50676
- 29) Batista Mainegra A, Rojas Hernández NM, González Aportela O, Hernández García L. Educación para la Salud desde el curriculum electivo como experiencia de formación integral de estudiantes universitarios. *Educ Med Super*. 2015; 29(3): 555-565. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300014
- 30) Berenguer Gouarnaluses M del C, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. *MEDISAN*. 2017; 21(1): 62-75. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368449644008>
- 31) Gutiérrez D, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>

PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DE TERCERA EDAD EN HEMODIÁLISIS EN EL ESTADO CARABOBO. VENEZUELA.

PREVALENCE AND CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ELDERLY PATIENTS ON HEMODIALYSIS IN THE STATE OF CARABOBO. VENEZUELA.

Elita Tabete^{1,2}, Jesús Leal³, Francis Scovino C.^{1,2}, Francis Soto O.², María Pérez T.⁴

ABSTRACT

With the objective of knowing the prevalence and clinical-epidemiological profile of elderly patients on hemodialysis, a quantitative, descriptive and cross-sectional investigation was carried out. A non-probabilistic, intentional sample was selected, consisting of 143 patients of both sexes, over 65 years of age who were undergoing hemodialysis treatment in the 8 dialysis centers of the state of Carabobo during the month of August 2023. A questionnaire was applied to obtain information on patients and identify their clinical and epidemiological characteristics. The results show that the prevalence of these patients on hemodialysis is 2.78 per 10 patients, with an average age of 70 years, male (65.37%), and the majority (54.54%) from the Valencia municipality of the federal entity. All patients were reported, according to their socioeconomic conditions, in stratum IV (medium-low) according to Graffar, and without work activity (70.62%). In relation to morbidity, arterial hypertension (43.35%) and diabetes (27.97%) were identified. All patients presented comorbidities, with diabetes being the most common (32.86%), followed by anemia (26.57%). Permanence on dialysis was 1 to 5 years (39.86%) with an average of 3.5 years. Autologous vascular access represented 59.44%. In relation to the body mass index, the normal weight range was 37.76%, followed by overweight with 13.98%. It is concluded that the prevalence of older adults on hemodialysis is significant, with a clinical-epidemiological profile that reports the presence of comorbidity and a predominance of low socioeconomic status in these patients.

KEY WORDS: epidemiological characterization, chronic kidney disease, older adults, hemodialysis.

RESUMEN

Con el objetivo de conocer la prevalencia y perfil clínico epidemiológico de pacientes de tercera edad en hemodiálisis, se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo y corte transversal. Fue seleccionada una muestra no probabilística, intencional, conformada por 143 pacientes de ambos sexos, mayores de 65 años que cumplían tratamiento de hemodiálisis en los 8 centros de diálisis del estado Carabobo durante el mes de agosto 2023. Se aplicó un cuestionario para obtener información de los pacientes e identificar sus características clínicas y epidemiológicas. Los resultados evidencian que la prevalencia de estos pacientes en hemodiálisis es de 2,78 por cada 10 pacientes, con edad promedio de 70 años, sexo masculino (65,37%), y la mayoría (54,54%) con procedencia del municipio Valencia de la entidad federal. Todos los pacientes se reportaron, según sus condiciones socioeconómicas en estrato IV (medio-bajo) según Graffar y sin actividad laboral (70,62%). En relación a la morbilidad se identificó Hipertensión arterial (43,35%) y Diabetes (27,97%). Todos los pacientes presentaron comorbilidades, siendo la diabetes la más frecuente (32,86%), seguida de anemia (26,57%). La permanencia en diálisis fue de 1 a 5 años (39,86%) con promedio de 3.5 años. El acceso vascular autólogo representó 59,44%. En relación con el índice de masa corporal, el rango de peso normal fue de 37,76%, seguido de sobrepeso con 13,98%. Se concluye que la prevalencia del adulto mayor en hemodiálisis es significativa. La comorbilidad y el bajo nivel socio económico predominan en el patrón clínico epidemiológico del adulto mayor en diálisis.

PALABRAS CLAVE: caracterización epidemiológica, enfermedad renal crónica, adulto mayor, hemodiálisis.

Recibido: 24 de noviembre de 2023 Aceptado: 25 de febrero de 2024

¹Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Post Grado de Nefrología de adultos- Valencia, Venezuela. ²Servicio de Nefrología de Adultos. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Doctorando Ciencias Médicas. Venezuela. ³Universidad Panamericana del Puerto. Doctorado de Ciencias Médicas. Puerto Cabello, estado Carabobo, Venezuela. ⁴Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Valencia, Venezuela.

Elita Tabete. **ORCID:** 0009-0008-9713-4414
Jesús Leal. **ORCID:** 0009-0002-6833-8767
Francis Scovino C. **ORCID:** 0009-0009-3761-2944
Francis Soto O. **ORCID:** 0009-0002-9710-4756
María Pérez T. **ORCID:** 0009-0003-1647-9984

INTRODUCCIÓN

La proyección demográfica mundial desde el año 1980 hasta 2025, muestra un aumento general de la población de 14,7% y, en particular, un crecimiento de 76,9% en las personas mayores de 60 años. Se estima que la población mundial mayor de 65 años aumentará en más de 750.000 personas/mes y para el año 2040, 21% estará en este rango mayor de 65 años¹.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global, no sólo demográfico sino médico y en el área de la nefrología no podía ser diferente. Ocurre por varios factores, como el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad. Este cambio demográfico plantea desafíos y oportunidades para los gobiernos y las sociedades en términos de atención médica, seguridad social y bienestar de las personas mayores. De allí que la importancia de las proyecciones demográficas reside en permitir la planificación y adaptación de las políticas y servicios para atender las necesidades de una población cada vez más envejecida y en constante crecimiento². Así mismo, trae consigo un aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, ya que a medida que la edad avanza, estas enfermedades se entremezclan y se complican, provocando una fragilidad biológica cada vez mayor³.

La enfermedad renal crónica (ERC), en países como España, afecta a una cuarta parte de los pacientes ≥ 65 años y su prevalencia aumenta exponencialmente con la agregación de factores de riesgo cardiovascular⁴. El factor fisiopatológico inicial de la ERC es la disminución de la tasa de filtración glomerular que es independiente de la edad, sexo y de otros factores de riesgo⁵. El envejecimiento renal por sí mismo, se asocia con alteraciones de la morfología renal y en una declinación de la función del riñón, donde ocurren cambios estructurales y funcionales poco distinguibles de aquellos cambios producidos por otras patologías. Los mecanismos patogénicos más frecuentemente involucrados son las alteraciones genéticas, inflamación crónica y senescencia celular. Las alteraciones estructurales asociadas al envejecimiento son la glomeruloesclerosis, fibrosis de la íntima, atrofia tubular, y la fibrosis intersticial, mientras que los factores de progresión y pronóstico son esencialmente, la proteinuria, la hipertensión arterial y un factor agravante de nefrotoxicidad es la polimedicación en el anciano⁶.

La terapia dialítica es un tratamiento médico que se utiliza para sustituir la función renal en personas con ERC avanzada. El adelanto en la prevención de enfermedades de alto riesgo como las enfermedades

cardiovasculares, la posibilidad de mantener en vida a pacientes con enfermedades degenerativas de larga evolución, el éxito de la terapia antineoplásica, entre otras, ha hecho que el número de pacientes tributarios de tratamiento sustitutivo renal tenga una progresión ascendente⁷. Por otra parte, el desarrollo tecnológico que ha permitido mejorar la tolerancia y una mayor seguridad de los diferentes métodos de tratamiento de la ERC, así como la mayor disponibilidad de recursos, han conducido a un progresivo incremento de enfermos ancianos en los programas de diálisis, con aceptables índices de supervivencia⁸. Sin embargo, en el caso de los ancianos, existen consideraciones adicionales que deben tenerse en cuenta.

En primer lugar, los ancianos suelen presentar una mayor comorbilidad, esto conlleva a tener una menor esperanza de vida en comparación con los pacientes más jóvenes y nos lleva a plantearnos si los beneficios de la diálisis, como la mejora de la calidad de vida y la supervivencia, justifican los costos biológicos, psicológicos y socioeconómicos asociados con el tratamiento. Por otro lado, la geriatización de la diálisis implica adaptar el tratamiento a las necesidades específicas de los ancianos. Esto puede incluir ajustes en la dosis de diálisis, la frecuencia de las sesiones y la elección de la modalidad de diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal). También es necesario tener presente los objetivos de atención del paciente, como mantener la autonomía y la calidad de vida⁹.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la diálisis no es la única opción de tratamiento para los ancianos con ERC avanzada. En algunos casos, puede ser más apropiado considerar otras opciones, como el cuidado paliativo o la atención conservadora, que se centran en el control de los síntomas y la mejora de la calidad de vida sin someter al paciente a tratamientos invasivos. No está claro aún, si el tratamiento renal sustitutivo es la mejor opción frente al tratamiento conservador en este grupo de pacientes, ya que una gran proporción de ellos presentan una fragilidad aumentada, con altos índices de dependencia y mayor número de comorbilidades, donde se incluyen: Diabetes mellitus (DM), enfermedad arteriosclerótica de localización diversa, cardiopatías, con o sin insuficiencia cardíaca, dificultades en los accesos vasculares¹⁰.

El adulto mayor con ERC en diálisis es un paciente particular ya que en él, generalmente se combinan su fragilidad, algunas veces el compromiso cognitivo y las múltiples comorbilidades que deterioran aún más su estado general.

Por esta razón, el enfoque bioético asistencial del anciano en hemodiálisis, demanda el replanteamiento de los modelos asistenciales, de los principios de equidad y distribución de recursos y del ejercicio de un criterio nuevo¹¹. Esto se refiere a la humanización en la atención socio-sanitaria de las personas mayores con el fin de que puedan gozar de una mayor calidad de vida; entendida ésta, no sólo como la satisfacción de las exigencias impuestas por la dignidad personal, sino como la ética profesional adaptada a los retos del progreso científico.

En consecuencia, adaptar terapias y establecer estrategias que mejoren la condición clínica y calidad de vida de los pacientes, requiere del conocimiento de este grupo de la población en detalle. Por lo tanto, en esta investigación se planteó como objetivo, determinar la prevalencia y el perfil clínico epidemiológico de pacientes de tercera edad en tratamiento de hemodiálisis en el estado Carabobo, Venezuela.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, de tipo descriptivo y de corte transversal, en los 8 centros de diálisis del estado Carabobo, Venezuela, durante el mes de agosto del año 2023. La población estuvo constituida por 514 pacientes que cumplían tratamiento dialítico con hemodiálisis, atendidos en dos unidades intrahospitalarias y en 6 centros extra hospitalarios de la entidad federal. Se efectuó un muestreo no probabilístico de tipo intencional quedando la muestra conformada por 143 pacientes adultos mayores. Cada paciente fue informado de los objetivos y métodos de la investigación antes de decidir su incorporación al estudio, para lo cual se diseñó un formato de consentimiento informado siguiendo los principios éticos para la investigación médica, el cual fue revisado y aprobado por la Comisión de Bioética de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (CHET), en Valencia, estado Carabobo.

Los criterios de inclusión fueron: edad de 65 años y más, con tratamiento dialítico 3 veces por semana, con asistencia regular a las sesiones de hemodiálisis (cupo fijo) y manifestación voluntaria de participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se consideraron como criterios de exclusión: edad menor a 65 años, negación a participar en el estudio, no firmar el consentimiento informado, pacientes de apoyo dialítico sin cupo fijo en el centro.

Se utilizó un instrumento de recolección de la información tipo cuestionario considerando las

variables: a) características epidemiológicas que incluyó: edad sexo, procedencia, estrato social según escala de Graffar-Méndez Castellanos¹² y actividad laboral; b) características clínicas donde se contempló: etiología de la enfermedad renal, presencia de comorbilidades, tiempo de permanencia en diálisis, tipo de acceso vascular, índice de masa corporal (IMC).

Los datos recopilados fueron sistematizados en Microsoft Excel ®. El procesamiento de la información se realizó de forma automatizada utilizando el programa estadístico SPSS versión 26 para Windows. Fueron calculadas medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Todos los resultados fueron expresados en forma de tablas estadísticas para facilitar la interpretación y comprensión de los mismos.

RESULTADOS

La prevalencia de pacientes de la tercera edad con hemodialisis, atendidos en los 8 centros del estado Carabobo, se reportó en 27,8%; es decir, 2,78 pacientes de tercera edad por cada 10 pacientes en hemodiálisis.

La tabla I muestra las características epidemiológicas de dichos pacientes de tercera edad en hemodiálisis. En lo que respecta a la edad, el rango de 65-75 años representó la mayor proporción, con 81,8%. ($70 \pm 4,2$). La edad más baja registrada fue de 65 años, mientras que la más alta alcanzó los 95 años. En relación al sexo, 65,4% de los pacientes correspondían al sexo masculino y 34,6% al femenino. Al analizar las características sociodemográficas, se destacó que 54,5% de los pacientes provenían del municipio Valencia y en términos socioeconómicos, todos estos pacientes de la muestra en estudio, pertenecían al estrato IV según la escala de estratificación social de Graffar-Méndez Castellanos¹². En cuanto a la actividad laboral, 70,6% de los pacientes, manifestaron no desarrollar ninguna actividad laboral.

En la Tabla II se presentan las características clínicas de los pacientes. Se observó que la hipertensión arterial sistémica (HTA) fue la primera causa de ERC en estos pacientes de tercera edad, representando 43,4% de la muestra; mientras que la DM se reportó en segundo lugar, en 27,9% de los casos estudiados.

En cuanto a la frecuencia de comorbilidades, se encontró que todos los pacientes incluidos en el estudio presentaron comorbilidades, siendo la diabetes la más frecuente con 32,9%, seguida de la anemia en 26,6% de

Tabla 1. Distribución de pacientes con enfermedad renal crónica según características epidemiológicas. Valencia, estado Carabobo, Venezuela.

Características Epidemiológicas	Frecuencia (n=143)	%
Promedio de edad	70 años $\pm$ 4,2	
Grupo de edades		
65 a 75 años	117	81,81
76 a 85 años	25	17,48
86 años y más	1	0,69
Sexo		
Masculino	94	65,73
Femenino	49	34,26
Actividad Laboral		
Trabaja	42	29,37
No Trabaja	101	70,62
Estratificación Social		
Estrato IV	143	100
Procedencia según Municipio		
Bejuma	4	2,79
Carlos Arvelo	6	4,19
Diego Ibarra	3	2,09
Guacara	13	9,09
Libertador	4	2,79
Los Guayos	6	4,19
Naguanagua	22	15,38
San Diego	6	4,19
San Joaquín	1	0,69
Valencia	78	54,54

los casos. En 23,8% de los pacientes, se identificó uropatía obstructiva asociada a neoplasias pélvicas.

En relación con la duración del tratamiento con hemodiálisis, se pudo observar que 39,9% de los pacientes tenían una permanencia de 1 a 5 años con dicho tratamiento, mientras que 36,4% presentaban una duración menor a un año. El promedio de permanencia en el tratamiento dialítico fue de $3.5 \pm 2,55$.

El acceso vascular autólogo (fistula arteriovenosa) fue el tipo más común utilizado en los pacientes, representando 59,4% de los casos, mientras que 40,6% tenían acceso vascular heterólogo (catéter de hemodiálisis).

En relación con el IMC, el mayor número de pacientes se encontró en el rango de peso normal (18,5

% - 24,9%) con 58,7 % seguido del rango de sobrepeso (25%- 29,9%) con 24,5%.

DISCUSIÓN

Es fundamental tener en cuenta que la prevalencia de la ERC puede variar entre países y regiones, así como estar influenciada por factores genéticos, alimenticios, de estilo de vida y la presencia de otras enfermedades crónicas. En este estudio, de una población de 514 pacientes, se obtuvo una prevalencia de 27,8% que representa 2,78 pacientes de tercera edad por cada 10 pacientes en hemodiálisis. Esta información destaca la importancia de abordar y prevenir la ERC en la población de tercera edad, considerando las particularidades de cada contexto y la influencia de factores de riesgo asociados.

Tabla 2. Distribución de pacientes según características clínicas de enfermedad renal crónica. Valencia, estado Carabobo. Venezuela.

Características Clínicas	Frecuencia n=143	(%)
Etiología		
HTA	62	43,35
Diabetes	40	27,97
Obstructiva	11	7,6
Rechazo Crónico	1	0,69
Mixta (HTA y Diabetes)	29	20,27
Presencia de Comorbilidad		
Si	143	100
No	0	0
Tipo de Comorbilidades		
Anemia	38	26,57
Diabetes	47	32,86
Hipertrofia Prostática	15	10,48
Uropatía Obstructiva por Neoplasia	34	23,77
Hipotiroidismo	9	6,29
Tiempo de Permanencia en Diálisis		
Promedio 3,5 ± 2,5		
<1 año	52	36,36
1 – 5 años	60	39,86
>5 años	31	23,78
Acceso Vascular		
Autólogo (FAV)	85	59,44
Heterólogo (Catéter)	58	40,55
Índice de Masa Corporal		
18,5 – 24,9 (Normal)	84	58,74
25 – 29,9 (Sobrepeso)	35	24,47
30 – 34,9 (Obesidad 1)	24	16,78

El análisis del perfil epidemiológico de los pacientes estudiados mostró resultados relevantes donde destacan factores relacionados con la prevalencia de pacientes en hemodiálisis: edad y sexo: la edad y el sexo. En atención a la edad, 81,8% de estos pacientes estaban entre 65 a 75 años, con promedio de 70 años. En lo que respecta al sexo, predominaron los hombres con 65,4%. Estos resultados coinciden con otros estudios, como el de Pérez-Martin y cols.¹³ quienes reportaron un mayor porcentaje de pacientes entre los 65 y 69 años de edad (37,7%) y del sexo masculino (66,04%). Así mismo, Artola-Matos y cols.¹⁴ reportaron un 40% de pacientes entre 60 y 64 años y 59% del sexo masculino. Sin embargo, en contraposición a estos hallazgos Calderón Cordero y cols.¹⁵ en el estudio sobre diálisis en el adulto

mayor realizado en Colombia; informaron de su estudio, una edad promedio de 77,2 años entre los pacientes y una frecuencia más alta del sexo femenino (53,8%). La edad juega un papel importante en la morbilidad y mortalidad de los pacientes en hemodiálisis, ya que el organismo presenta un mayor desgaste celular y de la capacidad regenerativa a medida que avanza la vida. Por lo tanto, la ERC y la necesidad de hemodiálisis son más frecuentes en adultos mayores, y el pronóstico general para estos pacientes suele ser peor a lo largo del tiempo.

En relación a la procedencia o distribución geográfica, el mayor porcentaje de pacientes procedían del municipio Valencia (54,5%), asiento de la ciudad capital del estado Carabobo. En consecuencia, el hecho

de que el mayor porcentaje de pacientes provenga de este municipio puede deberse a su alta densidad poblacional, donde es probable encontrar pacientes de diferentes condiciones socioeconómicas y con mayor disponibilidad de centros de salud en esa zona. En cuanto al nivel socio económico, se reportó que todos (100%) los pacientes pertenecían al estrato IV, (nivel medio-bajo), según la escala de Graffar-Méndez Castellanos, lo que indica que pueden enfrentar desafíos económicos y sociales que afectan su bienestar.

Si bien la actividad laboral no es un factor de riesgo reportado para la ERC, los recursos económicos que se obtienen de la misma, es un factor que repercute en la condición clínica de estos pacientes de la tercera edad, quienes tienen requerimientos nutricionales particulares, ameritan cumplir la terapia farmacológica, autocuidado, realizar exámenes complementarios frecuentes, costear el transporte público para acudir al centro de diálisis, entre otras necesidades. Terazon Miclin y cols,¹⁶ reportan que la ERC es una patología que demanda de los pacientes y familiares, recursos económicos para solventar costo de atención médica. El control oportuno permite minimizar o prevenir las complicaciones. En esta investigación 70,6% de los pacientes no realizaban ninguna actividad laboral, y solo 41,3 % gozaba del ingreso por beneficio de pensión, la cual se expresa monetariamente en Venezuela en 130 Bs mensuales, equivalente en este año 2024 a 3,5\$.

En cuanto a la evaluación de los factores clínicos relacionados con la ERC en adultos mayores, se ha observado que la HTA y la diabetes son las causas más frecuentes de esta enfermedad. Estas condiciones médicas pueden interactuar entre sí y empeorar mutuamente, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones renales y cardiovasculares. En esta investigación, la hipertensión arterial sistémica ha sido la etiología más común de ERC, presente en 43,4% de los casos estudiados, seguida de la diabetes en 27,9%. Estos resultados son similares a los reportados en el año 2020 por Pérez Martín y cols¹³. Posteriormente en el año 2022, otros investigadores¹⁴ también encontraron que la nefroangioesclerosis representó 30,7% de los casos y la nefropatía diabética 28,5%.

La comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más enfermedades o trastornos médicos en un mismo individuo. En el caso de los pacientes renales, estas condiciones médicas pueden interactuar y afectar negativamente, generar una mayor carga de síntomas, restricciones en la dieta y el estilo de vida, y una mayor dependencia de los tratamientos médicos; así como aumentar el riesgo de complicaciones. En esta

investigación se encontró que todos los pacientes estudiados (100%) presentaron comorbilidades siendo las más frecuentes, la diabetes en 32,9% y anemia en 26,6% de los pacientes. Estos resultados difieren completamente de los reportados en el año 2022 por Artola-Matos y Quiñones-Borrell¹³, quienes encontraron mayor morbilidad relacionada con los aspectos psicológicos: ansiedad (46,9%) y depresión (39,9%.) La comorbilidad tiene implicaciones clínicas y terapéuticas que puede condicionar una evolución lenta y tórpida; no obstante, dificulta el manejo de la enfermedad renal, ya que los tratamientos y las intervenciones requieren ser más complejos y con un enfoque multidisciplinario.

Respecto a la duración del tratamiento dialítico con hemodiálisis, el estudio muestra que 39,9% de los pacientes tenían un tiempo de permanencia entre 1 y 5 años, con un promedio de tiempo de 3.5 años. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en la literatura, donde se observa una mayor cantidad de pacientes de la tercera edad con un tiempo relativamente corto dentro del programa de diálisis, como lo señalan Oliveira y cols¹⁷, quienes observaron que 51,9% de los ancianos se encontraban en el rango de 2 a 3 años en el tratamiento dialítico; igualmente, Artola-Matos y Quiñones-Borrell¹⁴ quienes encontraron 58,8 % de los casos con un tiempo de permanencia < a 1 año. Este alto porcentaje de pacientes mayores con un período corto en el tratamiento dialítico indica la necesidad de evaluar y mejorar las estrategias de atención y seguimiento, con el objetivo de reducir la carga de complicaciones y mejorar la calidad de vida y esperanza de vida de estos pacientes.

En referencia al acceso vascular, la fístula arteriovenosa (FAV) o acceso vascular autólogo fue el más frecuente y estuvo presente en 59,4% de los pacientes. Los resultados no coinciden con los obtenidos por Calderón y cols.¹⁵ quienes encontraron, en el año 2014, que 71,2% de los pacientes tenían catéter transitorio de hemodiálisis, tampoco con los de Pérez-Martin y cols.¹³ quienes reportaron que el acceso vascular más frecuente fue el catéter venoso central con un 60,4% de los pacientes. También se contraponen a los encontrados por Artola-Matos y Quiñones-Borrell¹⁴ quienes observaron que 57,9 % de los pacientes tenían como acceso vascular un catéter intravascular para hemodiálisis, mientras que 28,9% tenían FAV. Estos resultados reflejan que la FAV no se construye en la etapa predialisis; además, muchos pacientes ingresan a diálisis de urgencia por lo que ameritan un acceso vascular inmediato. Para el tratamiento de hemodiálisis la FAV, es considerada la mejor opción de acceso vascular debido a sus ventajas en términos de flujo sanguíneo, durabilidad, menor riesgo de infecciones, mejor calidad

de la diálisis, menor riesgo de complicaciones y costos reducidos en comparación con otros tipos de acceso vascular en la hemodiálisis.

En cuanto al IMC, el mayor número de pacientes estuvo agrupado en el rango de peso normal (18,5% - 24,9%) con un 58,7 %, seguido del rango de sobrepeso (25%- 29,9%) con 24,5%. Estos resultados son similares a los encontrados por Artola-Matos y Quiñones-Borrell¹⁴ quienes en su estudio encontraron que 50% de los adultos estudiados se encontraban en normopeso. El IMC puede ser una herramienta útil para evaluar el estado nutricional y el riesgo de complicaciones en los adultos mayores con enfermedad renal. Mantener un IMC saludable puede ser importante para el manejo y control de la enfermedad. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que el IMC es solo una medida y no debe ser el único factor considerado en la evaluación de la salud renal de estos adultos mayores. La pérdida de peso puede coexistir con la pérdida de tejido muscular e incremento del agua extracelular, por lo que no constituye un indicador altamente específico.

CONCLUSIONES

Los pacientes mayores en hemodiálisis representan una población en crecimiento con características, en general, similares a otros adultos

mayores en tratamiento dialítico. Destaca un mayor porcentaje de hombres y la hipertensión arterial como la etiología más frecuente de la ERC. La presencia de enfermedades concomitantes es común en este grupo. Los pacientes tienen una predominancia de acceso vascular autólogo y un promedio de tiempo de permanencia en diálisis de 3 años y medio. Además, la situación socioeconómica de estos pacientes es frágil.

El conocimiento de las características clínico-epidemiológicas de la ERC en los adultos mayores es primordial para los profesionales de la salud que laboran en hemodiálisis, ya que les proporciona información relevante para realizar un diagnóstico clínico y social preciso y establecer un plan de tratamiento adecuado. Esta información les ayudará a prevenir y manejar las complicaciones asociadas con la enfermedad, adecuar la dosis de diálisis, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Mignon F, Michel C, Mentre F, Viron B. Worldwide demographics and future trends of the management of renal failure in the elderly. *Kidney Int Suppl.* 1993; 41: S18-26.
- 2) Garcés Ramírez K, Barros Díaz O, Fernández Rodríguez M, Fernández Noguel M. Las Tunas. Escenarios demográficos de la población. 2015-2030. *Revista Novedades Población.* 2021; 17(34):327-353.
- 3) Cobacho Salmoral O, Parra Martos L, Laguna Castro M, Crespo Montero R. Factores asociados a la fragilidad en el paciente en tratamiento renal sustitutivo con diálisis. Una revisión sistemática. *Enfermería nefrológica.* 2021; 24(3):233-248.
- 4) Llisterri JL, Micó-Pérez RM, Velilla-Zancada S, Rodríguez-Roca GC, Prieto-Díaz MA, Martín-Sánchez V, et al. Prevalencia de la enfermedad renal crónica y factores asociados en la población asistida en atención primaria de España: resultados del estudio IBERICAN. *Med Clin.* 2021;156(4):157-9.
- 5) Gutiérrez Rufin M, Polanco López C. Enfermedad Renal Crónica en el adulto mayor. *Revista Finlay.* 2021; 8(1):1-8.
- 6) Floege J, Hackman B, Kliem V. Age-related glomerulosclerosis and interstitial fibrosis in Milan normotensive rat podyte disease. *Kidney Int.* 1997; 51: 230-43.
- 7) Wiggins J. Podocytes and glomerular function with aging. *Semin Nephrol.* 2009; 29(6): 587-93.
- 8) Nissenson AR. Dialysis therapy in the elderly patient. *Kidney Int Suppl.* 1993;40: S51-7.
- 9) Coresh J, Selvin E, Stevens L, Manzi J, Kusek J, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA.* 2007; 298 (17): 2038-2047. doi:10.1001/jama.298.17.2038
- 10) Martínez Echevers Y, Toapanta Gaibor NG, Nava Pérez N, Barbosa Martín F, Montes Delgado R, Guerrero Riscos MA. Supervivencia de pacientes de edad avanzada (≥ 70 años) con enfermedad crónica estadios 4-5: diálisis vs tratamiento conservador. *Nefrología (Madrid).* 2016;36 (3): 283-291
- 11) Lara Roche C. La bioética en el cuidado del adulto mayor. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud.* 1998; 5(3): 21-25. Ed.SAIB. España.
- 12) Méndez Castellano H. Sociedad y estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa;1994. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772010000100003.
- 13) Pérez Martín L, Díaz Rojas J, González M, Blanco C, Montoto K. Caracterización del Adulto Mayor Hemodializado en el Hospital General Docente "Abel Santamaria" 2016- 2017. *Revista Universidad Médica Pinareña.* Enero- abril. 2020. 16(2): 17-24.
- 14) Artola-Matos L, Quiñones-Borrell I. Características de adultos mayores bajo hemodiálisis en el hospital provincial de Camagüey, 2015-2020. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2022: 47-51
- 15) Calderón C, Urrego JC. Diálisis en el adulto mayor. Mortalidad, calidad de vida y complicaciones. *Acta Médica Colombiana.* 2014; 39 (4): 359-367.
- 16) Terazón Miclín O, Vinent Terazón M A, & Pouyou Semanat J. Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos. *MEDISAN.* 2017; 21(1): 19-26.
- 17) Oliveira de Mendonça AE, Santos de Sousa Júnior B, da Guia Dantas J, Azevedo de Andrade D, Tedeschi Segato C, Nogueira Valença C. Aceptación de ancianos con insuficiencia crónica renal a la hemodiálisis. *Rev. Enferm. UFSM.* 2018: 48-54.

RELACIÓN DEL ÁCIDO ÚRICO Y PRONÓSTICO CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

RELATIONSHIP OF URIC ACID AND PROGNOSIS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE.

Javier Trejo T.^{1,2}; Paulina Feola P.^{1,2}; Luz Marina Navarrete G.^{1,2}

ABSTRACT

Cerebrovascular disease (CVD) is a clinical entity with focal neurological symptoms and signs, which represents the first cause of physical disability in adults, and the second global cause of death; so, its prevention is a priority. With the objective of determining the relationship of uric acid and its prognosis with cerebrovascular disease, a clinical, prognostic, analytical, longitudinal and prospective study was carried out. A sample was included which consisted of 200 patients of legal age, with cerebrovascular disease, and with clinical manifestation and imaging studies that were compatible with cerebrovascular disease. These patients were admitted to the Internal Medicine Service of the Central Hospital of Maracay, Aragua state, Venezuela, during the period January 2023 - June 2023. The results reported a predominance of males (53.50%), with the most frequent etiology of ischemic stroke, followed by hemorrhagic stroke (43%). Uric acid was found at 4.58 ± 1.65 mg/dl and presence of systemic arterial hypertension in 99.50%. Hemorrhagic CVD was more frequent among patients with low levels of uric acid, while ischemic CVD was observed in patients with high levels of uric acid ($p < 0.001$), both extremes presented the highest associated mortality in the 2 CVD groups ($p < 0.001$). It is concluded that there is a direct, bimodal, significant relationship between uricemia and functional dependence by Rankin for both ischemic and hemorrhagic CVD with high and low uric acid concentrations, respectively, triggering poor short- and long-term prognosis. The poor prognosis increases with increasing age and stroke severity scale.

KEY WORDS: uric acid, cerebrovascular disease, cardiovascular risk biomarkers.

RESUMEN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una entidad clínica con síntomas y signos neurológicos focales, que representa la primera causa de discapacidad física en adultos y la segunda causa global de muerte, por lo que su prevención es una prioridad. Con el objetivo de determinar la relación del ácido úrico y su pronóstico con enfermedad cerebrovascular, se realizó un estudio clínico, pronóstico, analítico, longitudinal, prospectivo. Se incluyó una muestra de 200 pacientes con enfermedad cerebrovascular que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de Maracay, estado Aragua, Venezuela durante el período enero 2023 - junio 2023, mayores de edad, con manifestaciones clínicas y estudios imagenológicos compatibles con enfermedad cerebrovascular. Los resultados reportaron predominio de sexo masculino (53,50%), con etiología más frecuente de ictus isquémico, seguido de hemorrágico (43%). El ácido úrico se encontró en $4,58 \pm 1,65$ mg/dl y presencia de hipertensión arterial sistémica en 99,50%. Los ECV hemorrágicos fueron más frecuentes entre pacientes con niveles bajos de ácido úrico, mientras que los ECV isquémicos se observaron en pacientes con niveles altos de ácido úrico ($p < 0,001$), ambos extremos presentaron la mayor mortalidad asociada en los 2 grupos de ECV ($p < 0,001$). Se concluye que existe una relación directa, bimodal, significativa entre uricemia y dependencia funcional por Rankin tanto para ECV isquémico como hemorrágico con concentraciones de ácido úrico elevadas y bajas, respectivamente, desencadenando mal pronóstico a corto y largo plazo. El mal pronóstico se eleva al aumentar la edad y la escala de severidad del ictus.

PALABRAS CLAVE: ácido úrico, enfermedad cerebrovascular, biomarcadores de riesgo cardiovascular.

Recibido: 24 de febrero de 2024 Aceptado: 29 de marzo de 2024

¹Escuela de Medicina "Dr. Wítremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabob-Núcleo Aragua. Venezuela. ²Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Estado Aragua, Venezuela.

Javier Trejo T. **ORCID:** 0009-0000-2624-0027
Paulina Feola P. **ORCID:** 0009-0001-7202-498X
Luz Marina Navarrete. **ORCID:** 0000-0001-6224-5052

INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular cerebral o enfermedad cerebrovascular (ECV) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa la primera causa de discapacidad física en adultos y la segunda causa global de muerte (9.7%), de las cuales 4.95 millones ocurren en países con ingresos medios y bajos, por lo que su prevención es una prioridad. Se define como, una entidad clínica con síntomas y signos neurológicos focales, instauración súbita, con duración mayor de 24 horas y presunto origen vascular. A su vez se subdivide en 2 grandes grupos, de acuerdo a su fisiopatología, en origen isquémico y hemorrágico¹.

La isquemia cerebral es la consecuencia de la oclusión de un vaso. En el ataque isquémico transitorio (AIT) no existe daño neuronal permanente, duración de los síntomas no mayor a 60 min, recuperación espontánea, *ad-integrum* y estudios de imagen (de preferencia resonancia magnética), sin evidencia de lesión. Por el contrario, en el ECV isquémico instaurado (daño neuronal irreversible) que representa 85% de los casos, se deben determinar las causas principales: aterotrombótico, cardioembólico o hipoperfusión cerebral^{1,2}.

Por otro lado, la enfermedad cerebrovascular hemorrágica dada por rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo^{3,4}, representa de 10-15% de los subtipos, puede ser de localización parenquimatosa (10% de los casos) y es definida como la extravasación de sangre dentro del parénquima cerebral¹. Su incidencia duplica después de los 35 años, y tiene elevada morbimortalidad. Su sitio de presentación varía considerablemente: lobar 20-30%, putamen 40-50%, pontino 5%, tálamo 10-15 % y cerebelo 10%^{2,5}.

Asimismo, la hemorragia subaracnoidea (5% de los casos) constituye la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo y se ha relacionado que 80% de los casos son secundarios a ruptura de aneurisma saculares, con elevadas tasas de mortalidad. Los aneurismas se localizan en la circulación anterior en 80-90% de los casos, con mayor frecuencia en bifurcaciones arteriales; en la circulación posterior, son frecuentes en la arteria basilar y en 15% de los casos se encuentran aneurismas múltiples^{1,2,5}.

Existen diversos factores de riesgo que permiten el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares, entre ellos destacan los no modificables: como edad avanzada (isquémico) y temprana (hemorragias subaracnoideas), sexo (masculino, relación hombre-mujer 2:1) y

antecedentes familiares. En relación a factores modificables tenemos: hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso - obesidad, régimen alimentario, así como cardiopatías estructurales y trastornos del ritmo⁶.

Los factores de riesgo antes mencionados, tienen un común denominador en el cual su sustrato fisiopatológico es secundario al desarrollo de aterosclerosis y lesión endotelial asociada que progresa en función del tiempo, ocasionando daño crónico a órganos diana vitales (cerebro, corazón, riñón) por aumento del riesgo cardiovascular per se^{6,7}. La aterosclerosis además de participar, fundamentalmente, en las entidades previamente descritas, esta asociada a una amplia gama de complicaciones; por tanto, disminuir o eliminar los factores que elevan el riesgo cardiovascular (RCV) es una medida de prevención para el desarrollo de enfermedades cardio y cerebrovasculares^{4,6}.

Existen muchos biomarcadores capaces de influir en el desarrollo del riesgo cardiovascular, tal es el caso del ácido úrico cuyos niveles séricos normales se encuentran entre 2 y 6 mg/dl, considerándose niveles elevados por encima de 7 mg/dl en hombres y 6,5 mg/dl en mujeres⁸. Por ello, en diversos estudios, se ha demostrado que uricemias mayores de 7,0 mg/dl tienen 40% de riesgo de desarrollar hipertensión arterial, enfermedad coronaria y cerebrovascular a los 10 años, respecto a población sana^{5,9}.

Se considera que la hiperuricemia es un importante factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardio y cerebrovasculares, predominantemente de origen isquémico, debido a la fisiopatología del mismo (activación inapropiada del sistema renina-angiotensina-aldosterona, aumento del estrés oxidativo, disfunción endotelial por una disminución del óxido nítrico y las respuestas inmunes e inflamatorias mal adaptativas)¹⁰⁻¹³.

Sin embargo, la hiperuricemia como tal no está incluida entre los posibles marcadores o condicionantes de mayor riesgo en las guías internacionales reconocidas y pocas son las investigaciones dirigidas a evaluar la relación de hiperuricemia en ECV, haciendo de este objeto de estudio⁸. No obstante, se ha determinado de forma indirecta, que aquellos pacientes con concentraciones séricas elevadas de ácido úrico tienen, principalmente, riesgo elevado de enfermedad cerebrovascular isquémica^{14,15}.

Por lo antes mencionado, Zhang, *et al.*, en su investigación sobre la Importancia pronóstica de los niveles de ácido úrico en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico, evaluaron 303 pacientes durante 18 años y encontraron que la concentración de ácido úrico no fue diferente, tanto en pacientes con buen o mal pronóstico; así como en aquellos que resultaron con bajos (4,20mg/dl) y altos (6,40mg/dl) niveles de ácido úrico quienes reportaron peores resultados funcionales¹⁶. Asimismo, Cortese, *et al.*¹⁷, determinaron que concentraciones séricas de ácido úrico mayores a 4 mg/dl fueron consideradas contributorias al proceso inflamatorio crónico de base, en enfermedades metabólicas y cerebrovasculares.

Si bien, con base a los mecanismos desarrolladores de enfermedad del ácido úrico, se describe una asociación fuertemente positiva con instauración de ECV isquémico, esto no fue demostrado en los demás tipos de enfermedad cerebrovascular, según lo descrito por Li J, *et al.*¹⁸, en su estudio prospectivo, en el cual durante 09 años evaluaron una población japonesa de 5442 hombres y 8279 mujeres y no encontraron relación significativa con ECV hemorrágico en ninguno de sus subtipos. Igualmente, Serdarevic, *et al.*¹⁹, observaron la prevalencia de hiperuricemia (>7 mg/dl) en 30% de pacientes con ECV isquémico y 8% en pacientes con demencia, con elevaciones de ácido úrico al día 7 y 14 después del Ictus en comparación con fase aguda (24-48 horas), lo que refuerza la hipótesis de marcada lesión endotelial por hiperuricemias.

El desarrollo de isquemias cerebrales puede estar asociado a alteración de otros biomarcadores, así como fue demostrado por Talebi, *et al.*, en su estudio sobre Enfermedad cerebrovascular: cómo los niveles séricos de fósforo, vitamina D y ácido úrico contribuyen al accidente cerebrovascular isquémico, en el que determinaron, en 133 pacientes evaluados, que la presencia de niveles elevados de ácido úrico y bajos de vitamina D3, estaban asociados con enfermedades cerebrovasculares isquémicas¹⁴.

Igualmente, Arévalo-Lorido J, *et al.*²⁰ en su estudio retrospectivo sobre Niveles séricos de ácido úrico y evolución durante el ingreso en el ictus isquémico agudo, en dependencia de la función renal, evaluaron 412 pacientes y reportaron una asociación significativa entre niveles de ácido úrico y la escala de National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), incluso en aquellos pacientes que fueron clasificados de acuerdo a su función renal; así mismo, los niveles de ácido úrico mostraron un efecto protector independiente en la severidad del ictus^{13,20,21,22}.

De allí la importancia de analizar el papel pronóstico de los niveles elevados de ácido úrico para el desarrollo de enfermedad cerebrovascular, lo que llevo a plantear como objetivo principal: determinar la relación del ácido úrico y su pronóstico con enfermedad cerebrovascular en pacientes de dicha enfermedad y específicamente, identificar las variables edad, sexo, comorbilidades y tipos de enfermedad cerebrovascular, cuantificar los niveles séricos de ácido úrico, analizar los niveles séricos de ácido úrico con escala de severidad de NIHSS y grado de independencia por RANKIN, para establecer la relación del ácido úrico con enfermedades cerebrovasculares y la evolución de los pacientes al ingreso y 3 meses posteriores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación clínica, de pronóstico, analítica, longitudinal y prospectiva²³, en el área de Emergencia de Adultos, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Central de Maracay (HCM), estado Aragua en Venezuela, durante el periodo comprendido entre enero- junio del año 2023.

Previo autorización del Comité de Bioética de la institución, fueron seleccionados pacientes prospectivamente, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años, con diagnóstico de ECV, de acuerdo a la definición de la OMS^{1,2}, con hallazgos imagenológicos (tomografía de cráneo o resonancia magnética cerebral) compatibles con ECV isquémico o hemorrágico y, haber aceptado formar parte del estudio a través de la firma de un consentimiento informado.

De igual forma, fueron considerados como criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años, con diagnóstico de ECV previos y/o secuelas, con más de 72 horas, desde clínica de focalización neurológica, sin haber recibido terapia trombolítica, tasa de filtrado glomerular < 30ml/min/1.73m²; pacientes hematológico-oncológicos en protocolo de quimioterapia menor a 1 mes o con presencia de síndrome de lisis tumoral actual. Presencia de diagnóstico de disfunción tiroidea autoinmune, insuficiencia cardíaca crónica clase estructural C o D, o enfermedad renal crónica estadio 5; pacientes con abscesos cerebrales o neoplasias cerebrales que produzcan focalización neurológica y enfermedad por depósito de cristales.

Fueron seleccionados 200 pacientes, a quienes se les explicó el objetivo de este estudio, previa aprobación mediante el consentimiento informado y una vez procesado el ingreso a cargo del servicio de Medicina Interna, se realizó durante las primeras 24 a 72

horas de dicho ingreso del paciente (fase aguda), toma de muestra de sangre venosa por el personal médico o enfermería a cargo del paciente, obteniendo una muestra de aproximadamente 4cc, recolectado en tubo Vacutainer® tapa roja y posteriormente trasladada al laboratorio institucional para ser procesada en los 10 minutos posteriores a la extracción.

Las técnicas de procesamiento de las muestras de sangre, se realizaron de la siguiente manera: para ácido úrico se utilizó un equipo marca MEHECO®, (fabricado en China) de acuerdo al método uricasa peroxidasa, POD, y bajo sistema de fotometría se determinó cuantitativamente la concentración de ácido úrico (CAU) en suero, con valores de referencia (VR) ya establecidos (hombres; 3,6 a 8,2 mg/dl y mujeres; 2,3 a 6,1 mg/dl).

Se categorizaron las CAU como niveles bajos: menores a 2,3 mg/dl para mujeres y 3,6 mg/dl para hombres y, niveles altos: mayores a 6,0 y 7,0 mg/dl, en mujeres y hombres, respectivamente.

De igual forma se procesaron niveles de creatinina por equipo MINDRAY®, (fabricado en China), por método de sarcosina oxidasa, VR: hombres 0,8 a 1,3 mg/dl y mujeres 0,5 a 0,9 mg/dl. La medición de glucosa fue realizada por el método GOD-POD, con equipo MEHECO®, VR 70 a 100 mg/dl. Mediante técnicas de fotometría se estimó la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) por medio de la ecuación de CKD-EPI²⁴.

La información fue recopilada en un instrumento, integrado por: ficha patronímica, conformada por los datos del paciente, registro de patología de base, tipo de ECV (isquémico o hemorrágico), horas o días de hospitalización, valores de ácido úrico obtenidos, categorización de déficit neurológico según escala de NIHSS²². Esta escala NIHSS²² se clasifica, de acuerdo al puntaje, en déficit neurológico leve (menor 8 puntos), moderado (8-15 puntos) y grave (mayor e igual a 16 puntos)^{24,25}.

El pronóstico de los pacientes fue evaluado 90 días posterior al diagnóstico de la ECV, de acuerdo a la escala de RANKIN modificada²⁶, la cual estratifica el grado de dependencia funcional en: 0 - sin síntomas, 1- sin discapacidad significativa, 2- ligera discapacidad, 3- discapacidad moderada, 4- discapacidad moderadamente severa, 5- discapacidad severa y 6-muerte^{24, 26}. Se clasifica como mejoría en la escala de RANKIN <2 y desmejora >2. A los tres meses se evaluaron a los pacientes en área de consulta externa de medicina interna del HCM, y a los que no pudieron acudir por domicilio lejano, se realizó

mediante telemedicina, vídeo llamadas y contacto telefónico.

Se tabularon las distribuciones de frecuencia absolutas y relativas (%) para las variables cualitativas categorizadas y se construyeron los intervalos al 95% de confianza para las frecuencias relativas [IC95%]. Se calcularon los estadísticos descriptivos media aritmética ($\bar{x}$) y desviación estándar (DE), valor mínimo y máximo para las variables cuantitativas y los intervalos al 95% de confianza para la media poblacional [IC95%].

Se calculó el coeficiente de correlación no paramétrico de rangos de Spearman (r) entre el RANKIN de los pacientes al ingreso y las variables edad, escala NIHSS y concentración sérica de ácido úrico (mg/dL). Se construyeron los gráficos de dispersión para caracterizar las correlaciones detectadas. La comparación de la concentración de ácido úrico según la evolución de los pacientes, tipo y subtipo de ECV se realizó con el análisis de varianza (ANOVA), las comparaciones de medias se realizaron con la prueba de la diferencia honestamente significativa de Tukey y la interacción se analizó de forma gráfica.

Los resultados para la concentración de ácido úrico se cruzaron con las variables categorizadas de interés a fin de construir las tablas de contingencia correspondientes y sobre éstas se aplicó la prueba de independencia de Chi cuadrado (χ^2) para analizar la asociación entre estos pares de variables; se construyeron los gráficos de barras para las frecuencias relativas para caracterizar las asociaciones detectadas. El nivel de significación se fijó en 5% y en 10%, por lo que un resultado se consideró estadísticamente significativo al 5% si $p \leq 0,05$ y al 10% si $0,05 < p \leq 0,10$.

Los datos se procesaron con los programas estadísticos EPI INFO 7.2.5 (frecuencias absolutas y relativas e intervalos al 95% de confianza para las frecuencias relativas), Minitab 21.3 (estadísticos descriptivos e intervalos al 95% de confianza para la media poblacional, ANOVA, prueba de comparaciones de medias de Tukey, gráficos de dispersión) y SPSS 27.0 (coeficiente de correlación de Spearman, prueba de independencia de χ^2).

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 200 pacientes; 95 (47,5%) de sexo femenino y 105 (52,5%) de sexo masculino, con edades comprendidas entre 26 y 89 años, ($64,78 \pm 11,85$) años, e IMC entre 20 y 42 kg/m² ($64,78 \pm 11,85$), atendidos en el área de emergencia de adultos

del HCM, durante el período de enero a junio de 2023, por presentar ECV hemorrágico (86/200; 43%) o isquémico (114/200; 57%).

La comorbilidad más frecuente fue la Hipertensión Arterial Sistémica (HTA) (199/200; 99,5%), en menor medida se observaron Diabetes Mellitus (DM) (38/200; 19%) y fibrilación auricular (9/200; 4,5%). Entre los ECV isquémicos, se encontró predominio del tipo Arteria Cerebral Media (ACM) (70/114; 61,4%), seguidos por los ECV de tipo lobar (39/114; 34,2%), menos frecuente fueron los malignos (4/114; 3,51%) y fosa posterior (1/114; 0,885); mientras para los ECV hemorrágicos, la distribución por tipo fue más homogénea, siendo los más frecuentes los tipos: Hemorragia Subaracnoidea (HSA) (35/86; 40,70%), seguidos por los tipos ganglios de la base (28/86; 32,56%) e intraparenquimatosos (23/86; 26,74%).

La concentración sérica de ácido úrico (AU) se encontró entre 1,5 y 9,8 mg/dL ($11,65 \pm 6,83$ mg/dL); de tal manera que 37 (18,5%) pacientes presentaron CAU bajas, 138 (69%) normales y 25 (12,5%) altas de AU, además, el AU osciló entre 1,5 y 8,2 mg/dL en mujeres ($4,17 \pm 1,57$ mg/dL), y entre 2 a 9,8 mg/dL en hombres ($4,94 \pm 1,65$ mg/dL). Para las variables asociadas al funcionamiento metabólico-renal de los pacientes al ingreso, se obtuvo el ácido úrico; asimismo, la creatinina entre 0,3 y 2,2 mg/dL y la tasa de filtración glomerular entre 30,3 y 146,7 mL/min/m² (tabla 1).

Con respecto al estado de los pacientes al ingresar y la evolución de los mismos al cabo de 3 meses de seguimiento se obtuvo que al ingreso, la escala NIHSS osciló entre 0 y 32 puntos ($11,65 \pm 6,83$ puntos); mientras que para el RANKIN modificado al ingreso, predominaron categorías 3 (69/200; 34,5%) y 4 (61/200; 30,5%), y menos frecuentes fueron los pacientes categoría 1 (11/200; 5,5%) (tabla 1).

Por otra parte, con respecto a la evolución de los pacientes, posterior a los 3 meses de seguimiento se observó que, en el RANKIN modificado, 9 (4,5%) pacientes estaban asintomáticos, 47 (23,5%) con síntomas leves, (14,5%) categoría 2; asimismo, 2 (1%) pacientes presentaron desmejora en su estado general (el score RANKIN aumentó a los 3 meses), 38 (19%) permanecieron igual (el score RANKIN no cambió a los 3 meses) y 82 (41%) mostraron mejora (el score RANKIN disminuyó a los 3 meses) en su estado. Lamentablemente, 78 (39%) pacientes fallecieron entre la estancia hospitalaria y los tres meses de seguimiento (tabla 1).

El ANOVA dentro de cada tipo de ECV por separado indicó que hay diferencias estadísticamente significativas al 10% para la subclasificación de los ECV hemorrágicos ($p=0,074$), pero no para los ECV isquémicos ($p=0,149$); de tal manera que, entre los ECV hemorrágicos, el mayor promedio lo presentaron los ECV intraparenquimatosos (4,34 mg/dL), seguidos por los ganglios de base (4,03 mg/dL) y, el menor promedio lo presentaron los ECV tipo HSA (3,47 mg/dL); además en los ECV isquémicos, como el ECV tipo fosa posterior solo se observó en un paciente, el cual fue excluido del presente análisis (tabla 2).

El coeficiente de correlación de rangos de Spearman para la escala RANKIN modificada clasificada por tipo de ECV, reportó una correlación estadísticamente significativa ($p<0,05$) con las variables edad, escala NIHSS y concentración de ácido úrico, tanto para el ECV hemorrágico como para el isquémico. En ambos tipos de ECV, la edad y NIHSS presentaron coeficientes de correlación con signo positivo; es decir, en la medida que aumentaba la edad y la escala NIHSS, los valores de la escala RANKIN tendieron a ser mayores mientras que, para el ácido úrico, el signo del coeficiente de correlación fue positivo para el ECV isquémico pero negativo para el ECV hemorrágico, lo que indicó, que esta variable mostró el comportamiento contrario en ambos tipos de ECV (figura 1).

La interacción entre tipo de ECV y su evolución indicó que para los pacientes cuyo estado permaneció igual la CAU tendió a ser similar para ambos tipos de ECV, mientras que para los pacientes cuya condición mejoró o fallecieron, la concentración promedio de ácido úrico fue mayor para los pacientes con ECV isquémico, siendo esta diferencia más acentuada para los pacientes que fallecieron. Es necesario indicar que los pacientes que presentaron desmejora fueron excluidos de este análisis por tratarse solamente de dos individuos (1 con ECV hemorrágico y 1 con ECV isquémico) (figura 2).

La prueba de independencia de X^2 indicó asociación estadísticamente significativa entre el tipo de ECV y la concentración sérica de ácido úrico al ingreso; de tal manera que los ECV hemorrágicos fueron más frecuentes entre pacientes con niveles bajos de ácido úrico; en tanto, los ECV isquémicos fueron más frecuentes en pacientes con niveles altos de ácido úrico (tabla 3).

Asimismo, la prueba de independencia de X^2 reportó asociación estadísticamente significativa entre la CAU al ingreso y la evolución de los pacientes con ECV hemorrágico ($p=0,061$), pero no para los pacientes

Tabla 1. Características sociodemográficas, tipo, subtipos de ECV, comorbilidades y niveles de ácido úrico de los pacientes.

Variable	Categorías	Frecuencia	%	IC _{95%}
Sexo	Masculino	105	52,50	45,34 – 59,59
	Femenino	95	47,50	40,41 – 54,66
Edad (años)		64,78 ± 11,85; (26 – 89)		63,13 – 66,44
	Femenino	66,82±12,37; (26-89)		
	Masculino	62,94 ± 11,10; (39-88)		
IMC (kg/m²)		27,68 ± 3,94; (20 – 42,02)		27,13 – 28,23
Tipo ECV	Isquémico	114	57,00	49,83 – 63,96
	Hemorrágico	86	43,00	36,04 – 50,17
Subtipo ECV isquémico	ACM	70	61,40	51,83 – 70,37
	Lobar	39	34,21	25,58 – 43,68
	Maligno	4	3,51	0,96 – 8,74
	Fosa posterior	1	0,88	0,02 – 4,79
Subtipo ECV hemorrágico	HSA	35	40,70	30,22 – 51,83
	Ganglios de base	28	32,56	22,84 – 43,52
	Intraparenquimatoso	23	26,74	17,77 – 37,38
Comorbilidades	HTA	199	99,50	97,25 – 99,99
	DM	38	19,00	13,81 – 25,13
	FA	9	4,50	2,08 – 8,37
	LES	1	0,50	0,01 – 2,75
	ASMA	1	0,50	0,01 – 2,75
	HIPOTIROIDISMO	1	0,50	0,01 – 2,75
Ácido úrico (mg/dl) Por sexo		4,58 ± 1,65; (1,5 – 9,8)		4,34 – 4,81
	Femenino	4,17 ± 1,57; (1,5 – 8,2)		3,85 – 4,49
	Masculino	4,94 ± 1,65; (2-9,8)		4,62 – 5,26
Cuantificación de Ácido úrico	Bajo	37	18,50	13,37 – 24,59
	Normal	138	69,00	62,09 – 75,33
	Alto	25	12,50	8,26 – 17,90
Creatinina		0,90 ± 0,31; (0,3 – 2,2)		0,85 – 0,94
TFG CKD–EPI		80,86 ± 23,08; (30,3 – 146,7)		77,64 – 84,08
NIHSS		11,65 ± 6,83; (0 – 32)		10,70 – 12,60
Rankin	1	11	5,50	2,78 – 9,63
	2	34	17,00	12,07 – 22,94
	3	69	34,50	27,94 – 41,53
	4	61	30,50	24,20 – 37,39
	5	25	12,50	8,26 – 17,90
Rankin 3 meses	0	9	4,50	2,08 – 8,37
	1	47	23,50	17,81 – 30,00
	2	29	14,50	9,93 – 20,16
	3	32	16,00	11,21 – 21,83
	4	5	2,50	0,82 – 5,74
	6	78	39,00	32,20 – 46,13
Evolución	Desmejora	2	1,00	0,12 – 3,57
	Igual	38	19,00	13,81 – 25,13
	Mejora	82	41,00	34,11 – 48,16
	Muerte	78	39,00	32,20 – 46,13

Nota: las variables cuantitativas se presentaron con el formato $\bar{X} \pm DE$; (mínimo - máximo). NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale.

IMC: Índice de Masa Corporal. ACM: Arteria Cerebral Media. HSA: Hemorragia Subaracnoidea. HTA: Hipertensión Arterial Sistémica. DM: Diabetes Mellitus. FA: Fibrilación Auricular. LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

Tabla 2. Clasificación del ácido úrico por tipo y subtipo de ECV

Tipo de ECV	Subclasificación	n	Media	DE	p
Hemorrágico	Intraparenquimatoso	23	4,34 ^A	1,42	0,074*
	Ganglios de base	28	4,03 ^{AB}	1,32	
	HSA	34	3,47 ^B	1,53	
Isquémico	Lobar	39	5,46 ^A	1,75	0,149
	Maligno	4	5,28 ^A	1,91	
	ACM	69	4,83 ^A	1,48	

con ECV isquémico ($p=0,233$), de igual forma, los pacientes con CAU bajas fueron más frecuentes entre quienes presentaron ECV hemorrágico y que posteriormente mejoraron o murieron, mientras que CAU altas fueron más frecuentes entre quienes presentaron ECV isquémico y que posteriormente murieron. Por otra parte, los pacientes con niveles normales de ácido úrico mostraron un comportamiento homogéneo para los ECV isquémicos y predominaron entre quienes presentaron el mismo RANKIN al cabo de tres meses y habían sufrido ECV hemorrágico (tabla 4).

Igualmente se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes y los niveles séricos de AU al ingreso ($p=0,015$); de tal manera, que los niveles normales y altos, fueron más frecuentes en pacientes femeninos y los niveles bajos en pacientes de sexo masculino (tabla 4).

DISCUSIÓN

Las alteraciones en los niveles de ácido úrico son considerados un importante factor de riesgo cardiovascular independiente, especialmente en pacientes con HTA y DM, debido a las diferentes propiedades oxidantes y antioxidantes del AU. Por ello adquiere importancia la medición de ácido úrico en pacientes con enfermedad cerebrovascular, ya que éste se ha relacionado con diferencias en el pronóstico funcional de éstos.

En este estudio predominó el sexo masculino (52,5%), cuyos rangos de CAU fueron entre 2 - 9,8 mg/dl, y cuya comorbilidad más frecuente fue la HTA en 99,5% de los pacientes. Lo anterior se correlaciona con lo reportado por Cabrera *et al*²⁷, en una población conformada por 55,2% del sexo masculino, en la cual 69,8% tenían HTA y presentaron mayor deterioro funcional. De allí, se puede atribuir que a peor salud vascular por CAU elevadas, estas pueden aumentar la fragilidad de placas de ateroma, empeorando la

disfunción endotelial, pudiendo elevar y exacerbar los factores de RCV subyacentes y con ella, las complicaciones posteriores.

En esta investigación, 69% de los pacientes presentaron CAU dentro de la normalidad con una media de 4,58 mg/dl, y aún así no estuvieron exentos de presentar ECV y complicaciones asociadas al mismo. Esto se contrasta con Cortese, *et al*¹⁷, quienes determinaron que valores de CAU >4.0 mg/dl, contribuyeron a inflamación crónica de enfermedades tanto metabólicas como cerebrovasculares, exacerbando presentación clínica y peor desempeño funcional a largo plazo.

Ahora bien, se observó que con CAU altas (>6.0 mg/dl), 12,5% de los pacientes presentaron mayor mortalidad, principalmente en ECV isquémicos, hallazgos que se correlacionan con los estudios de Lozada, *et al*²⁸ y Talebi, *et al*¹⁴, quienes reportaron correlación negativa entre elevaciones de ácido úrico y ECV isquémico, incrementando el riesgo de esta entidad. De modo tal, que puede deberse a que el ácido úrico eleva la producción de citoxina inflamatorias (Proteína C reactiva, Interleuquina-6, Factor de Necrosis Tumoral-), aumento de estrés oxidativo, disfunción endotelial, aterosclerosis, incrementando el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con HTA y DM²⁹.

Es importante acotar, como lo describe Zhu, *et al*³⁰, en su estudio con 8995 pacientes, que CAU >5,72 mg/dl elevan el riesgo de recurrencia de ECV en 92,6%. Esto implica que 12,5 % de nuestros pacientes que obtuvieron CAU altas, pueden presentar recurrencias posteriormente; por tanto, se debe mantener vigilancia de los mismos y establecer mayor control de sus comorbilidades.

Del mismo modo, se encontró correlación significativa entre aumento de la edad, ácido úrico elevado al ingreso hospitalario y escala de NIHSS mayor

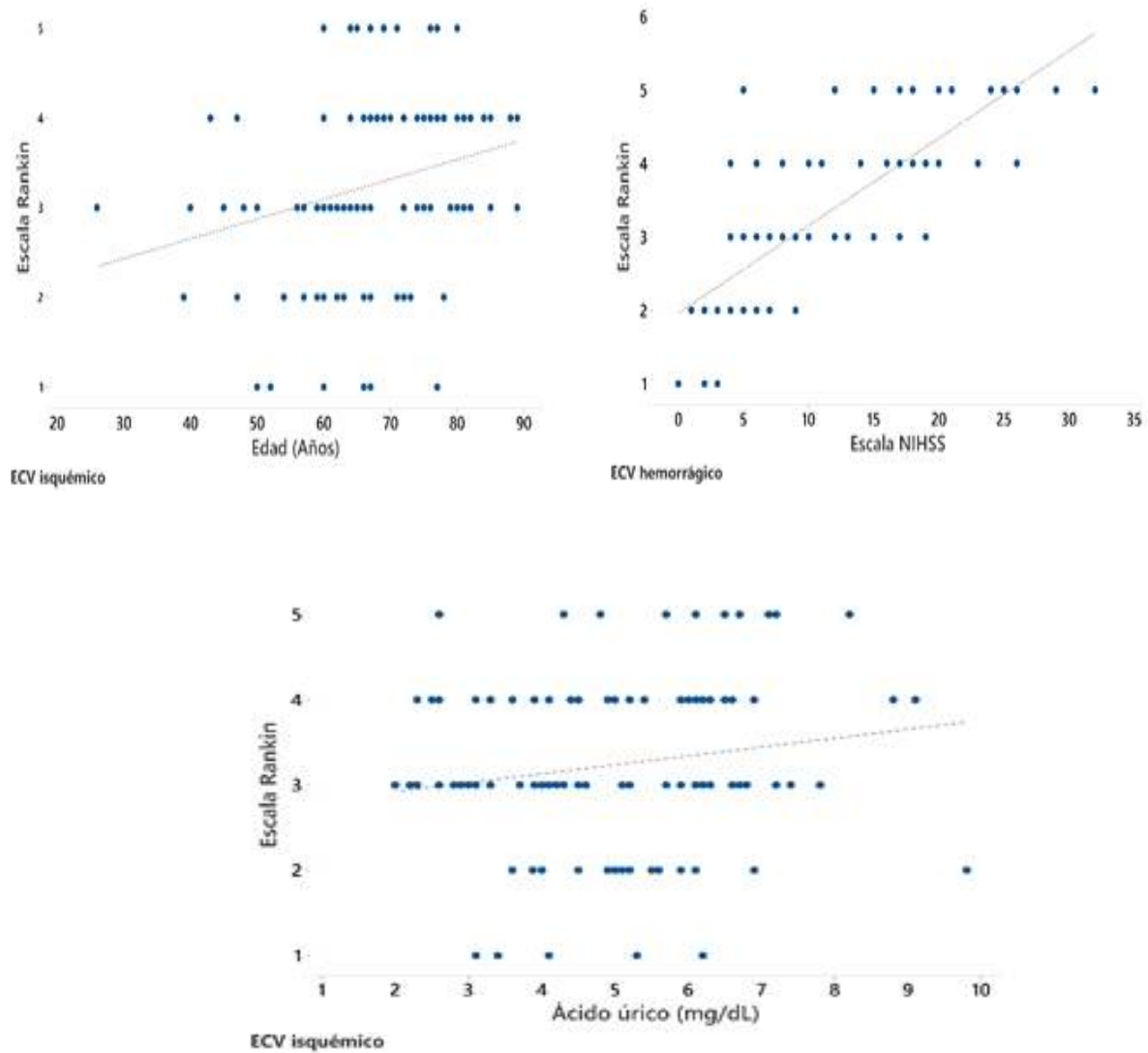


Figura 1. Correlación entre escala Rankin modificado al ingreso, edad (años), NIHSS y ácido úrico (mg/dL), con el tipo de ECV según el Coeficiente de Spearman.

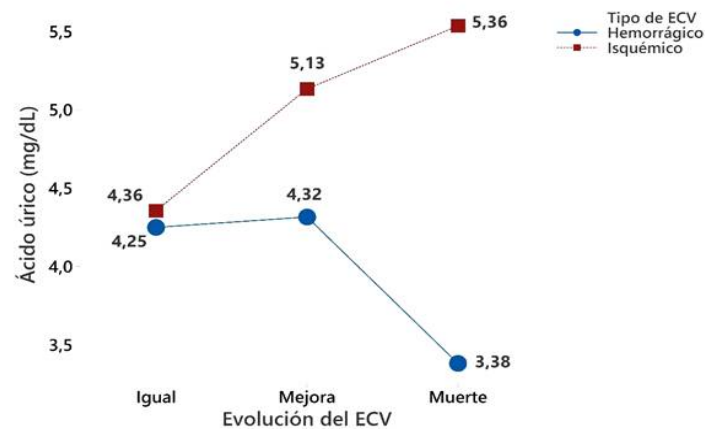


Figura 1. Interacción entre tipo de enfermedad cerebrovascular y evolución de los pacientes. (**): diferencias estadísticamente significativas al 5%.

(pobre condición clínica), obteniendo pronóstico funcional (RANKIN) desfavorable en los pacientes con ECV isquémico, lo cual concuerda con similares resultados observados por Arévalo-Lorido, *et al*²⁰, Mapoure, *et al*³¹, y Vegas, *et al*³². Estos resultados pueden ser atribuibles a la presencia de factores de riesgo, comorbilidades y complicaciones de los pacientes al presentar mayor déficit funcional que ameritan cuidados estrictos. En estos estudios no incluyeron a los ECV hemorrágicos.

Si bien es cierto, las elevaciones de AU que llevaron a RANKIN avanzado observados en nuestro estudio no se correlacionan con lo demostrado por Vijaya, *et al*³³, y Dai, *et al*³⁴, en el cual pacientes con DM tipo 2 que presentaron ECV isquémico con ligeras elevaciones de CAU, estaban asociados a resultados favorables a los 3 meses de evolución; se plantea que la discordancia de resultados puede ser debido a efectos de CAU; disminución de estrés oxidativo, adhesión plaquetaria y efecto neuroprotectivo en pacientes con hiperglicemia (DM), a diferencia de nuestro estudio donde una baja proporción tenían DM como comorbilidad.

Finalmente, se observó que existe una respuesta bimodal, con relación directa y significativa entre las concentraciones más extremas de uricemia (altas y bajas) y pronóstico funcional por escala de Rankin modificado, presentando mal pronóstico en pacientes con diferentes tipos de ECV. Nuestros resultados concuerdan con lo reportado por Zhang, *et al*³⁵, quienes concluyeron que AU (bajos) <4,2 y >6,3mg/dl (altos) tienen 2 a 3 veces riesgo de desarrollar peor pronóstico. De igual forma, Bayramoglu, *et al*³⁶, demostraron que pacientes con valores de AU <3,5 y >8,5mg/dl presentaron mayores complicaciones (ventilación mecánica, ingreso a UCI y mortalidad elevada).

En relación al comportamiento bimodal que demostró la relación significativa entre cada tipo de ECV con su valor de AU y cómo fue su interacción en evolución, se infiere que no son solo diferentes, sino que presentan comportamiento no paralelo, no similar, sino completamente contrario, donde los ECV isquémicos tienen AU elevados y ECV hemorrágicos bajos, en aquellos pacientes que fallecieron. Es decir, el promedio no sólo es mayor, sino que su forma de distribución es diferente. Esto puede atribuirse a mecanismos fisiopatológicos diferentes de cada entidad de ECV.

Se han obtenido diferentes resultados en estudios previos que investigaron la relación entre la

CAU y el ECV isquémico; Subramanyam *et al*³⁷, encontró que una CAU baja indica un buen pronóstico. Wang *et al*³⁸, demostraron que CAU >6,22 mg/dL indica un buen pronóstico y mejor sobrevida. Por otro lado, Saadat, *et al*³⁹, Miedema, *et al*⁴⁰, y Kumar, *et al*⁴¹, no reportaron relación entre el nivel de AU y la gravedad del Ictus en sus estudios. La razón por la que fueron obtenidos resultados diferentes en estos estudios puede ser la investigación de valores por debajo o por encima de un determinado valor de referencia.

Por otro lado, los ECV hemorrágicos de nuestro estudio presentaron tendencia a tener menores CAU y su relación en tiempo y evolución, fue desfavorable a 3 meses. En contraste con lo observado por Li *et al*¹⁸, donde no hubo relación significativa con ECV hemorrágico en ninguno de sus subtipos; no obstante, si reportó relación con ECV isquémicos. De igual forma, Wang *et al*⁴², encontraron elevaciones de AU que fueron asociados positivamente con riesgo de hemorragias intracraneales, pero no con isquémicas cerebrales, no correlacionándose con nuestros resultados. Estas diferencias importantes deben ser objeto de investigaciones.

Por otra parte vale resaltar, que la mortalidad de los pacientes fue elevada, constituyendo un 39% de la muestra total y fue principalmente en aquellos pacientes con peor NIHSS y RANKIN modificado al ingreso, con HTA en 99,5% de los pacientes y mayores complicaciones relacionadas. De manera similar, Bracho *et al*⁴³, quienes evaluaron a 345 pacientes con ECV observaron 17,39% y 11,39% de mortalidad intra y extrahospitalaria respectivamente. No obstante, Soto-Cossio *et al*⁴⁴, no encontraron relación entre incremento de mortalidad intrahospitalaria con ECV y niveles de ácido úrico.

Un aspecto singular y de relevancia estadística es el componente que presenta el sexo femenino en este estudio, quienes reportaron edades en rango de postmenopausia y, que cursaron con CAU normales - alta, de ello se infiere que las alteraciones hormonales (disminución de estrógenos) propias de la edad pueden conducir a uricemias de importancia. Esto se ha descrito en el estudio de Saucedo, *et al*⁴⁵, quienes demostraron que las CAU anormales se relacionan con un perfil cardio-metabólico adverso en mujeres postmenopáusicas.

Con base a los resultados obtenidos se concluye que, existe una relación directa, bimodal, significativa entre uricemia y dependencia funcional por RANKIN,

Tabla 3. Clasificación del ECV en pacientes, según la concentración sérica de ácido úrico al ingreso.

Variable	Categorías	Ácido úrico (%)			χ^2	p
		Bajo	Normal	Alto		
Tipo de ECV	Hemorrágico	28 (32,9)	53 (62,4)	4 (4,7)	24,464	<0,001**
	Isquémico	9 (8,0)	83 (73,5)	21 (18,6)		

Nota: (**) Asociación estadísticamente significativa al 5%. Porcentajes calculados por filas.

Tabla 4. Evolución de pacientes a los tres meses según el tipo de ECV y concentración sérica de ácido úrico al ingreso.

ECV	Evolución	Ácido úrico (%)			χ^2	p
		Bajo	Normal	Alto		
Hemorrágico	Igual	1 (10,0)	9 (90,0)	0 (0,0)	8,714	0,061*
	Mejora	12 (32,4)	21 (56,8)	4 (10,8)		
	Muerte	15 (39,5)	23 (60,5)	0 (0,0)		
Isquémico	Igual	3 (10,7)	22 (78,6)	3 (10,7)	5,765	0,233
	Mejora	4 (8,9)	35 (77,8)	6 (13,3)		
	Muerte	2 (5,0)	26 (65,0)	12 (30,0)		
Sexo	Femenino	10 (10,5)	70 (73,7)	15 (15,8)	8,361	0,015**
	Masculino	27 (25,7)	68 (64,8)	10 (9,5)		

Nota: (*) Asociación estadísticamente significativa al 10%.

(**): Asociación estadísticamente significativa al 5%. Porcentajes calculados por filas.

tanto para ECV isquémico como hemorrágico con CAU elevados y bajos respectivamente, desencadenando mal pronóstico a corto y largo plazo. El mal pronóstico se eleva al aumentar la edad y el NIHSS. Por ello, se debe establecer el ácido úrico como biomarcador pronóstico en desarrollo de ECV isquémico principalmente, al igual que otros factores de riesgo cardiovascular. Entre ellos, la HTA que constituyó la mayor comorbilidad y factor de riesgo asociado a CAU alteradas para contribuir en el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares y cuantificar niveles de ácido úrico en pacientes con HTA en área de consultas como indicador de riesgo para ECV.

Para futuros estudios, se recomienda realizar comparación entre CAU al ingreso, 7mo día y a los 3 meses con un grupo control para determinación de esta

relación y establecimiento de niveles de sensibilidad y especificidad de este biomarcador en auge. Así como, determinar el Índice Ácido Úrico/Creatinina sérica el cual se asocia con riesgo de ECV isquémico y recurrencia de los mismos. De ser posible realizar terapia con AU para vasculoprotección de ECV isquémico. No obstante, existen espacios vacíos en cuanto al papel fundamental del AU con ECV hemorrágicos; además del comportamiento del AU en edades postmenopáusicas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Arauz A. Enfermedad vascular cerebral. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco. 2012;55(3):11-21.
- 2) Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebrovasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares / Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud. 2005. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>. Consultado en noviembre 2022.
- 3) Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol*. 2007;6:182-87.
- 4) Chiquete E, *et al*. Mortalidad por enfermedad vascular cerebral en México, 2000-2008: Una exhortación a la acción. *Rev Mex Neuroci*. 2011;12:235-41.
- 5) Godoy D, *et al*. Steps to consider in the approach and management of critically ill patient with spontaneous intracerebral hemorrhage. *World J Crit Care Med* 2015; 4(3): 213-229.
- 6) Cabrera J. Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular. *Revista cubana de angiología y cirugía cardiovascular*. 2014;15(2): 75-88.
- 7) Lahera V. La hiperuricemia como marcador pronóstico de enfermedad cardiovascular en pacientes hipertensos y diabéticos. *Clínica e investigación en arteriosclerosis*. 2016;2(5):225-226
- 8) Briceño SG, *et al*. Ácido úrico sérico: ¿Factor asociado a la prehipertensión arterial?. *Rev. Latinoamericana de Hipertensión Arterial*. 2009; 4:44-48.
- 9) Bellomo G, *et al*. Uric acid and chronic kidney disease: a time to act?. *World J Nephrol*. 2013;2(2):17-25.
- 10) Billiet L, *et al*. Review of hiperuricemia as new marker for metabolic syndrome. *ISRN Rheumatology*. 2014:1-7
- 11) Chaudhary K., *et al*. Uric acid-key ingredient in the recipe for cardiorenal metabolic syndrome. *Cardiorenal Med*, 2013;3:208-220.
- 12) Kang D. *et al*. Uric acid puzzle: dual role as anti-oxidant and pro- oxidant. *Electrolyte Blood Press*. 2014; 12:1-6.
- 13) Sautin Y. *et al*. Uric acid: the oxidant-antioxidant paradox. *Nucleosides Nucleotides Nucleic Acids*, 2008;27(6): 608-619.
- 14) Talebi A, Amirabadizadeh A, Nakhaee S, Ahmadi Z, Mousavi-Mirzaei SM. Cerebrovascular disease: how serum phosphorus, vitamin D, and uric acid levels contribute to the ischemic stroke. *BMC Neurol*. 2020;20(1):116.
- 15) Ae R, Kanbay M, Kuwabara M. The causality between the serum uric acid level and stroke. *Hypertens Res*. 2020;43(4):354-6.
- 16) Zhang X, Huang Z-C, Lu T-S, You S-J, Cao Y-J, Liu C-F. Prognostic significance of uric acid levels in ischemic stroke patients. *Neurotox Res*. 2016;29(1):10-20.
- 17) Cortese F, Scicchitano P, Cortese AM, Meliotta G, Andriani A, Truncellito L, *et al*. Uric acid in metabolic and cerebrovascular disorders: A review. *Curr Vasc Pharmacol*. 2020;18(6):610-8.
- 18) Li J, Muraki I, Imano H, Cui R, Yamagishi K, Umesawa M, *et al*. Serum uric acid and risk of stroke and its types: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Hypertens Res*. 2020;43(4):313-21.
- 19) Serdarevic N, Stanciu AE, Begic L, Uncanin S. Serum uric acid concentration in patients with cerebrovascular disease (ischemic stroke and vascular dementia). *Med Arch*. 2020;74(2):95-9
- 20) Arévalo-Lorido J, *et al*. Serum uric acid levels and outcome during admission in acute ischaemic stroke, depending on renal function. *Int J Neurosci [Internet]*. 2018;128(10):906-12.
- 21) Antepara N, *et al*. Consenso venezolano sobre ácido úrico como factor de riesgo cardiovascular. *ASPEN*. 2016;8-130.
- 22) Power W, *et al*. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018; 49:46-99.
- 23) Espino C. Manual para la elaboración de proyectos y trabajos de grado en salud. Disponible en:https://issuu.com/maiquim.floresm/docs/version_final_manual_espino. Consultado en junio 2022.
- 24) Levey A, *et al*. A new equation to estimate glomerular filtration rate, *Annals of internal medicine*. 2009:604-12.
- 25) Kirchhof P, *et al*. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Revista Española de Cardiología*. Elsevier. 2017; 70(01):50.e1-e84
- 26) Lindsay W, *et al*. Improving the Assessment of Outcomes in Stroke. *Stroke*. 2002;33:2243-2246.
- 27) Cabrera F, *et al*. Uricemia como factor pronóstico del ictus isquémico agudo. *Sociedad Española de Neurología*. *Neurología*. 2021; 36:279-284.

- 28) Lozada D, *et al.* HIPERURICEMIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ICTUS ISQUEMICO. {Tesis de Especialidad en Medicina Interna en Internet}. {Valencia, Venezuela}. Universidad de Carabobo;2015. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/2507?show=full>
- 29) Lahera V, *et al.* Hyperuricemia as a prognostic marker of cardiovascular disease in hypertensive and diabetic patients. *Clinica en Investigación de Arteriosclerosis*. 2016;28(5):225-226.
- 30) Zhu H, *et al.* Elevated serum uric acid increases the risk of ischemic stroke recurrence and its inflammatory mechanism in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2022;14(1):1-8.
- 31) Mapoure Y, *et al.* The prognostic value of serum uric acid in the acute phase of ischemic stroke in Black Africans. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2018; 27:783-92.
- 32) Vegas J, *et al.* Uric acid as factor prognosis of neurological disability and/or mortality in the cerebral ischemic aterotrombotic vascular disease. *Rev. Chil. Neurocirugía* 2019;(45):45-55.
- 33) Vijaya K, *et al.* Study of Effect of Serum Uric Acid Level on Acute Ischaemic Stroke. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2021 15(8): OC54-OC58.
- 34) Dai Y, *et al.* Moderate elevation of serum uric acid levels improves short-term functional outcomes of ischemic stroke in patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Geriatrics*. 2023;(23):445.
- 35) Zhang X *et al.* Prognostic Significance of Uric Acid Levels in Ischemic Stroke Patients. *Neurotox Res*. 2016; 29(1):10-20.
- 36) Bayramoglu B, *et al.* The Effect of Uric Acid Levels on Mortality in Acute Ischemic Stroke Patients in the Emergency Department. *South. Clin. Ist. Euras*. 2022; 33(4):388-392
- 37) Subramanyam S, *et al.* A study on the role of serum calcium albumin and uric acid as predictor of neurological severity and short-term outcome in acute ischaemic stroke. *J. Evid. Based Med. Healthc*. 2017; 4(65):2349-2562.
- 38) Wang Y, *et al.* High serum uric acid levels are a protective factor against unfavourable neurological functional outcome in patients with ischaemic stroke. *J Int Med Res*. 2018; 46:1826-38.
- 39) Saadat P, *et al.* Relationship of serum uric acid level with demographic features, risk factors, severity, prognosis, serum levels of vitamin D, calcium, and magnesium in stroke. *Stroke Res Treat* 2018; (2):6580178.
- 40) Miedema I, *et al.* Lack of association between serum uric acid levels and outcome in acute ischemic stroke. *J Neurol Sci* 2012; 319:51-5.
- 41) Kumar J, *et al.* Hyperuricemia as a prognostic marker in acute ischemic stroke. *Indian J Appl Res* 2017; (7)14:1-3.
- 42) Wang A, *et al.* Effect of changes in serum uric acid on the risk of stroke and its subtypes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2022(1):167-175.
- 43) Bracho R, *et al.* Enfermedad cerebrovascular: mortalidad intra y extra hospitalaria. *Revista Talento*. 2023;10(1):104-15.
- 44) Soto-Cossio L, *et al.* Correlation between uric acid levels and mortality in patients with ischemic cerebrovascular accident in an academic center. *Med Int Méx*. 2019; 35(1):20-29.
- 45) Saucedo R, *et al.* Relación entre ácido úrico y composición corporal, perfil metabólico, leptina y adiponectina en mujeres posmenopáusicas. *Ginecol Obstet Mex*. 2019; 87(5):311-318.

AUTOCUIDADO DE MUJERES EMBARAZADAS EN LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA (COVID-19 - MONKEYPOX) EN MATO GROSSO, BRASIL.

SELF-CARE FOR PREGNANT WOMEN IN THE EPIDEMIOLOGICAL TRANSITION (COVID-19 - MONKEYPOX) IN MATO GROSSO, BRAZIL.

AUTOCUIDADO DE MULHERES GESTANTES NA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA (COVID-19 – MONKEYPOX) EM MATO GROSSO, BRASIL.

Pedro Henrique de Oliveira Marques Vidal¹, Taiana Aparecida Duarte Grein¹, Stefan Vilges de Oliveira², Antonio Francisco Malheiros³, Sandra Cristina Pillon³, Ana Caroline de Lara⁴, Alisséia Guimarães Lemes⁵, Luciano Garcia Lourenção⁶, Ana Cláudia Pereira Terças Trettel¹, Vagner Ferreira do Nascimento¹.

ABSTRACT

With the objective of identifying the self-care of pregnant women during the COVID-19-MPOX epidemiological transition, an exploratory and qualitative study was carried out in Mato Grosso, Brazil, based on individual interviews, between August and December 2022. For the analysis The Collective Subject Discourse was used in light of Dorothea Orem's Self-Care Theory. Twenty-five (25) pregnant women participated, who were divided into two groups. One group composed of women with ≤ 12 years of schooling (G1) and the other group of women with ≥ 15 years of schooling (G2). In both groups, the main practices mentioned were related to universal self-care. Those with lower levels of education did not mention direct care for MPOX, but reported greater concern about possible infection and the need for prevention. Those with higher education were briefly aware of the mode of transmission and risk of MPOX, but did not implement self-care practices for prevention and were still afraid of immunization during this period. There were some similarities in the self-care practices of the observed groups, but pregnant women with less education, as well as concerns for a healthy pregnancy and awareness about COVID-19, were in favor of possible immunization against MPOX.

KEY WORDS: pregnant women, pandemics COVID-19, monkeypox virus.

RESUMEN

Con el objetivo de identificar el autocuidado de las mujeres embarazadas durante la transición epidemiológica (COVID-19-MPOX), se realizó un estudio exploratorio y cualitativo en Mato Grosso, Brasil, a partir de entrevistas individuales, entre agosto y diciembre de 2022. Para el análisis se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo a la luz de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem. Participaron 25 mujeres embarazadas, divididas en dos grupos compuesto por gestantes con ≤ 12 años de escolaridad (G1) y otro con ≥ 15 años de escolaridad (G2). En ambos grupos, las principales prácticas mencionadas estuvieron relacionadas con el autocuidado universal. Aquellas con menor grado de educación no mencionaron la atención directa para MPOX, pero informaron una mayor preocupación por una posible infección y la necesidad de prevención. Aquellas con mayor educación conocían brevemente la forma de transmisión y el riesgo de MPOX, pero no implementaban prácticas de autocuidado para la prevención y todavía tenían miedo de la inmunización durante este período. Hubo cierta similitud en las prácticas de autocuidado de los grupos observados, pero las mujeres embarazadas con menor educación, además de preocupaciones por un embarazo saludable y conciencia sobre COVID-19, se mostraron a favor de una posible inmunización contra MPOX.

PALABRAS CLAVE: mujeres embarazadas, pandemias, COVID-19, virus de la viruela de los monos.

RESUMO

Com o objetivo de identificar o autocuidado de gestantes durante a transição epidemiológica (COVID-19-MPOX), realizou-se um estudo exploratório e qualitativo, em Mato Grosso, Brasil, a partir de entrevistas individuais, entre agosto e dezembro de 2022. Para a análise, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Participaram 25 gestantes, sendo divididas em dois grupos, composto por gestantes com ≤ 12 anos de escolaridade (G1) e o outro ≥ 15 anos de escolaridade (G2). E em ambos grupos, as principais práticas mencionadas relacionaram ao autocuidado universal. Aquelas com menos escolaridade não citaram cuidados diretos à MPOX, mas referiram maior preocupação com uma possível infecção e necessidade de prevenção. Aquelas com mais escolaridade, conheciam brevemente a forma de transmissão e o risco da MPOX, mas não implementam práticas de autocuidado para a prevenção, e apresentam-se ainda receosas com a imunização nesse período. Houve certa semelhança nas práticas de autocuidado dos grupos observados, porém as gestantes com menos escolaridade além de preocupações com uma gestação saudável e alerta ainda para a COVID-19, mostraram-se favoráveis a uma possível imunização contra a MPOX.

PALAVRAS-CHAVE: gestantes, saúde pública, pandemias, vírus da varíola dos macacos.

¹Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil. ²Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ³Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. ⁴Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. ⁵Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil. ⁶Ministério da Previdência Social, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Pedro H. de Oliveira M. Vidal. **ORCID: 0000-0003-4562-1233**
 Taiana A. Duarte Grein. **ORCID: 0000-0002-0364-2565**
 Stefan Vilges de Oliveira. **ORCID: 0000-0002-5493-2765**
 Antonio Francisco Malheiros. **ORCID: 0000-0001-8169-0557**
 Sandra Cristina Pillon. **ORCID: 0000-0001-8902-7549**
 Ana Caroline de Lara. **ORCID: 0000-0002-6200-8222**
 Alisséia Guimarães Lemes. **ORCID: 0000-0001-6155-6473**
 Luciano Garcia Lourenção. **ORCID: 0000-0002-1240-4702**
 Ana C. Pereira Terças Trettel. **ORCID: 0000-0001-8761-3325**
 Vagner F. do Nascimento. **ORCID: 0000-0002-3355-163X**

INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) atingiu quase todos os países do mundo, principalmente em decorrência de sua rápida transmissibilidade, por meio de partículas de aerossóis geradas a partir do espirro, tosse ou secreções expelidas das vias respiratórias, infectando mais de 770 milhões de pessoas e ^{6,9} milhões de óbitos.^{1,2} Alguns grupos populacionais como as gestantes, mostraram-se mais vulneráveis a intercorrências da COVID-19, com aumento da ocorrência de pré-eclâmpsia, natimortos, aborto espontâneo, parto prematuro, reanimação na sala de parto, índice de Apgar <7 em 5 minutos, e necessidade de ventilação mecânica^{3,4,5}.

Em adicional, o fenômeno da sindemia, a partir da interação das desigualdades sociais somado à COVID-19 determinou piores prognósticos, a exemplo do que já se observou na América Latina, onde cerca de um terço das mortes maternas com esse diagnóstico não tiveram sequer acesso a serviços de saúde com disponibilidade de leitos em unidades de terapia intensiva⁶.

Em 2022, já com importante cobertura vacinal contra a COVID-19 e forte disseminação das etiquetas sanitárias, emergiu uma outra doença, causada pelo monkeypox vírus (hMPXV), a monkeypox (MPOX), também transmitida por secreções respiratórias, mas principalmente a partir do contato com as lesões da pele do indivíduo infectado. A MPOX já foi registrada em 116 países, com mais de 91 mil casos de infecção.^{2,7} O Brasil com quase 11.000 casos confirmados de MPOX, lidera o ranking de infecções na América Latina^{7,8}. Em Mato Grosso, 311 casos já foram notificados, porém acredita-se em alta subnotificação em todo território nacional, em razão do caráter estigmatizante da doença^{8,9,10}.

Nesse surto atual, o primeiro caso de MPOX em gestante ocorreu nos Estados Unidos em 23 de julho de 2022, e em 04 de agosto em São Paulo, ambos casos evoluindo sem transmissão vertical¹¹. Embora a doença curse comumente de forma autolimitada, também apresenta alto risco de perda de gravidez, morte intrauterina, anomalia

fetal, mortalidade materna e síndrome MPOX congênita, chamando a atenção de autoridades e profissionais para a necessidade de estratégias de prevenção da doença, desde às mais simples, a higienização das mãos, uso de máscara e distanciamento de pessoas infectadas, como a produção de uma vacina específica^{10,12,13}.

Nesse contexto de transição epidemiológica (COVID-19 - MPOX), experienciar uma gestação e maternidade parece ter sido uma surpresa amedrontadora para algumas mulheres e famílias, pela vivência recente de uma pandemia devastadora, bem como pelo enfrentamento a uma nova doença, a MPOX, tema ainda pouco investigado e sem registro na literatura nacional até o momento. Diante disso, questionou-se: Quais os cuidados de gestantes nesse período de transição epidemiológica? Tendo como objetivo, identificar o autocuidado de gestantes durante a transição epidemiológica (COVID-19 - MPOX).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e qualitativo, seguindo o guideline Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). A pesquisa foi realizada em município do interior de Mato Grosso, a partir do contato com as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). A escolha de Mato Grosso, ocorreu por ter sido o primeiro Estado do Centro-Oeste do Brasil com caso de óbito por MPOX; e a seleção do município ocorreu por sediar uma regional de saúde, ser referência para procedimentos obstétricos de média e alta complexidade da região, e por ter realizado no ano de 2022 mais de 1.700 partos, acima da maioria das regiões deste Estado¹⁴.

A escolha do bairro investigado ocorreu com base em três critérios: possuir ESF urbana com funcionamento há pelo menos 36 meses, tempo necessário para que a unidade se consolide como referência para sua população adscrita, construa

vínculo com a comunidade e estructure sólidas rotinas e práticas¹⁵; possuir população adscrita entre 4.000 a 5.000 pessoas. Excluiu-se os bairros que possuíam ESF utilizadas como campo de estágio de cursos da área da saúde (técnicos e/ou superiores) no período de coleta dos dados. Selecionou-se o primeiro bairro que contemplou esses critérios.

As participantes do estudo obedeceram a critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídas, gestantes maiores de 18 anos, que estavam realizando o pré-natal, independentemente da quantidade de consultas realizadas e idade gestacional. Foram excluídas, gestantes da zona rural, indígenas e com diagnóstico atual ou anterior de MPOX. A exclusão de indígenas do estudo, deve-se a condição de percepção de riscos e práticas de cuidados distinta de outras mulheres¹⁶.

A coleta de dados foi realizada entre agosto e dezembro de 2022, nas residências ou em locais previamente acordado com as gestantes. As residências foram identificadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pertencentes a ESF escolhida. Primeiramente houve uma visita domiciliar na companhia do ACS, para familiarização inicial da família com o pesquisador e esclarecimentos sobre o estudo. Mediante aceite da gestante, agendou-se visita posterior.

Especificamente, para as gestantes com ≥ 15 anos de escolaridade (nível superior completo), a estratégia de recrutamento ocorreu pela técnica de snowball sampling (bola de neve), dado ao perfil normalmente reduzido dessa demanda em ESF dessa região¹⁷. A partir disso, após a indicação da primeira gestante pela equipe da ESF selecionada, estabeleceu via contato telefônico uma visita em domicílio, para realização da entrevista. A amostragem do estudo foi não probabilística, por conveniência, e o tamanho amostral baseou-se na reincidência de informações de interesse, até atingir os objetivos do estudo.

Para a coleta de dados, realizou-se entrevista semiestruturada gravada e individual, conduzida por um único pesquisador, acadêmico de enfermagem previamente treinado. As entrevistas foram guiadas por um roteiro elaborado pela equipe de pesquisa, contendo questões fechadas (aspectos sociodemográficos) e questões abertas (aspectos sobre COVID-19, conhecimento da MPOX e autocuidado adotado durante a gestação para prevenção), pré testado com população semelhante que não foi incluída no estudo. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos.

O material foi acondicionado em banco digital, com posterior transcrição e sistematização. Antes de ser analisado, o material foi enviado às participantes por meio digital (WhatsApp) para aprovação do conteúdo, as quais não indicaram necessidade de mudanças. Na análise dos dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem que caracteriza a capacidade dos indivíduos de cuidar de si mesmo, cuidado esse desempenhado de forma integral, abrangendo todas as esferas humanas, sob direcionamento do profissional de saúde¹⁸. A criação dos DSC compreendeu as Expressões-Chave (ECH). Já as Ideias Centrais (IC) indicam o sentido de cada um dos discursos analisados. Assim, seguiu-se quatro etapas: seleção das Expressões-Chave (ECH); identificação da Ideia Central (IC) de cada uma dessas ECH; identificação de IC semelhantes ou complementares; junção de ECH referentes às IC, e construção final do DSC¹⁹.

O estudo respeitou todos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº. 28214720.9.0000.5166 e parecer nº. 3.903.714. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram do estudo vinte e cinco gestantes, residentes num município do médio norte mato-grossense, sendo divididas em dois grupos, composto por gestantes com ≤ 12 anos de escolaridade (G1) e o outro ≥ 15 anos de escolaridade (G2).

O G1 foi composto por 14 gestantes, faixa etária entre 18 e 44 anos, não brancas (85,7%), casadas (50%), com religião (92,9%) e residindo com esposo e filhos (71,4%). Informam não receber auxílio do governo (71,4%), possui vínculo empregatício (50%) e renda familiar mensal de dois a três salários-mínimos (R\$ 2.640,00 a R\$ 3.960,00) (42,9%). Negam possuir problemas de saúde (92,9%), alergias (100%) e uso de remédios controlados e/ou de rotina (92,9%), com consultas de pré-natal sendo realizadas exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) (93%). Não praticam exercício físico (78,6%) ou atividade de lazer (50%).

O G2 foi composto por 11 gestantes, faixa etária entre 25 a 39 anos, brancas (63,6%), casadas (90,9%), com religião (90,9%) e residindo apenas com o esposo (45,5%). Informam não receber auxílio do governo (100%),

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestantes que aceitaram participar do estudo. Mato Grosso, Brasil, 2023. (n=25).

Variáveis	Categorias	G1 (n=14) N (%)	G2 (n=11) N (%)
Faixa etária	18 - 24 anos	3 (21,4)	-
	25 - 29 anos	1 (7,1)	2 (18,1)
	30 - 34 anos	6 (42,9)	7 (63,6)
	35 - 39 anos	1 (7,1)	2 (18,1)
	40 - 44 anos	3 (21,4)	-
Cor/etnia	Brancos	2 (14,3)	7 (63,6)
	Não Brancos	12 (85,7)	4 (36,3)
Possui Religião	Sim	13 (92,9)	10 (90,9)
	Não	1 (7,1)	1 (9,1)
Estado Civil	Solteira	2 (14,3)	1 (9,1)
	Casada	7 (50,0)	10 (90,9)
	Amasiada	4 (28,6)	-
	Divorciada	1 (7,1)	-
Reside com quem	Pai/Mãe	-	1 (9,1)
	Esposo (a)	1 (7,1)	5 (45,5)
	Filhos (apenas)	3 (21,4)	-
	Esposo (a) e filho (a)	10 (71,4)	5 (45,5)
Recebe Auxílio do Governo	Sim	4 (28,6)	-
	Não	10 (71,4)	11 (100)
Vínculo Empregatício Remunerado	Sim	7 (50,0)	10 (90,9)
	Não	7 (50,0)	1 (9,1)
Renda Familiar	1/2 a 1 salário	4 (28,6)	-
	2 a 3 salários	6 (42,9)	-
	3 a 5 salários	4 (28,6)	3 (27,3)
	5 a 10 salários	-	4 (36,3)
	> 10 salários	-	4 (36,3)
	Nenhum	1 (7,1)	5 (45,5)
Número de filhos	1	3 (21,4)	3 (27,3)
	2	3 (21,4)	3 (27,3)
	3	4 (28,6)	-
	4	2 (14,3)	-
	5 ou +	1 (7,1)	-
Outros problemas de saúde	Sim	1 (7,1)	1 (9,1)
	Não	13 (92,9)	10 (90,9)
Toma remédios controlados ou de rotina	Sim	1 (7,1)	1 (9,1)
	Não	13 (92,9)	10 (90,9)
Possui alergia	Sim	-	2 (18,1)
	Não	14 (100,0)	9 (81,8)
Pratica Atividade física	Sim	3 (21,4)	9 (81,8)
	Não	11 (78,6)	2 (18,1)
Possuía Atividade de lazer	Sim	7 (50,0)	7 (63,6)
	Não	7 (50,0)	4 (36,3)

possui vínculo empregatício (90,9%) e renda familiar mensal superior a dez salários-mínimos (R\$ 13.200,00) (36,3%). Negam possuir problemas de saúde (90,9%), alergias (81,8%) e uso de remédios controlados e/ou de rotina (90,9%), com consultas de pré-natal sendo realizadas no sistema privado (91%). Referiram praticar exercício físico (81,8%) e atividade de lazer (63,6%).

Quando questionadas sobre os hábitos adotados durante a pandemia e que ainda permaneciam realizando, ambos os grupos apontaram o uso de máscara e álcool

em gel. O G1 demonstrou medo em contrair a COVID-19, justificado pelo pouco conhecimento sobre as possíveis alterações da infecção durante a gestação. Já o G2 não apresenta preocupação quanto a COVID-19 durante a gestação, alegando a diminuição do número de casos e o abrandamento dos sintomas nos casos confirmados. Os dois grupos relataram pouco conhecimento a respeito da MPOX, e estas informações ocorreram por acesso a telejornais ou redes sociais. Enquanto o G1 desconhece as manifestações clínicas da MPOX, o G2 abordou brevemente alguns aspectos sobre a doença como o risco, forma de transmissão e prevenção.

Quadro 1. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo de gestantes que aceitaram participar do estudo (≤ 12 anos de escolaridade). Mato Grosso, Brasil, 2023. (n=14).

	Ideias Centrais (IC)	Discursos do sujeito coletivo (DSC)
Em relação a sua gestação, você está tomando algum cuidado especial?	IC-1 (n=7): Autocuidado global	<i>Estou fazendo uma alimentação balanceada, evitando alguns alimentos, como refrigerantes e doces, além de algum exercício físico, como caminhada de tarde.</i>
	IC-2 (n=6): Autocuidado no contexto da pandemia	<i>Sim, eu procuro me cuidar, devido a gestação eu não vou no mercado sem máscara, sempre uso álcool em gel, procuro sair pouco de casa, evito ficar em lugar aglomerado. Estou tentando evitar o esforço físico e não pegar muito peso.</i>
	IC-3 (n=1): Autocuidado diante de comorbidades	<i>Sim, a alimentação e caminhar mais, por conta da arritmia também o médico pediu para fazer controle de peso.</i>
Se lançarem uma vacina contra a MPOX, você tomaria durante a gestação?	IC-1 (n=8): Autocuidado com a prevenção e proteção	<i>Porque é um cuidado a mais pra nossa saúde e do bebê também, é uma forma de prevenção, eu já tomei a vacina da covid-19, todas as vacinas que vem é importante para nossa saúde, acho que eles não colocariam uma vacina para fazer mal para a gente, e é uma forma da gente se cuidar, nós sabemos que não vai tratar e nem curar, mas previne e é importante para a gente ficar imunizada, principalmente agora durante a gestação.</i>
	IC-2 (n=6): Déficit no autocuidado relacionado a desconfiança	<i>Tudo que é no começo não é 100% garantido. Se eu não estivesse grávida eu tomaria, mas como estou eu tenho medo por causa do neném, fico insegura e por isso acho melhor aguardar, pra não afetar o bebê, de certa forma é pra mim, mas eu não sei tudo que a vacina pode causar, eu tomei até a 3ª dose da vacina contra a covid-19, mas eu prefiro esperar algumas pessoas tomarem e ver os efeitos colaterais, e mais para a frente se fosse comprovado a eficácia dela eu tomaria sim. Vai que afeta ele também (bebê), de repente combate uma coisa pra mim, mas afeta ele, e ele nasce com alguma reação por conta disso, porque se desse alguma reação pra mim, seria pra mim e nada pra ele.</i>

Quadro 2. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo de gestantes que aceitaram participar do estudo (≥ 15 anos de escolaridade). Mato Grosso, Brasil, 2023. (n=11).

Em relação a sua gestação, você está tomando algum cuidado especial?	Ideais centrais (IC)	Discursos do sujeito coletivo (DSC)
	IC-1 (n=5): Autocuidado global	<i>Sim, procuro realizar um melhor controle da alimentação, principalmente quanto açúcares, zero bebida alcoólica também, além da redução da carga de trabalho e readaptação do sono e momentos de repouso. Nunca fumei nem usei drogas, e reduzi o consumo de cafeína que inclusive faz uns 15 dias que eu não tomo.</i>
	IC-2 (n=6): Autocuidado no contexto da pandemia	<i>Eu evito muito a aglomeração, permaneço utilizando a máscara e álcool em gel e evitando sair de casa ou frequentar locais onde há aglomeração de pessoas. Outra coisa que comecei fazer por conta da gestação foi Pilates, e uso rotineiro do repelente.</i>
Se lançarem uma vacina contra a MPOX, você tomaria durante a gestação?	IC-1 (n=5): Déficit no autocuidado relacionado a desconfiança	<i>Eu não acredito em vacinas criadas em um curto período de tempo, as vacinas antigamente levaram muito tempo para serem elaboradas, muito estudo e essa estando no começo eu não confio, mesmo sabendo que é uma coisa para o nosso bem, mas fico pensando, será que não vai fazer algo diferente? Mesmo que fala que não tem efeito, mesmo eu sendo da área da saúde sabendo como ocorre todo o processo, o psicológico deixa a gente em dúvida. Eu não tomaria não, devido a gestação, eu não tomaria devido aos riscos de má formação ou outra coisa, não confio para mim, quem dirá para minha bebê, por mais que que você quer acreditar que a vacina é algo que te protege ao mesmo tempo você lê tanta coisa acontecendo que faz sentido, é tanta coisa sendo inserida no organismo da gente e então eu tenho medo. Eu prefiro esperar anos de estudo, verificar a eficácia e depois tomar, a da COVID-19 eu parei na segunda dose, por receio de estar tomando muito essas coisas. A única dose que eu tomei da vacina da COVID eu tive muita febre, foi horrível, então eu não queria experimentar isso, ainda mais agora durante a gestação.</i>
	IC-2 (n=2): Autocuidado com a prevenção e proteção	<i>Eu acho super importante, porque as pessoas que são contra as vacinas não têm estudo pra isso, eu acredito muito que quem desenvolve uma vacina estudou muito pra isso, ninguém é louco suficiente para largar no mundo uma coisa sem ter estudo, e se criaram, é porque é importante, eu falo que prefiro pecar pelo excesso, fiz todas as doses da COVID, no meu filho, vacinei com todas as do SUS, até eu tomei a vacina do HPV. As vacinas salvam vidas, temos exemplos aí, sarampo, catapora, poliomielite que foram praticamente erradicadas, então vacina é saúde, se você quer viver tem que tomar as vacinas, somos totalmente a favor da vacina, tomaria com certeza.</i>
	IC-3 (n=4): Autocuidado condicionado a prescrição do profissional	<i>Se meu obstetra autorizasse eu tomaria sim, não teria nada contra, acho muito importante, desde que nascemos já somos vacinados, apesar do pouco tempo de desenvolvimento me deixar insegura de tomar durante a gestação, mas tomaria sim, mediante a opinião do meu obstetra.</i>

O Quadro 1 apresenta as IC e os DSC sobre autocuidados realizados nesse período de transição epidemiológica (COVID-19-MPOX) do G1.

Nestes DSC (G1), destacam a importância de uma alimentação equilibrada, exercícios físicos moderados e medidas de prevenção, especialmente devido à pandemia de COVID-19. Além disso, ressalta-se a preocupação com o controle de doenças já existente e controle de peso. Quanto ao questionamento se tomariam a vacina contra a MPOX mostram preocupação com a segurança do bebê durante a gravidez. A preferência por esperar e observar os resultados em outras pessoas reflete a cautela em relação a possíveis efeitos colaterais. A confiança geral nas vacinas e a compreensão da importância da prevenção também desempenham um papel na tomada de decisão.

O Quadro 2 apresenta as IC e os DSC sobre autocuidados realizados nesse período de transição epidemiológica (COVID-19-MPOX) do G2.

Nos DSC do G2, as principais abordagens sobre autocuidado são motivadas pela preocupação com o período gestacional, com adoção de hábitos mais saudáveis. Nota-se a preocupação com o risco de infecções nesse período, impondo às gestantes a manutenção de hábitos comumente observados durante os picos da transmissão de COVID-19 no Brasil. Quando questionadas acerca de uma possível vacinação contra a MPOX, demonstram sensação de insegurança e incerteza sobre os benefícios da vacina durante o período gestacional. Há também, um descrédito quanto ao processo de elaboração do imunizante. Já para outras gestantes deste grupo, o apoio e aconselhamento profissional é um fator decisivo para a adesão da vacinação.

A partir dos DSC, é possível identificar a presença de déficit no autocuidado, sendo no G1 relacionado principalmente a fatores como o desconhecimento das formas de transmissão, prevenção e complicações das infecções por COVID-19 e MPOX na gestação, além do sedentarismo. E, no G2, destaca-se a forte hesitação vacinal.

DISCUSSÃO

Quanto aos autocuidados adotados durante a gestação, pode-se perceber o alinhamento entre os grupos de participantes, categorizados por Orem¹⁸ como sendo um autocuidado universal, ou seja, associados a manutenção dos processos de vida e que pode ser entendido como capacidade do indivíduo de prover para

si mesmo uma manutenção adequada de alimentação, água, sono, repouso e eliminações.

No contexto da pandemia da COVID-19, a alimentação trouxe uma resposta imunológica positiva frente a infecção do SARS-CoV-2, o que indica que esse autocuidado, auxilia tanto na prevenção como no curso de formas graves da doença, especialmente entre grupos mais vulneráveis, como as gestantes²¹. Além disso, nesse período, a alimentação ganhou destaque em orientações de órgãos oficiais e não oficiais,²² e consolidou-se como um autocuidado potente diante da testagem positiva, e posteriormente como "saída" para aqueles que não tiveram adesão a vacina.

Nos EUA, 60% das gestantes modificaram o padrão alimentar durante a pandemia da COVID-19, sendo que destas, 17% relataram piora em relação a esse autocuidado²³. No entanto,²⁴ não encontraram mudanças significativas no padrão alimentar de gestantes espanholas no período pandêmico. De todo modo, é provável que esse autocuidado relacionado a prática alimentar nas gestantes do estudo não tenha sofrido variações importantes devido à baixa incidência de novos casos e óbitos nesta região de Mato Grosso, quando comparado ao cenário nacional durante o período das entrevistas²⁵.

Outro aspecto que pode explicar os achados, em que gestantes de diferentes escolaridades dão importância similar a essa prática de autocuidado, é a multiparidade, ou seja, mesmo as gestantes com menos escolaridade, podem ter acumulado experiência e saberes de outras gestações e isso influenciar na gestação atual.

A prática de exercícios físicos também foi mencionada pelas participantes. O exercício físico, segundo Orem¹⁸, também compõe um tipo de autocuidado universal, pois seus benefícios não se associam a apenas um período específico, como a gestação, mas repercute em diversos aspectos da saúde. Todavia, não houve unanimidade entre os grupos quanto a esse autocuidado, sendo que as gestantes com menor escolaridade foram menos adeptas às práticas. Sabe-se que grupos com níveis mais elevados de letramento em saúde conseguem implementar melhores práticas de autocuidado.

Entretanto, durante a pandemia da COVID-19, nos Estados Unidos houve uma relação entre maiores rendas com resultados adversos no exercício físico²³, embora esse período pandêmico impôs restrições e novas rotinas, que segundo Orem¹⁸, prejudica a disseminação da prática de autocuidado, visto que o acesso do

indivíduo ao principal agente de promoção a saúde está diminuído.

As práticas de autocuidado referidas pelas participantes no contexto da transição epidemiológica (COVID-19-MPOX) ainda possuem forte presença de aspectos preventivos à COVID-19, aspecto que pode ser reflexo do profundo impacto da pandemia na sociedade e seus legados à saúde, a exemplo de gestante que seguem com relatos de autocuidado semelhantes àquelas que vivenciavam a pandemia em 2020 no Centro-Oeste²⁶. Razão que talvez justifique nenhum dos grupos terem mencionado autocuidados referentes à MPOX, pois além de pouco evidenciada pela mídia e por políticas de saúde no período, não houve veiculação de alertas às gestantes nesta região, como durante a pandemia da COVID-19.

Os dois grupos relataram seguirem práticas preventivas como a lavagem frequente das mãos, uso de álcool em gel e máscara. Essa adesão pode ser atribuída às intensas campanhas e veiculação de medidas de proteção vs a visibilidade de casos e óbitos, o que diverge de estudo realizado na Nigéria, no qual apontou baixa adoção de tais medidas de prevenção, apesar de todos os esforços na divulgação massiva²⁷. E ao deparar com esse comportamento de gestantes mato-grossenses, mesmo com redução do número de casos de COVID-19, observa-se que os conhecimentos em saúde adquiridos durante a pandemia se perpetuaram, ainda que sem uma exigência e recomendação atual, e não ocorrendo em razão da MPOX.

Quando esse autocuidado se referiu a uma possível imunização contra a MPOX, os discursos entre os grupos foram distintos, mas com desconhecimento, de forma geral, sobre a doença²⁸. Há evidências que fatores demográficos ligados ao Produto Interno Bruto (PIB) em todas as regiões brasileiras se correlacionaram com os casos/óbitos de COVID-19 e inversamente com a taxa de vacinação²⁹. Isso sugere, entre outros aspectos, que não conhecer a fundo a MPOX não despertou os mesmos interesses ou iniciativas à proteção e prevenção, como ocorreu no caso da COVID-19.

Sabe-se que o profissional de saúde tem grande influência sobre sua decisão de tomar ou não um possível imunizante, precisando deter saberes sobre o tema. Em contraponto, pesquisa no Oriente Médio indicou o desconhecimento dos profissionais de saúde acerca da MPOX e suas formas de prevenção²⁸, o que no Brasil também pode ser uma realidade. Para Orem¹⁸, os profissionais de saúde devem compreender e fornecer o conhecimento necessário sobre a condição de saúde ou

risco à saúde, a fim de que o indivíduo se torne agente do seu autocuidado, bem como desenvolva a capacidade de se apropriar ou excluir coisas, a partir do conhecimento de seu significado, o que vai ao encontro do não reconhecimento de práticas de autocuidado exclusivas à MPOX observadas neste estudo.

Em relação às gestantes com maiores escolaridades, o autocuidado foi condicionado a prescrição do profissional. É consenso que quando os profissionais de saúde não elucidam dúvidas pertinentes ou demonstram desconfiança, aumentam a insegurança do paciente³⁰, o que acredita também ter refletido acerca da MPOX, que emergiu à sombra da COVID-19, sem gerar preocupação significativa nos próprios profissionais.

O estudo apresentou algumas limitações, como a regionalidade, o que pode não representar todo o contexto global do autocuidado nesse período de transição (COVID-19 - MPOX), uma vez que, o autocuidado sofre influência do meio, do acesso a serviços de saúde, à informação, ao letramento em saúde e às condições de vida da gestante e família. Por outro lado, este estudo qualitativo indica algumas formas de autocuidado que embora já fossem aplicadas em momentos epidemiológicos anteriores, nesse período de transição COVID-19 - MPOX, fortemente marcado pela pandemia, receberam maior atenção dada às condições de risco que estavam expostas, e ao mesmo tempo, indicou que o fator escolaridade deve ser considerado nos planos e projetos terapêuticos estabelecidos pelos profissionais e equipes de saúde.

Conclusões

As gestantes de ambos os grupos apresentaram semelhanças quanto as práticas de autocuidado adotadas durante a transição epidemiológica (COVID-19 - MPOX). As gestantes com menor escolaridade manifestaram maior preocupação com a situação epidemiológica ou com sua própria vulnerabilidade, e por conseguinte relataram práticas de autocuidado visando à prevenção tanto da COVID-19 como adesão a possíveis vacinas contra a MPOX, enquanto as demais participantes, com maior nível de escolaridade, não entendem esse período de transição como um risco, mantendo somente as práticas de autocuidado tradicionalmente indicadas em pré-natais, sem preocupação com a MPOX.

As práticas de autocuidado indicadas por este segundo grupo, para além da escolaridade, podem ser reflexo do conhecimento em saúde já adquiridos nesse

período de transição epidemiológica, que auxiliou na percepção de estarem menos expostas à doença, em razão do perfil e comportamento sexual que possuem e pelo acesso a condições sanitárias e de vida mais favoráveis. Ainda assim, esse estudo indica que atividades de educação em saúde ou mesmo orientações na rotina de pré-natal nos dois perfis de gestantes não envolveram o tema MPOX.

Esses achados reforçam que os profissionais de saúde precisam estar atentos ao cenário epidemiológico nacional e regional, e traçar estratégias que empoderem as gestantes e seus familiares para formas adequadas de promoção e prevenção à saúde, não somente limitados aos cuidados gerais, na medida que a gestante compreenda quais as melhores práticas de autocuidado

a seguir. Assim, deve-se lançar mão de atividades de cunho educativo que ultrapasse grupos de educação em saúde internos da unidade, e conhecer o contexto de vida das gestantes, em especial, como se relacionam com as fontes de informação e a geração de conhecimentos em saúde. Para tanto, novas investigações para acompanhamento desse perfil de participantes sobre autocuidado devem permanecer, na perspectiva de verificar lacunas a serem trabalhadas e falhas na condução das atividades educativas e do trabalho da equipe multidisciplinar.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflitos de interesses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19). World Health Organization [Internet]. 2023.[citado 05/11/2023]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
- 2) World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). World Health Organization; [Internet] 2023. [citado 29/03/2024]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))
- 3) Medeiros KS, Sarmenro ACA, Costa APF, Macêdo LTA, Siva LAS, Freitas CL, et al. Consequences and implications of the coronavirus disease (COVID-19) on pregnancy and newborns: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*[Internet]. 2021 [citado 16/11/2022]; 156(3):394-405. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14015>
- 4) Ferrugini CLP, Boldrini NAT, Costa FLS, Salgueiro MAOB, Coelho PDP, Miranda AE. SARS-CoV-2 infection in pregnant women assisted in a high-risk maternity hospital in Brazil: Clinical aspects and obstetric outcomes. *Plos One* [Internet]. 2022 [citado 18/11/2022]; 17(3):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264901>
- 5) Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women?. *The Lancet* [Internet]. 2020 [citado 18/11/2022]; 395(10226):760-762. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2)
- 6) Maza-Arnedo F, Paternina-Caicedo A, Sosa CG, de Mucio B, Rojas-Suarez J, Say L. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *The Lancet* [Internet]. 2022 [citado 18/11/2022]; 12(100269):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>
- 7) França GVA. Surtos de monkeypox em 110 países em 2022-23: uma oportunidade para aplicar lições aprendidas com outras emergências de saúde pública. *J Health NPEPS*. 2023; 8(1):e11263. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/2526101011263>
- 8) Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox and Orthopoxvirus Outbreak Global Map | Monkeypox | Poxvirus. CDC [Internet]. 2022 [citado 05/11/2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>
- 9) Nascimento VF, Terças-Trettel ACP. Aprendizagens necessárias do profissional de saúde para enfrentamento da varíola dos macacos. *Comunidade y Salud* [Internet]. 2022 [citado 30/11/2023]; 20(2):103-105. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366356653_Necessary_learning_of_the_health_professional_to_cope_with_monkeypox_Aprendizagens_necessarias_do_profissional_de_saude_para_enfrentamento_da_variola_dos_macacos
- 10) World Health Organization. Monkeypox [Internet]. Who.int. World Health Organization; [Internet] 2023. [citado 29/03/2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
- 11) Khalil A, Samara A, O'Brien P, Coutinho CM, Duarte G, Quintana SM. *The Lancet* [Internet]. 2022 [citado 30/11/2023]; 20(11):1534-1535. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00612-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00612-0)
- 12) Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka SM, Mulembakani P, Rimoin AW *et al.* *J Infectious Diseases* [Internet]. 2017 [citado 30/11/2023]; 216(7):824-828. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/infdis/jix260>

- 13) Dashraath P, Nielsen-Saines K, Mattar C, Musso D, Tambyah P, Baud D. Lancet [Internet]. 2022 [citado 30/11/2023]; 400(10345):21-22. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01063-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01063-7)
- 14) Paineis de Monitoramento de Nascidos Vivos - Natalidade - Paineis de monitoramento - Centrais de Conteúdos - DAENT. Ministério da Saúde [Internet]. 2023 [citado 05/11/2023]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>
- 15) Nascimento VF, Silva JES, Borges AP, Pereira-Terças AC, Lemes AG, Silva RGM. Mothers' perception of the first prenatal consultations within Mato Grosso. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2016 [citado 20/11/2023]; 5(1):46-51. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5050/pdf>
- 16) Ávila BT, Alves SV. Planejamento reprodutivo em área indígena e a busca pela atenção diferenciada: os dilemas entre desigualdade e diferença. Saúde e Sociedade [Internet]. 2022 [citado 20/11/2022]; 31(4):01-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202200357pt>
- 17) Demarchi RF, Nascimento VF, Borges AP, Pereira-Terças AC, Grein TAD, Baggio É. Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [citado 20/11/2022]; 11(7):2663-73. Disponível em: <https://10.0.20.85/reuol.10939-97553-1>
- 18) Orem DE. Nursing: concepts of practice. St. Louis: Mosby; 1995.
- 19) Lefreve F, Lefreve AMC. O sujeito coletivo que fala. Comunic, Saúde, Educ [Internet]. 2006 [citado 15/09/2022]; 10(20):517-524. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QQw8VZh7pYTzw9dGyKvpx4h/?format=pdf&lang=pt>
- 20) Mate A, Reyes C, Santana Á, Sobrevia L, Vásquez CM. Impact of maternal nutrition in viral infections during pregnancy. Molecular Basis of Disease [Internet]. 2021 [citado 05/11/2023]; 11(1867):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbdis.2021.166231>
- 21) Liu H, Wang LL, Zhao SJ, Kwak-Kim J, Mor G, Liao AH. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. Journal of Reproductive Immunology [Internet]. 2020 [citado 05/11/2023]; 139(103122):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jri.2020.103122>
- 22) Botelho VCSF. Guia Com Orientações Nutricionais Para Gestantes E Puérperas Sobre Covid-19: Segurança Alimentar Em Tempos De Pandemia Por Coronavírus. UniRio [Internet]. 2020 [citado 05/11/2023]; 1(1):1-30. Disponível em: https://www.unirio.br/proreitoria-de-extensao-educacional/central-de-conteudos/material-didatico/guia-orientacao-nutricional-gestante-e-puerpera-sobre-covid-19_prof-valeria-c-s-furtado-botelho_junho-2020.pdf
- 23) Whitaker KM, Hung P, Alberg AJ, Hair NL, Liu J. Variations in health behaviors among pregnant women during the COVID-19 pandemic. Midwifery [Internet]. 2021 [citado 05/11/2023]; 95 (102929): 319-335. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102929>
- 24) Biviá-Roig G, La Rosa VL, Gómez-Tébar M, Serrano-Raya L, Amer-Cuenca JJ, Caruso S. Analysis of the Impact of the Confinement Resulting from COVID-19 on the Lifestyle and Psychological Wellbeing of Spanish Pregnant Women: An Internet-Based Cross-Sectional Survey. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2020 [citado 05/11/2023]; 17(5933):1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17165933>
- 25) Secretaria de Estado de Saúde. Monitoramento Covid-19. SES/MT [Internet]. 2023 [citado 05/11/2023]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/painelcovidmt/>
- 26) Demarchi RF, Medeiros IDTD, Sobrinho MG, Nodari PRG, Terças-Trettel ACP, Nascimento VF. HU Rev [Internet]. 2022 [citado 20/11/2023]; 48(38212):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.38212>
- 27) Nwafor JI, Aniukwu JK, Anozie BO, Ikeotuonye AC, Okedo Alex IN. Pregnant women's knowledge and practice of preventive measures against COVID-19 in a low-resource African setting. Int J Gynecology Obstetrics [Internet]. 2021 [citado 29/03/2024]; 21(1):1-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9348369>
- 28) Sallam M, Al-Mahzoum K, Al-Tammemi AB, Alkurtas M, Mirzaei F, Kareem N. Assessing Healthcare Workers' Knowledge and Their Confidence in the Diagnosis and Management of Human Monkeypox: A Cross-Sectional Study in a Middle Eastern Country. Healthcare [Internet]. 2022 [citado 09/11/2023]; 10(1722):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091722>
- 29) Souza A, Souza DM, Abreu MC, Oliveira-Juñior JF, Silva EB, Pobocikova I, et al. Demographic and socioeconomic factors in impacts of COVID-19 by regions in Brazil. J Health NPEPS [Internet]. 2023 [citado 29/03/2024]; 8(1):e10825. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.30681/2526101010825>
- 30) Pereira AMM, Dantas SLC, Rodrigues ARM, Costa N, Paiva AMG, Rodrigues DP. Representações sociais de enfermeiros obstetras sobre o cuidado da parturiente. J Health NPEPS [Internet]. 2023 [citado 29/03/2024]; 8(2):e11464. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.30681/2526101011464>

ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE ADIPOSIDAD ABDOMINAL EN INDIVIDUOS CON SOBREPESO.

NEUTROPHIL/LYMPHOCYTE INDEX AND ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF ABDOMINAL ADIPOSITY IN OVERWEIGHT INDIVIDUALS.

Hember Vicci V¹, Gregoria González M¹, Wuenddy Narváez¹, Rut Maldonado¹

ABSTRACT

Overweight is an alteration of multifactorial etiology, characterized by excess adipose tissue, with a high number of cases in Latin America and the Caribbean. In Venezuela, a 63.4% prevalence of overweight/obesity has been reported, entities that usually cause a pro-inflammatory state that is associated with greater cardiovascular risk. On the other hand, the neutrophil lymphocyte index (NLR) has been associated with central obesity and is useful in the evaluation of inflammatory alterations. A descriptive study was carried out to determine the NLR and anthropometric indicators of abdominal adiposity in overweight individuals. For this, 105 male and female individuals were evaluated; 51 were overweight and 54 were normal weight, aged between 18-60 years, for whom body mass index (BMI), waist circumference (WC), waist-hip ratio (WHR) and NLR were determined. Average values were obtained for BMI (27.0 vs 21.9 kg/m²), WC (92 vs 79 cm), WHR (0.91 vs 0.85), leukocyte count (7200 vs 6250 cells/mm³), neutrophils (4212 vs 3418 cells/mm³) and INL (1.94 vs 1.5). These values were significantly higher in the overweight group compared to the normal weight group ($p < 0.001$); Furthermore, a significant association of NLR with WC ($r = 0.4198$; $p = 0.0148$) and CHF ($r = 0.5952$; $p = 0.0214$) was observed in overweight subjects ($p < 0.05$). These results reveal that overweight individuals present early alterations in anthropometric parameters of central adiposity associated with an increase in NLR.

KEY WORDS: overweight, cardiovascular diseases, neutrophil/lymphocyte index, anthropometry, abdominal obesity.

RESUMEN

El sobrepeso es una alteración de etiología multifactorial, caracterizada por exceso de tejido adiposo, con alto número de casos en América Latina y el Caribe. En Venezuela se ha reportado 63,4% de prevalencia sobrepeso/obesidad, entidades que suelen originar un estado proinflamatorio que se asocia a mayor riesgo cardiovascular. Por otra parte, el índice neutrófilos linfocitos (INL), ha sido asociado a obesidad central y es útil en la evaluación de alteraciones inflamatorias. Se realizó un estudio descriptivo para determinar el INL e indicadores antropométricos de adiposidad abdominal en individuos con sobrepeso. Para ello se evaluaron 105 individuos; 51 con sobrepeso y 54 con normopeso, de ambos géneros, con edades comprendidas entre 18-60 años, a quienes se les determinó el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura (CC), índice cintura cadera (ICC) e INL. Se obtuvo valores promedio de IMC (27,0 vs 21,9 kg/m²), CC (92 vs 79 cm), ICC (0,91 vs 0,85), recuento de leucocitos (7200 vs 6250 cels/mm³), neutrófilos (4212 vs 3418 cels/mm³) e INL (1,94 vs 1,5) significativamente más elevados en el grupo sobrepeso respecto al grupo normopeso ($p < 0,001$); además se observó asociación significativa de INL con CC ($r = 0,4198$; $p = 0,0148$) e ICC ($r = 0,5952$; $p = 0,0214$) en sujetos con sobrepeso ($p < 0,05$). Estos resultados revelan que individuos con sobrepeso presentan alteraciones tempranas en parámetros antropométricos de adiposidad central asociado a incremento del INL.

PALABRAS CLAVE: sobrepeso, enfermedades cardiovasculares, índice neutrófilo/linfocito, antropometría, obesidad abdominal.

Recibido: 07 de febrero de 2024 Aceptado: 09 de abril de 2024

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son alteraciones de etiología multifactorial, caracterizadas por incremento de tejido adiposo, causadas por interacción de factores genéticos, medio ambiente, sedentarismo y elevado consumo de calorías. El sobrepeso es un estado premórbido de la obesidad y su aparición en etapa infantil conlleva un 70% de probabilidad de presentar obesidad en la etapa adulta, la cual se incrementa a 80% si el individuo presenta antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad^{1,2}.

¹Unidad de Lípidos y Lipoproteínas (INLIP), Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Maracay, Venezuela.

Hember Vicci V **ORCID:** 0000-0001-9349-1686
Gregoria González M **ORCID:** 0000-0003-4176-9329
Wuenddy Narváez **ORCID:** 0000-0001-7985-0339
Rut Maldonado **ORCID:** 0009-0001-5886-8895

Correspondencia: hemberjvv@gmail.com

Para el año 2016, aproximadamente 1900 millones de adultos padecían de sobrepeso y obesidad, es decir 13% de la población mundial³; además, la prevalencia de ambas entidades se ha ido incrementando en América Latina y el Caribe y según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 58% de los habitantes de la región presenta sobrepeso⁴.

En Venezuela son escasos los datos actualizados acerca de sobrepeso/obesidad; sin embargo, para el año 2012, el Instituto Nacional de Nutrición del país⁵, registró una prevalencia de 54,95% de malnutrición por exceso, representada por 29,52% de sobrepeso y 23,65% de obesidad, siendo los más afectados adultos con edades comprendidas entre 18-40 años. Para el año 2016, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó una prevalencia de 63,4% de sobrepeso/obesidad en adultos en Venezuela⁶ y Oliveira-Gómez *et al.*⁷, informaron sobre 36,6% de sobrepeso y 30% de obesidad en adultos de la región capital, de la cual 67,3% correspondía a obesidad abdominal, demostrando que existe una alta prevalencia de sobrepeso en la población.

El sobrepeso ha sido asociado al síndrome metabólico (SM), el cual se caracteriza por un conjunto de alteraciones metabólicas, tales como: dislipidemia, hipertensión arterial (HTA) y resistencia a la insulina (RI), entre otras; confiriendo un aumento de 5 veces en el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y 2 veces el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV)⁸, las cuales representan la primera causa de muerte en países desarrollados, con más de 17 millones de decesos a nivel mundial, y en Venezuela una morbilidad de 19,98% para el año 2016^{9,10}.

En ese contexto, la evaluación de sobrepeso y obesidad se ha realizado comúnmente a través de la obtención del índice de masa corporal (IMC) con su clasificación tradicional; sin embargo, ante la certeza de las actividades bioquímicas del tejido adiposo, este indicador tiene limitaciones en la estimación de la grasa corporal y su utilidad, como marcador de riesgo de morbilidad, también es inexacto; por ello, para diagnosticar el exceso de tejido adiposo u obesidad central, se han aplicado otros indicadores antropométricos, tales como: circunferencia de la cintura (CC) e índice cintura/cadera (ICC), los cuales son sencillos, prácticos y eficaces para evaluar la grasa abdominal, la cual constituye un factor de riesgo cardiovascular más importante que el exceso de peso^{11,12}.

Ante la aparición de estados inflamatorios, el estudio de la actividad leucocitaria tiene gran importancia

debido a que, los leucocitos se activan, secretando citocinas proinflamatorias, enzimas proteolíticas y otros moduladores inmunitarios que causan daño adicional al tejido¹³. Asimismo, el índice neutrófilos/linfocitos (INL), ha sido empleado comúnmente como marcador inflamatorio, siendo útil en la evaluación de pacientes con enfermedades infecciosas, y coronarias^{14,15,16}. Al respecto, Wörnberg, *et al.*¹⁷, reportaron aumento en el recuento total de glóbulos blancos, neutrófilos y monocitos en individuos con sobrepeso/obesidad y señalaron la importancia de la obesidad como origen de la inflamación crónica y su relación con el riesgo de desarrollar aterogénesis a edad temprana; mientras que Copca-Nieto *et al.*¹¹, informaron sobre la asociación entre la elevación de INL y SM, demostrando que el INL se incrementa en paralelo con obesidad central.

En virtud de que la mayor parte de las investigaciones se han realizado en pacientes con obesidad, se planteó determinar el índice neutrófilo/linfocito e indicadores antropométricos de obesidad en individuos con sobrepeso, ya que dicho cociente muestra la relación entre la respuesta inmune innata (neutrófilos) y adaptativa (linfocitos), se calcula fácilmente y es de bajo costo, permitiendo evaluar un estado proinflamatorio incipiente, asociado al exceso de tejido adiposo abdominal, previniendo la aparición de complicaciones cardiovasculares en este grupo de población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal con una población de trabajadores de dos empresas: una hotelera y otra de productos cosméticos/hogar, ubicadas en la ciudad de Maracay, estado Aragua, Venezuela. Se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional y mediante criterios de inclusión y exclusión, fue seleccionada una muestra de 105 individuos, los cuales fueron organizados en dos grupos: 51 individuos con sobrepeso (grupo de estudio) y 54 individuos con normopeso (grupo control), de género masculino y femenino, con edades comprendidas entre 18-60 años; de los cuales 84.9% fueron mujeres y 15,1% hombres; excluyendo aquellos individuos con diabetes mellitus, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad tiroidea, antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, síndrome febril, cuadro infeccioso y/o vacunados recientemente para el momento del estudio.

Cada participante recibió información acerca de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos previsibles

y aspectos pertinentes, al inicio de la investigación. Se les solicitó, de manera voluntaria, el consentimiento informado, de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. A los individuos seleccionados se les aplicó una encuesta con preguntas acerca de su estilo de vida, ocupación, hábitos alimenticios, antecedentes familiares, datos personales y clínicos de relevancia para el estudio. Posteriormente, se procedió a determinar los parámetros antropométricos de peso y talla, mediante una balanza médica/tallímetro Health-Meter, se calculó el IMC considerando valores de normopeso entre 18,5-24,9 Kg/m² y sobrepeso un valor entre 25-29,9 Kg/m²; se midió la CC, tomando como exceso de grasa abdominal un valor ≥ 88 cm en mujeres y ≥ 102 cm en hombres y se calculó el ICC, considerando como acumulación de grasa central una relación $\geq 0,85$ en mujeres y $\geq 0,94$ en hombres^{18,19,20}.

A los individuos de cada grupo, se les extrajo una muestra de sangre, mediante venopunción, la cual se agregó a un tubo de ensayo con anticoagulante EDTA para el recuento total y diferencial de leucocitos. El recuento leucocitario se realizó por el método manual de laboratorio con hemocitómetro, considerando aceptable valores entre 4500-11000 células/mm³, mientras que, el conteo absoluto de neutrófilos y linfocitos se obtuvo a partir de un frotis sanguíneo teñido con colorante Giemsa, cuya fórmula relativa se multiplicó por el conteo total de leucocitos y se dividió entre 100, considerando normal valores de neutrófilos entre 1800-7700 células/mm³ y linfocitos entre 1000-4800 células/mm³^{21,22,23}. El INL se obtuvo al dividir el conteo absoluto de neutrófilos entre el conteo absoluto de linfocitos considerando como bajo riesgo inflamatorio un valor < 2 , riesgo medio entre 2 y 3; y alto riesgo > 3 ²⁴.

Los datos se representaron como la mediana $\pm$ percentiles 25-75. Se compararon los dos grupos, mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y se aplicó la prueba de correlación de Spearman para evaluar la asociación del INL y parámetros antropométricos en individuos con sobrepeso. Para el análisis estadístico se empleó el programa PAST versión v3.14, estableciendo como nivel de significancia estadística un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Fueron evaluados 105 individuos, 54 de ellos con normopeso y edades comprendidas entre 19 - 60 años [40 (28-50)] y 51 individuos con sobrepeso y rango de edad entre 22 - 69 años [48 (43-58)], siendo

significativamente más elevado respecto al grupo normopeso; no se encontró diferencias significativas para la variable género en ambos grupos (53,7% mujeres vs 46,3% hombres y 45,1% mujeres vs 54,9% hombres; respectivamente).

Al evaluar los parámetros antropométricos, se obtuvo valores de IMC, CC e ICC, significativamente más elevados en el grupo sobrepeso respecto al grupo normopeso ($p < 0,001$) (tabla 1) y si bien, estos resultados no fueron significativos, los valores promedio de CC se encontraron sobre los valores de referencia en el grupo sobrepeso (47,1% en hombres y 43,1% en mujeres).

Cabe destacar, que en ambos grupos se encontraron valores promedios de ICC entre los valores de referencia. No obstante, en el grupo normopeso, 5,6% de hombres y 16,7% de mujeres presentaron cifras de ICC sobre los valores de referencia, mientras que, 19,6% de hombres y 21,6% de mujeres del grupo sobrepeso, presentaron esa característica.

Por otra parte, se pudo apreciar que tanto, el recuento total de leucocitos como el conteo absoluto de neutrófilos resultaron significativamente más elevados en sujetos con sobrepeso al comparar con el grupo normopeso ($p < 0,05$; $p < 0,01$) (tabla 1).

Asimismo, respecto al INL, aun cuando ambos grupos presentaron valores promedios que no excedían los valores considerados normales, fue evidente un incremento significativo de esta variable en el grupo con sobrepeso respecto al grupo normopeso [1,5 (1,17-1,94) vs 1,17 (1,04-1,39)] ($p < 0,001$); además 23,51% de los individuos con sobrepeso presentó algún grado de riesgo inflamatorio (Figura 1).

Por otra parte, al evaluar la correlación entre el INL y parámetros antropométricos, en individuos con sobrepeso, se observó una asociación significativa con los parámetros ICC, CC, y conteo de leucocitos ($p < 0,05$); mientras que no hubo correlación con el IMC (tabla 2).

DISCUSIÓN

A partir de la evaluación de los parámetros antropométricos, los valores de IMC obtenidos permitieron diferenciar los grupos de individuos con normopeso y sobrepeso. El IMC es un buen indicador de obesidad; sin embargo, por sí solo, no refleja la distribución de grasa corporal, ni permite distinguir los individuos con exceso de tejido graso de aquellos con elevada masa muscular; por tanto, se determina de

Tabla 1. Parámetros antropométricos en individuos normopeso y sobrepeso.

Variable	Normopeso (n=54)	Sobrepeso (n=51)	Valor de p
IMC (Kg/m ²)	21,9 (20,7-23,6)	27,0 (26,0-27,9)	0,0000***
ICC	0,85 (0,79-0,89)	0,91 (0,85-0,94)	0,0001***
CC (cm)	79 (72-87)	92 (89-95)	0,0000***
Contaje leucocitos (cels/mm ³)	6350 (5500-7125)	7200 (6150-8500)	0,0012**
Contaje neutrófilos (cels/mm ³)	3418 (2854-4013)	4212 (3430-5400)	0,0002***
Contaje linfocitos (cels/mm ³)	2779 (2480-3280)	2856 (2464-3168)	0,9438 ^{NS}

IMC (índice de masa corporal), ICC (índice cintura cadera), CC (circunferencia de cintura). Los valores representan la mediana y P25 - P75 (*p <0,05; **p <0,01;***p <0,001); NS (no significativo).

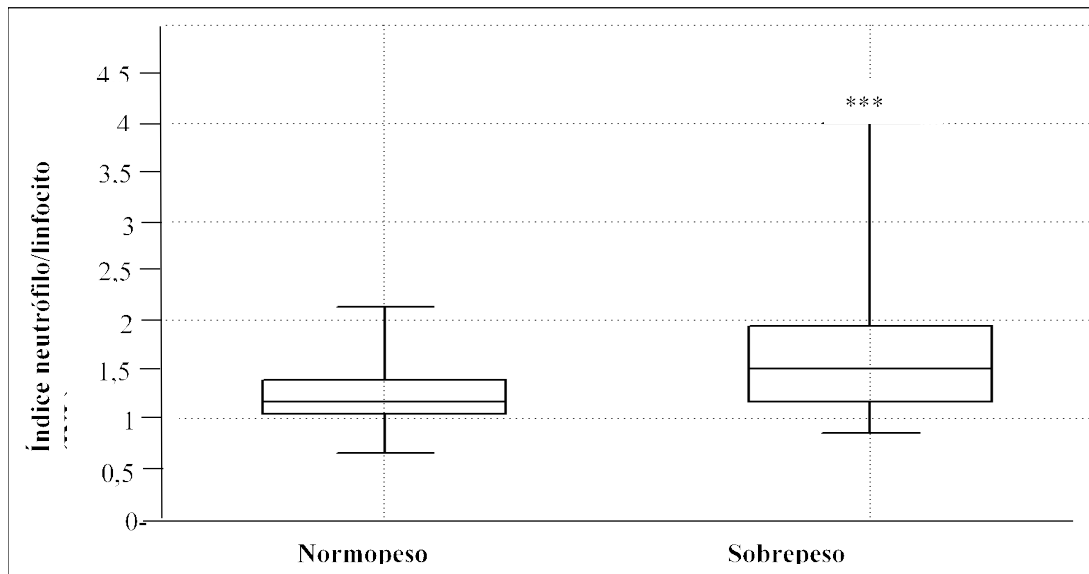


Figura 1. Índice neutrófilo/linfocito en individuos con normopeso y sobrepeso. Los valores representan la mediana y P25 - P75 (***p <0,001 vs normopeso); n=54 (grupo normopeso); n=51 (grupo sobrepeso).

manera conjunta con otros parámetros antropométricos tales como CC e ICC ²⁵.

Como fue señalado anteriormente, en este estudio se encontró que, individuos con sobrepeso mostraron valores elevados, tanto de CC como de ICC, respecto del grupo control. Ello coincide con lo reportado por Maceda *et al.*²⁶, quienes evaluaron el perfil antropométrico de individuos de ambos géneros entre 18-80 años; encontrando que 44,9% y 35,3% presentaban sobrepeso y obesidad, respectivamente, y 89,7% incremento de CC. Al respecto, diferentes autores señalan que un excesivo CC indica acumulación de tejido adiposo²⁷, aumento de tejido adiposo visceral y adiposidad central; siendo útil para identificar sobrepeso y obesidad, además del riesgo a desarrollar complicaciones metabólicas ^{28,29,30}.

La distribución del tejido adiposo es de relevancia, debido a que el tejido graso intraabdominal y subcutáneo abdominal confiere mayor riesgo que el tejido subcutáneo de glúteos y extremidades inferiores³¹. Es por ello, que el ICC ha sido utilizado frecuentemente como un indicador de incremento del tejido adiposo abdominal, y predictor de riesgo cardiovascular ³². En ese sentido, Martínez-Gómez *et al.*³³, señalaron que el ICC es el indicador antropométrico más preciso, puesto que valora el tejido graso corporal total y el intraabdominal; asimismo, Gharakhanlou *et al.*³⁴, indicaron que el ICC constituye un indicador antropométrico para predecir el riesgo de ECV.

En este estudio, se encontró que 10% de individuos con sobrepeso (5% hombres y 5% mujeres), presentó obesidad abdominal, evidenciada por valores elevados de IMC, CC e ICC de manera simultánea, lo que

se traduce en mayor riesgo cardiovascular en esta muestra de población; no obstante, en el grupo normopeso se encontró incremento de CC e ICC en 1,6% de hombres y 3,8% de mujeres, tal y como ha sido observado en estudios previos que relacionan un IMC normal con ECV y DM ³⁵, sugiriendo la necesidad de determinar el CC en sujetos con $IMC \leq 25 \text{ kg/m}^2$.

En condiciones de exceso de peso, el tejido adiposo es activado metabólicamente, secretando enzimas como lipasa, citocinas proinflamatorias, elementos del sistema fibrinolítico, factores de crecimiento y hormonas, los cuales pueden inducir la activación de receptores de membrana, favoreciendo la proliferación y diferenciación celular, quimiotaxis, trans migración celular y de esta forma promover los mecanismos inflamatorios que dan origen al proceso de aterosclerosis y por ende, mayor riesgo de ECV^{36,37}.

Por otra parte, quedó en evidencia que el grupo con sobrepeso presentó un mayor recuento de leucocitos, neutrófilos e INL al comparar con el grupo normopeso, resultados que coinciden con Shen *et al.*³⁸, quienes encontraron incremento de dichas variables en niños con sobrepeso y obesidad, al compararlos con los que tenían normopeso. Por su parte, Fonseca *et al.*³⁹, han señalado que sujetos con sobrepeso presentan recuentos leucocitarios más altos que los individuos magros, aunque el recuento absoluto está dentro de rangos normales, tal y como se obtuvo en este estudio.

Cabe destacar, que la valoración del recuento de leucocitos ha sido descrita como marcador de inflamación sistémica y predictor del proceso inflamatorio, y su incremento en adultos con sobrepeso u obesidad es estimulado por factores inflamatorios. Asimismo, la

Tabla 2. Correlación del Índice neutrófilo/linfocito con parámetros antropométricos, en individuos con sobrepeso.

Variables	r	p
IMC (Kg/m ²)	0,0935	0,5126
ICC (cm)	0,5952	0,0214*
CC (cm)	0,4198	0,0148*
Contaje leucocitos (cels.mm ³)	0,2954	0,0357*

r (coeficiente de correlación), p (probabilidad), IMC (índice de masa corporal), ICC (índice cintura cadera), CC (perímetro de cintura).

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

elevación de INL ha demostrado mayor valor predictivo de inflamación independientemente del recuento leucocitario y de neutrófilos, siendo asociado a enfermedades crónicas, incluyendo la obesidad^{38,40}.

Nuestros resultados muestran una correlación entre el INL e ICC en sujetos consobrepeso; del mismo modo, Copca- Nieto *et al.*¹¹, encontraron relación de INL con CC elevada, demostrando que el incremento en dicho cociente está asociado a la obesidad central. Al respecto, Shen *et al.*³⁸, reportaron asociación entre el recuento total de leucocitos, recuento de neutrófilos e INL con el IMC, evidenciando que individuos con sobrepeso suelen ser más proclives a la activación de mecanismos inflamatorios. Por su parte, Bozkuş *et al.*⁴¹, postulan que el INL aumenta con la severidad de exceso de peso y tejido adiposo, induciendo la respuesta inflamatoria, la cual también puede ser estimulada por múltiples vías de señalización a través de la activación del estrés oxidativo⁴².

En tal sentido, De Pablo *et al.*⁴³, refieren que, en sobrepeso y obesidad sin otras alteraciones metabólicas, existe un estado inflamatorio de bajo grado que cursa con cambios inmunológicos tales como: proliferación de leucocitos, diferenciación de macrófagos, incremento de la línea de linfocitos CD4 Th1, favoreciendo la síntesis y liberación de citocinas proinflamatorias: interleucina-2 (IL-2), IL-12, Interferón (IFN) y TNF- α . Por su parte, Osadnik *et al.*⁴⁴, afirman que existen diferencias entre la

fisiopatología de sobrepeso y obesidad, puesto que individuos con leve aumento de IMC o sobrepeso presentan inflamación subclínica, mientras que aquellos con obesidad suelen presentar signos de inflamación crónica, donde el aumento de la población de neutrófilos y la disminución de la población de linfocitos es más notable.

Por otro lado, sujetos con exceso de peso suelen presentar alteración en los niveles de linfocitos totales circulantes, disminución de células T CD4+ y, en consecuencia, una capacidad disminuida de responder a estímulos de mitogénesis⁴⁵; lo que puede generar un patrón de neutrofilia y linfocitopenia con incremento de INL en individuos con sobrepeso.

Los resultados de este estudio muestran que individuos con sobrepeso presentan alteraciones tempranas en parámetros antropométricos de adiposidad central asociado a incremento del INL; de ahí la relevancia de determinar dichos indicadores, puesto que permiten evaluar precozmente un estado proinflamatorio y aminorar la probabilidad de complicaciones metabólicas y cardiovasculares.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Rodríguez, L, Díaz M., Ruiz V, Hernández H, Herrera V, Montero, M. Factores de riesgo cardiovascular y su relación con la hipertensión arterial en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina*. 2014; 53 (1): 25-36.
- 2) Machado K, Gil P, Ramos I, Pérez C. Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo. *Arch Pediatr Urug*. 2018; 89 (S1): S16-S25.
- 3) Vinuesa A, Vallejo K, Revelo K, Yupa M, Riofrío C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la serranía ecuatoriana. Resultados de la encuesta ENSANUT-2018. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición* (Jul - Dic 2021). 2021; 12 (2): 58-66.
- 4) Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe: panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. *Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. 2016. [Consultado 11 diciembre 2023]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.
- 5) Instituto Nacional de Nutrición (INN). Colección Lecciones Institucionales. Sobrepeso y Obesidad en Venezuela (Prevalencia y factores condicionantes). Fondo Editorial: Gente de Maíz. [Internet] 2012. [Consultado 13 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdf>.
- 6) Organización Panamericana de la Salud. Portal de indicadores básicos región de las Américas. 2023. [Consultado 5 diciembre 2023]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>.
- 7) De Oliveira-Gomes D, González-Rivas J, Rosales-Pereira K, De Jesus-Henriques L, Iglesias-Fortes R, Ugel E, et al. Prevalencia de obesidad en la región capital de Venezuela. Resultados del evescam. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. 2020; 18 (2): 57-63.
- 8) O'Neill S, O'Driscoll L. Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obesity Review*. 2015; 16 (1):1-12.

- 9) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de mortalidad 2016. 2021. [Consultado 02 diciembre 2023]. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/div/república-bolivariana-de-venezuela-anuario-de-mortalidad-2016/>.
- 10) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2023. [Consultado 02 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 11) Copca-Nieto D, Álvarez-López J, Ramírez-del Pilar R, López L, López-González D, Santillán-Fragoso W, *et al.* Relación entre síndrome metabólico e índice neutrófilo/linfocitos. *Revista de Medicina Interna México*. 2017; 33 (2): 195-203.
- 12) Quiroga-Torres E, Delgado-López V, Ramos-Padilla P. Valor diagnóstico de indicadores antropométricos para sobrepeso y obesidad. *Archivos latinoamericanos de nutrición*. 2022; 72 (1): 23-30.
- 13) González-Costa M, Padrón A. La inflamación desde una perspectiva inmunológica: desafío a la Medicina en el siglo XXI. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2019; 18 (1): 30-44.
- 14) León J, González L, Del Olmo E, Castellanos D, Escobedo G, González A. Inflamación sistémica de grado bajo y su relación con el desarrollo de enfermedades metabólicas: de la evidencia molecular a la aplicación clínica. *Cirugía y Cirujanos*. 2015; 83 (6): 543-551.
- 15) Coello O. Leucocitosis e índice neutrófilo-linfocito como predictores de apendicitis aguda. Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Guayaquil. 2018. [Consultado 01 diciembre 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/27db47fe-a971-4262-9be5-92a1010a08b0/content>.
- 16) Rodríguez S, Leyva A, Aguilar J, Collazo P, Hernández E, Pérez J, *et al.* Valor del índice neutrófilo-linfocitario en la predicción de la severidad de enfermedad arterial coronaria. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. 2020; 26 (1):1-6.
- 17) Wärnberg J, Romeo J, Nova E, Gómez S, Díaz L, Mesana M, *et al.* Sobrepeso y valores elevados de leucocitos: ¿factores asociados a un riesgo cardiovascular temprano en adolescentes? Estudio AVENA. In *Anales de Pediatría*. 2007; 66 (2): 221.
- 18) Garrido-Méndez A, Díaz X, Martínez M, Leiva A, Álvarez C, Ramírez R, *et al.* Mayores niveles de transporte activo se asocian a un menor nivel de adiposidad y menor riesgo de obesidad: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Revista Médica de Chile*. 2017; 145 (7): 837-844.
- 19) Fundación Española del Corazón (FEC). La medida del perímetro abdominal es un indicador de enfermedad cardiovascular más fiable que el IMC. 2017. [Consultado 01 diciembre 2023]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2264-medida-perimetro-abdominal-es-indicador-enfermedad-cardiovascular-mas-fiable-imc-.html>.
- 20) Oviedo G, Morón de Salim A, Solano L. Indicadores antropométricos de obesidad y su relación con la enfermedad isquémica coronaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2006; 21 (6): 695-698.
- 21) Rivadeneyra E, Galán R, Zamora I. Guía de Laboratorio de Hematología. Universidad Veracruzana Facultad de Química Farmacéutica Biológica. 2020. [Consultado 01 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/qfb/files/2020/09/Guia-de-Hematologia-Laboratorio.pdf>.
- 22) Retamales E, Manzo V. Recomendaciones para la tinción de frotis sanguíneos para la lectura del hemograma. Instituto de Salud Pública de Chile. 2018. [Consultado 4 diciembre 2023]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/RECOMENDACIONES%20PARA%20LA%20TINCI%C3%93N%20DEL%20FROTIS%20SANGU%C3%8DNEO.pdf>.
- 23) López-Santiago N. La biometría hemática. *Acta pediátrica de México*. 2016; 37 (4): 246-249.
- 24) Rodríguez S, Leyva A, Aguilar J, Collazo P, Hernández E, Pérez J, *et al.* Valor del índice neutrófilo-linfocitario en la predicción de la severidad de enfermedad arterial coronaria. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. 2020; 26 (1): 1-6.
- 25) Yajnik, C. Clinical picture The Y-Y paradox. *The Lancet*. 2004; 363 (9403): 163.
- 26) Maceda W, Maceda D, Maceda M, Martínez R. Prevalencia entre Relación Índice de Masa Corporal "IMC", el perímetro de cintura y glicemia. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*. 2011; 4 (1): 1-7.
- 27) Aráuz-Hernández A, Guzmán-Padilla S, Roselló-Araya M. La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Acta médica Costarricense*. 2013; 55 (3): 122-127.
- 28) Ashwell M, Cole T, Dixon A. Ratio of waist circumference to hip is a strong predictor of intra-abdominal fat. *British Medical Journal*. 1996; 313 (7056): 559-560.
- 29) Turcato E, Bosello O, Francisco V, Harris T, Zoico E, Bissoliet L, *et al.* Waist circumference and abdominal sagittal diameter as surrogates of body fat distribution in the elderly: their relation with cardiovascular risk factors. *International Journal of Obesity Relation with Metabolic Disorder*. 2000; 24 (8): 1005-1010.
- 30) da Silva NF, Pinho CPS, da Silva D. Evaluation of ultrasonographic approaches aimed at determining distinct abdominal adipose tissue depots. *Arch Endocrinol Metab*. 2023; 67(2):162-171.

- 31) O'Rahilly S, Farooqi S. Biopatología de la obesidad Capítulo 401. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 21ª. Edición. México: Editorial Mc Graw Hill; 2023, p. 1-15.
- 32) Montalbán, J. Índice cintura/cadera, obesidad y estimación del riesgo cardiovascular en un centro de salud de Málaga. *Medicina de Familia*. 2001; 2 (3): 208-215.
- 33) Martínez-Gómez D, Veiga O, Eisenmann J, Gómez-Martínez S, Veses A, Marcos A. Sedentary Behavior, Adiposity and Cardiovascular Risk Factors in Adolescents. The AFINOS Study. *Revista Española de Cardiología*. 2010; 63 (3): 277-285.
- 34) Gharakhanlou R, Farzad B, Agha-Alinejad H, Steffen L, Bayati M. Anthropometric measures as predictors of cardiovascular disease risk factors in the urban population of Iran. *Arquivos Brasileiros Cardiologia*. 2012; 98 (2): 126-35.
- 35) Pajuelo J, Torres L, Agüero R, Bernui I. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2019; 80 (1): 21-27.
- 36) Zimmermann R, Strauss J, Haemmerle G, Schoiswohl G, Birner-Gruenberger R, Riederer M, *et al*. Fat Mobilization in Adipose Tissue Is Promoted by Adipose Triglyceride Lipase. *Science*. 2004; 306 (5700): 1383-1386.
- 37) Izaola O, De Luis D, Sajoux I, Domingo J, Vidal, M. Inflamación y Obesidad (Lipoinflamación). *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 31 (6): 2352-2358.
- 38) Shen T, Wang J, Yang W, Li L, Qiao Y, Yan X, *et al*. Hematological Parameters Characteristics in Children with Obstructive Sleep Apnea with Obesity. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2021; 14: 1015-1023.
- 39) Fonseca G, Suárez J, Flores M, Garro A. Distribución del índice neutrófilo/linfocito en diferentes fenotipos metabólicos de obesidad. *Revista mexicana de endocrinología metabolismo y nutrición*. 2018; 5 (1): 13-20.
- 40) Campo J, Rangel V. Índices neutrófilos/linfocitos y plaquetas/linfocitos como predictores de preeclampsia en la Clínica Universitaria Colombia. 2018. [Consultado 2 diciembre 2023]. Disponible en: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_5d0140a65e5dfd9568b5b2c91132ca6c.
- 41) Bozkuş F, Dikmen N, Samur A, Bilal N, Atila N, Arpag H. Does the neutrophil-to-lymphocyte ratio have any importance between subjects with obstructive sleep apnea syndrome with obesity and without obesity. *Tuberk Toraks*. 2018; 66 (1): 8-15.
- 42) Imtiaz F, Shafique K, Saeed S, Ayoob Z, Vart P, Rao S. Neutrophil lymphocyte ratio as a measure of systemic inflammation in prevalent chronic diseases in Asian population. *International Archives of Medicine*. 2012; 5 (1): 1-6.
- 43) De Pablo R, Monserrat J, Prieto A, Reyes E, Álvarez de Mon M, Sánchez, M. Balance entre citocinas pro y antiinflamatorias en estados sépticos. *Medicina Intensiva*. 2005; 29 (3): 151-158.
- 44) Osadnik T, Bujak K, Osadnik K, Czarnicka H, Pawlas N, Regula R, *et al*. Novel inflammatory biomarkers may reflect subclinical inflammation in young healthy adults with obesity. *Endokrynologia Polska*. 2019; 70 (2): 135-142.
- 45) Preciado-Ortiz M, Sánchez-Reyes K, Álvarez-Zavala M, González-Hernández L, Ramos-Solano M, Andrade-Villanueva J. Obesidad e infecciones. *Revista Médica MD*. 2018; 9 (4): 341-344

SIALOADENITIS BACTERIANA AGUDA. REVISIÓN CLÍNICA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO.

ACUTE BACTERIAL SIALOADENITIS. CLINICAL REVIEW AND PRESENTATION OF A CASE.

Maria José Ledezma España¹, José Martín Salas Bustillos²

ABSTRACT

A 5-year-old female preschool clinical case is presented, with a 4-day febrile process, an increase in the left parotid gland, painful on palpation, with difficulty feeding due to limited mouth opening and absence of previous episodes. As the only medical history, the mother reported a dental consultation for dental cleaning a week before admission. The physical examination revealed good general conditions, vital signs within normal limits, an area of the left parotid gland with a hard and elastic consistency, with signs of external inflammation, an erythematous Stensen duct with little purulent secretion coming out when pressure was applied. No alterations in the right parotid or oropharynx. Palpable cervical lymphadenopathy. Paraclinical tests showed normal values of leukocytes and Schilling's blood count with predominance of lymphocytes, elongated sedimentation rate and normal CRP. The ultrasound showed increased thickness and decreased echogenicity of the left parotid gland with increased vascularization, without focal lesions. It was decided to leave her under observation with parenteral hydration and antibiotic therapy based on clindamycin and ceftriaxone for 72 hours. With satisfactory evolution, the patient was discharged with oral treatment for a total of 10 days, and control in 7 days. It is concluded that acute bacterial sialadenitis is a rare entity in children. The anamnesis is important for its diagnosis in the search for possible causes, as well as its differentiation with other pathologies with a possible association for its development. The application of immediate treatment should be considered for the prevention of possible complications.

KEY WORDS: acute bacterial sialadenitis, parotid inflammation, upper salivary glands, parotids.

RESUMEN

Se presenta caso clínico preescolar femenina de 5 años de edad, con proceso febril de 4 días, aumento de la glándula parótida izquierda, dolorosa a la palpación con dificultad para alimentarse por limitación de la apertura bucal y ausencia de episodios previos. Como único antecedente la madre refiere consulta odontológica para limpieza dental una semana antes del ingreso. A la exploración física se aprecia buenas condiciones generales, signos vitales dentro de la normalidad, zona de la parótida izquierda de consistencia dura y elástica, con signos de inflamación externa, conducto de Stenon eritematoso con salida de escasa secreción purulenta al hacer presión. Sin alteraciones en la parótida derecha ni orofaringe. Adenopatías cervicales palpables. Los paraclicnicos mostraron valores normales de leucocitos y hemograma de Schilling con predominio de linfocitos, velocidad de sedimentación alargada y PCR normal. La ecografía visualizó aumento de espesor y disminución de la ecogenicidad de la glándula parótida izquierda con aumento de la vascularización, sin lesiones focales. Se decide dejar bajo observación con hidratación parenteral y antibioticoterapia a base de clindamicina y ceftriaxona durante 72 horas. Con evolución satisfactoria, la paciente egresa con tratamiento oral para un total de 10 días y control en 7 días. Conclusión: La sialoadenitis bacteriana aguda es una entidad poco frecuente en niños, La anamnesis es importante para su diagnóstico en la búsqueda de posibles causas, así como su diferenciación con otras patologías con posible asociación para su desarrollo. La aplicación de tratamiento inmediato debe ser considerado para la prevención de posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE: sialoadenitis bacteriana aguda, inflamación de parótidas, glándulas salivales superiores, parótidas.

Recibido: 24 de febrero de 2024 Aceptado: 25 de marzo de 2024

INTRODUCCIÓN

¹Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Departamento Clínico Integral del Norte. Valencia, estado Carabobo. Venezuela.²Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Servicio de Cirugía. Valencia, estado Carabobo. Venezuela.

Maria José Ledezma España. **ORCID:** 0009-0002-1445-0558
José Martín Salas Bustillos. **ORCID:**0009-0008-4424-2278

Correspondencia: mariajoseledezma633@gmail.com

La saliva que se forma en la boca es generada por glándulas salivales, las cuales se clasifican de acuerdo con su tamaño y función en glándulas salivales mayores y menores. Las glándulas salivales mayores son las más voluminosas, se trata de tres pares de glándulas localizadas fuera de la cavidad oral que desembocan en ella por medio de sus conductos principales, las cuales reciben los nombres de: parótidas, submandibulares y sublinguales^{1,2}.

Las glándulas parótidas son las más grandes de todas las glándulas salivales, con un peso aproximado de 25 g en promedio. Su función no sólo es la producción de saliva sino que también ayuda con el sentido del gusto³. La saliva fluye de la glándula hacia la cavidad oral por un trayecto conocido como conducto parotídeo o conducto de Stenon o Stensen⁴. Desde la glándula hasta su salida en la boca tiene una longitud de 4 cm y un diámetro de entre 4 y 7 mm aproximadamente; sin embargo, se vuelve hasta 0.5 mm más angosto cuando alcanza su salida. El orificio del conducto puede ser visualizado directamente en la mucosa opuesta al segundo molar superior^{5,6}.

La patología de las glándulas salivales engloba a un conjunto de enfermedades de etiologías diferentes e incluye procesos de tipo: inflamatorio, infeccioso, obstructivo, autoinmune, granulomatoso o neoplásico⁷. El proceso inflamatorio de cualquiera de las glándulas salivales mayores, es definido como sialoadenitis^{8,9,10}, el cual puede ser causado por factores infecciosos o no infecciosos. La microbiología y tratamiento de infecciones es similar para cualquiera de las glándulas salivales. Infecciones retrógradas no obstructivas tienen prevalencia más alta en las glándulas parótidas, a diferencia de las sialoadenitis obstructivas provocadas por sialolitos, las cuales pueden complicarse y son observadas con mayor frecuencia en las glándulas submandibulares^{5,11}.

La sialoadenitis aguda supurativa es una infección bacteriana caracterizada por tener un inicio repentino, doloroso¹² y unilateral, aunque de manera ocasional puede ser bilateral. Por lo regular se encuentra asociado a inflamación u obstrucción de los conductos excretores¹³ y cuando ocurre en la glándula Parótida, es comunmente conocida como Parotiditis Bacteriana (PB)¹⁴ asociada a la infección bacteriana de ganglios intra o periparotídeos o afectación parenquimatosa¹⁵.

En niños, la glándula salival afectada más frecuentemente es la parótida, aunque puede haber compromiso múltiple. Los cuadros de infecciones agudas supurativas son poco prevalentes y se presentan sobre todo en ancianos y neonatos enfermos. Los factores de riesgo asociados a esta entidad incluyen cualquier proceso que inhiba o enlentezca el flujo salival, como son la deshidratación, la estenosis ductal, la sialolitiasis o las enfermedades autoinmunes, entre otras¹⁶.

En edades pediátricas, el agente etiológico bacteriano más común es el *Staphylococcus aureus*¹⁷ y se ha cultivado en 50% a 90% de los casos en niños mayores y adultos. También se han encontrado raramente

bacilos gramnegativos, incluidos *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella spp* y *Pseudomonas aeruginosa*¹⁸.

Los factores predisponentes para desarrollar parotiditis bacteriana por lo regular, se encuentran asociados a inflamación u obstrucción de los conductos excretores^{13,19} desnutrición, deshidratación, inmunosupresión, infecciones dentales, bacteriemia transitoria y medicamentos que disminuyen el flujo salival como antihistamínicos, diuréticos y anticolinérgicos. La infección bacteriana puede generar cambios supurativos importantes y de esta forma contribuir a la formación de abscesos²⁰. La colección purulenta puede perforar la cápsula de la glándula e invadir planos faciales profundos y en casos raros, puede drenar hacia el conducto auditivo externo, como otorrea u otosialorrea¹⁷.

Para el diagnóstico de alteraciones de las glándulas salivales es fundamental, realizar una historia clínica completa y una exploración física minuciosa, que permita indagar el inicio del padecimiento, lo que diferenciará un proceso agudo de uno crónico, identificar el cambio de tamaño según el tiempo de evolución, presencia de fiebre, sintomatología dolorosa, ingesta de medicamentos, o presencia de enfermedad reumatológica. De acuerdo con su historia clínica y examen físico se podrá clarificar el cuadro clínico²¹.

Entre los exámenes de laboratorio en el protocolo de estudio en la patología de glándulas salivales, se encuentran anticuerpos SS-A o SS-B si se tiene sospecha de síndrome de Sjögren, o cuando se presume de un proceso infeccioso, se dispone de estudios para recuento leucocitario y proteína C reactiva¹¹, incluyendo el hemograma y la fórmula leucocitaria con importante leucocitosis, desviación a la izquierda y aumento de la VSG, sugiriendo una inflamación aguda de causa infecciosa^{17,22}. En pacientes con síntomas típicos, no es imprescindible la confirmación microbiológica²³. En los casos complicados las exploraciones complementarias morfológicas, funcionales e incluso, biológicas e histológicas resultan útiles, así como otros paraclínicos (tomografía computarizada, resonancia magnética y sialorresonancia magnética, sialografía)^{24,25}.

En el manejo de una sialoadenitis supurativa es necesario atender la emergencia, estado durante el cual se incluyen: revertir la estasis salival, aumentar la ingesta de líquidos, mejorar la higiene oral, masaje de la glándula afectada, sialagogos y antibióticos. Se

requiere una terapia antibiótica probabilística²⁶ (pristinamicina 1g dos veces al día o amoxicilina-ácido clavulánico 1g tres veces al día o, también, espiramicina 9 millones/24 h y metronidazol 1,5 g/día durante 10 días), asociada al tratamiento analgésico²⁴. De ser posible se deberá discontinuar la ingesta de fármacos que provoquen hiposalivación. El uso de termoterapia con fomentos húmedos calientes y el uso de fármacos analgésicos ayudan a proveer alivio al paciente. Los masajes deberán iniciarse desde la glándula afectada siguiendo el curso del conducto de la glándula salival, esto podría aliviar de manera temporal la presión y el dolor asociado. Se recomienda el uso de sialogogos, como frutos cítricos, para estimular el flujo salival⁵.

En consideración a las premisas teóricas de la patología y la importancia que tiene, desde el punto de vista de salud pública, se presenta un caso clínico con la intención de alertar a la comunidad médica sobre algunas particularidades como: la edad de presentación y la posible causa generadora del proceso infeccioso.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la presentación de este caso clínico se cumplieron los principios de bioética presentes en el Protocolo de Helsinki²⁷, solicitando a los representantes de la paciente su autorización, mediante consentimiento informado para emplear los resultados con fines de investigación y posterior publicación, previa información de los objetivos del trabajo y la confiabilidad en el resguardo de sus datos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Anamnesis

Se trató de una paciente femenina, preescolar, de 5 años de edad, con buen desarrollo pondoestatural y esquema de vacunación completo. Su representante refirió inexistencia de comorbilidades o factores de riesgo previos (enfermedades autoinmunes, radioterapia, administración de contraste intravenoso, ingesta de medicamentos, etc), que acudió a la consulta por proceso febril de 4 días de evolución, aumento progresivo de la glándula parótida izquierda, dolorosa a la palpación, con dificultad para alimentarse por limitación de la apertura bucal y ausencia de episodios previos. Como único antecedente la madre refirió consulta odontológica para limpieza dental, una semana antes del ingreso.

Exploración física

A la exploración física se apreció buenas condiciones generales, facie no tóxica, signos vitales

dentro de la normalidad. zona de la parótida izquierda (área pre y retroauricular con extensión al ángulo de la mandíbula) de consistencia dura y elástica, dolorosa a la palpación, con signos de inflamación externa (edema, rubor y calor (figura 1); se visualizó el conducto de Stenon eritematoso con salida de escasa secreción purulenta al presionar la glándula, apertura bucal dolorosa y dolor a la masticación. Valoración normal del conducto auditivo. No se evidenciaron alteraciones en la parótida derecha ni orofaringe. Adenopatías cervicales palpables.

Estudios Paraclínicos

Los exámenes de laboratorio reportaron hemoglobina: 10,3g/dL, hematocrito 33%, leucocitos 7.400 mm³; Hemograma de Schilling: segmentados neutrófilos 31% linfocitos 68%, segmentados eosinófilos 1%; Velocidad de Sedimentación 26mm/h; Proteína C reactiva cuantificada 3 mg/L.

El estudio ecográfico visualizó aumento de espesor y disminución de la ecogenicidad de la glándula parótida izquierda, con aumento de la vascularización, sin lesiones focales, junto con aumento del espesor y ecogenicidad de la piel y tejido subcutáneo adyacente a esta glándula. La glándula parótida derecha, y submandibular no evidenció alteración. Se informó que los hallazgos eran concordantes con el diagnóstico clínico de parotiditis aguda izquierda (figura 2).

Tratamiento

Se decidió dejar bajo observación con hidratación parenteral en virtud de la intolerancia a la analgesia y dificultad para alimentarse; se indica antibioticoterapia endovenosa a base de clindamicina 40 mg/kg/día y ceftriaxona 80 mg/kg/día para cubrir *S. aureus*, y gérmenes anaerobios de cavidad oral, el cual cumplió durante 72 horas (tratamiento empírico), y ketoprofeno 1mg/kg/día. Su evolución fue satisfactoria con evidente disminución del volumen parotídeo, sin secreción a través del conducto de Stenon, disminución del dolor y mejora de la apertura bucal, por lo que la paciente egresa con tratamiento oral con amoxicilina / ácido clavulánico 8mg/kg/día para un total de 10 días de tratamiento y control en 7 días. Al control se encontró en buenas condiciones generales, con remisión completa de la Induración parotídea.

Diagnóstico: sialoadenitis bacteriana aguda por manipulación odontológica.



Figura 1. Exploración física de paciente femenina de 5 años de edad.

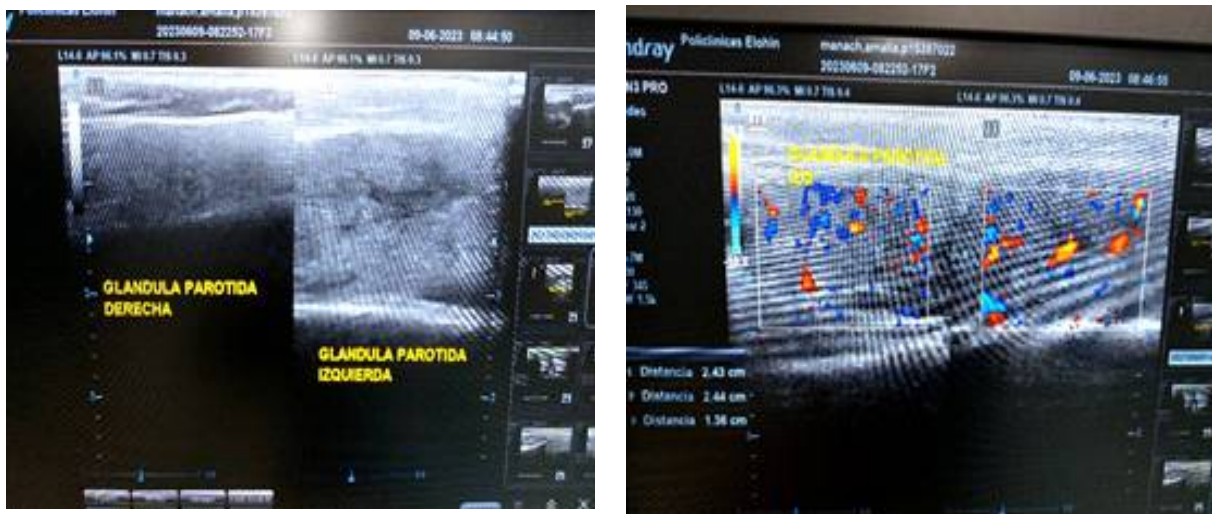


Figura 2. Imágenes ecográficas

DISCUSIÓN

La Sialoadenitis bacteriana aguda, es una de las entidades menos frecuentes en los niños²⁸, y están más asociadas a patologías en neonatos y en ancianos, sobretudo en procesos de inmunosupresión. En general, las infecciones víricas son más frecuentes que las bacterianas, entre ellas, la sialoadenitis aguda epidémica o paperas, que debería distinguirse de otras causas de sialoadenitis por su frecuencia. Sin embargo, la incidencia ha disminuido significativamente como resultado de la vacunación e inmunización.

El caso presentado resulta interesante por lo poco frecuente en este grupo etario (5 años), siendo la referencia de una manipulación odontológica previa, la posible causa; por lo que revierte importancia hacer algunas consideraciones al respecto. Los odontólogos y sus pacientes pueden estar expuestos a microorganismos patológicos, incluidos virus y bacterias que infectan la cavidad bucal y el tracto respiratorio. Los patógenos pueden transmitirse en entornos dentales mediante la inhalación de microorganismos, que permanecen suspendidos en el aire, durante mucho tiempo; igualmente, por el contacto directo con sangre, fluidos orales u otros materiales del paciente. También se pueden transmitir cuando la mucosa conjuntiva, nasal u oral está en contacto con gotitas o aerosoles los cuales contienen microorganismos de una persona infectada, que viajan distancias cortas, al toser o hablar sin usar una mascarilla. Asimismo, diversos procedimientos odontológicos producen aerosoles y gotitas debido al uso de la turbina, jeringas, ultrasonido, etc.; que pueden llegar a estar contaminados con virus o bacterias²⁹.

Las herramientas dentales como las piezas de mano utilizan aire de alta velocidad para que puedan funcionar sus turbinas y además utilizan agua. Cuando estos dispositivos son utilizados en la boca del paciente, generan una gran cantidad de aerosoles y gotitas mezcladas ya sea con la saliva o la sangre del paciente²⁹. En este sentido, Bautista³⁰ realizó cultivos de material odontológico y espacios del consultorio para evaluar el efecto de dos desinfectantes, encontrando en 100% de las muestras evaluadas presencia de bacterias, entre ellas *S.aureus* en un 11%. Algunas investigaciones se enfocan en el riesgo biológico que corre el personal del área odontológica^{31,32}, pero no se refieren al riesgo de contaminación al que está expuesto el paciente, si no existe una adecuada esterilización del material y del ambiente

La poca frecuencia de casos en este grupo etario, el antecedente odontológico, y la anamnesis realizada

ocupan un lugar preponderante en el proceso diagnóstico. La exploración física realizada permitió el descarte de enfermedades sistémicas asociadas (alteración del estado general, síntomas renales, pulmonares, neuromusculares o articulares). Como bien lo expresan Vergez²⁴ *et al*, la inspección cervicofacial y endobucal se debe acompañar sistemáticamente de la palpación glandular y ductal de los conductos parotídeos y submandibulares. La inspección de la calidad y cantidad de saliva proporciona información útil. La exploración se completa con una palpación cervical en busca de adenopatías cervicales. Es necesario explorar los pares craneales, centrándose especialmente en los nervios facial, lingual e hipogloso, ya que estas estructuras nerviosas son contiguas a la glándula submandibular. Así mismo, la referencia de un esquema de vacunación completo para la edad, ayuda a descartar la presencia de un agente causal viral.

Las pruebas de laboratorio, en este caso, no mostraron leucocitosis ni desviación a la izquierda de la fórmula leucocitaria, contrario a lo esperado en un cuadro infeccioso bacteriano¹⁷; la velocidad de sedimentación globular elevada y la Proteína C reactiva dentro de los valores normales reportan un proceso inflamatorio leve, lo que pudiera prestarse a confusión acerca del agente causal; no obstante, al realizar masaje de la glándula, se apreció drenaje mínimo de secreción, a pesar que, debido la condición de dolor de la paciente, no pudo realizarse toma de muestra para cultivo bacteriológico, pero fue el hallazgo orientador de la causa del proceso inflamatorio agudo.

Para corroborar el diagnóstico se procedió a la realización de ecografía por tratarse de una prueba totalmente inocua y de bajo costo, que permite valorar si existe aumento focal o difuso del tamaño de la glándula, aumento de la vascularización o presencia de quistes o abscesos; así como también, descartar la presencia de entidades que afectan la glándula parotídea de otras extraglandulares, tal como lo recomiendan J Jiménez *et al*¹⁶. Los hallazgos de la prueba resultaron concordantes con el diagnóstico clínico de parotiditis aguda izquierda.

La condición de la paciente indujo a la antibioticoterapia inmediata de amplio espectro, considerando las bacterias que comúnmente se encuentran involucradas en la patología²⁴ obteniéndose respuesta satisfactoria temprana; tal como lo expresan Ozdemir *et al*³³, el tratamiento antibiótico y la hidratación adecuada resuelven 80% de los casos³⁴; por tanto, la falta de respuesta al tratamiento en 24-48 horas obligaría al drenaje quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La sialoadenitis bacteriana aguda es una entidad poco frecuente en niños. La anamnesis es importante para su diagnóstico, en la búsqueda de posibles causas, así como su diferenciación con otras patologías con probable asociación para su desarrollo. La aplicación de tratamiento inmediato debe ser considerado para la prevención de posibles complicaciones. Desde el punto de vista de la salud pública, es importante considerar la fuente de contagio y los aspectos relacionados con la bioseguridad en los centros de atención odontológica.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) De Ferraris, M. Histología y embriología bucodental. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
- 2) Saitou M, Gaylord EA, Xu E, May AJ, Neznanova L, Nathan S, et al. Functional specialization of human salivary glands and origins of proteins intrinsic to human saliva. Cell Rep. [Internet]; 2020;33(7):108402. doi: 10.1016/j.celrep.2020.108402
- 3) Ibáñez C, Rubio M, Lacosta N. Semiología exploración clínica, por la imagen y funcional de las glándulas salivales. En: Sociedad Española de Otorrinolaringología y patología cervico-facial. Libro Virtual de formación en Otorrinolaringología. Edición I. España: Editorial Sociedad Española de Otorrinolaringología y patología cervico-facial; 2014.
- 4) Bujoreanu I, Gupta V. Anatomy, Lymph Nodes. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Internet]; 2023 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557717/>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562211/>
- 5) Armstrong MA, Turturro MA. Salivary gland emergencies. Emerg Med Clin North Am. 2013; 31 (2): 481-499.
- 6) Rouviere H, Delmas A. Anatomía humana cabeza y cuello. Barcelona: Ed. Masson; 2005.
- 7) Viñallonga S. Patología de las glándulas salivales. Pediatr Integral. [Internet]; 2017; XXI (7): 474 - 483. Disponible en: www.pediatrintegral.es
- 8) Pachisia S, Mandal G, Sahu S, Ghosh S. Submandibular sialolithiasis: A series of three case reports with review of literature. Clin Pract. [Internet]; 2019;9(1):1119. doi: 10.4081/cp.2019.1119
- 9) Grewal JS, Jamal Z, Ryan J. Anatomy, Head and Neck, Submandibular Gland. 2022. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023
- 10) Togni L, Mascitti M, Santarelli A, Contaldo M, Romano A, Serpico R, et al. Unusual Conditions impairing saliva secretion: developmental anomalies of salivary glands. Front Physiol. [Internet]; 2019;10:855. doi: 10.3389/fphys.2019.00855.
- 11) Ogle OE. Salivary gland diseases. Dent Clin North Am. 2020; 64 (1): 87-104.
- 12) Adhikari R, Soni A. Submandibular sialadenitis and sialadenosis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562211/>
- 13) Ugga L, Ravanelli M, Pallottino AA, Farina D, Maroldi R. Diagnostic work-up in obstructive and inflammatory salivary gland disorders. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2017; 37 (2): 83-93.
- 14) Plaza G, Aparicio J. Patología de las glándulas salivales [Internet] 2016. 11, 73-77. Disponible en: http://www.amorles.com/images/pdf/ponencia_patologia_glandulas_salivales.pdf

- 15) Mora O, Corona J, Torres R. Lesión postraumática del conducto parotídeo. Reporte de un caso y revisión de la literatura [Internet] 2012., 8(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2012/cb123g.pdf>.
- 16) Jiménez Montero B, Suárez Arrabal MC, De Lamo González E. Parotiditis aguda y parotiditis recurrente. *Protoc diagn ter pediatri*. [Internet]; 2023 2:111-124. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7_parotiditis.pdf
- 17) Onal, M. An Unusual Presentation of Parotid Abscess: Otorrhea MOJ Surgery, [Internet] 2015 2(3). Disponible en: <https://doi.org/10.15406/mojs.2015.02.00023>
- 18) Brook I, Frazier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of acute suppurative parotitis. *Laryngoscope* 1991; 101:170-2.
- 19) Shaw J, Long S, Pickering L. Principles and practice of pediatric infectious diseases, [Internet]. 2012 4a ed. Saunders; 2012. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/book/9781437727029/principles-and-practice-of-pediatric-infectious-diseases>.
- 20) Fusconi M, Benfari G, Franco M, Foramen of Huschke: Case Report and Experimental Procedure for Diagnosis of Spontaneous Salivary Fistula, 67 [Internet] 2009. Disponible en: <https://dentistrykey.com/library/foramen-of-huschke-case-report-and-experimental-procedure-for-diagnosis-of-spontaneous-salivary-fistula>
- 21) González RGM, Nieto MAM, García NM, et al. Sialolitiasis, sialoadenitis y sialoadenosis. Revisión de literatura y reporte de un caso clínico. *Rev ADM*. [Internet]; 2022;79(6):342-350. doi 10.35366/108709.
- 22) Cho J, Lee JH, Lee DH, Kim J, Uh Y. Performance comparison of procalcitonin, Delta Neutrophil Index, C-reactive protein, and serum amyloid A levels in patients with hematologic diseases. *Diagnostics (Basel)*. [Internet]; 2023;13(1):12-13. doi: 103390/diagnostics13071213.
- 23) Alonso, D. A., & Benoliel, A. L. Patología de las glándulas salivales. *Pediatría Integral*, [Internet] 2022. 411 Disponible en: http://pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/12/Pediatria-Integral-XXVI-7_WEB.pdf#page=40
- 24) Vergez, S; Isquierdo, J Vairel,B; Chabrilac, E;De Bonnacaze, G; Astudillo,L. Patología médica de las glándulas salivales - Otorrinolaringología 1 [Internet] 2023 Volume 52:1 Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1632-3475\(22\)47321-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1632-3475(22)47321-8)
- 25) Kargaltseva NM, Kotcherovets VI, Mironov AY, Borisova OY, Burbello AT. [Inflammation markers and bloodstream infection (review of literature).]. *Klin Lab Diagn*. [Internet]; 2019;64(7):435-442. Russian. doi: 10.18821/0869-2084-2019-64-7-435-442
- 26) Dios Azorín Abraham J, Durán GT, Pabón NST, Peña-Fernández A, Fernández MÁP. Development of a formulation of potassium iodide tablets as an antidote against nuclear incidents. *Saudi Pharm J*. [Internet]; 2023;31(11):101814. doi: 10.1016/j.jsps.2023.101814
- 27) Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) Ginebra 1993 pp.53-56.
- 28) Díaz Álvarez M, Claver Isás D, Medina González T, Rivera Alés L. Serie de 8 casos de parotiditis supurada aguda neonatal. *Revista Cubana de Pediatría*. 2015; 87(2):254-261.
- 29) Thomé G, Bernardes S, Guandalini S, Vieira M. Guidelines For Best Practice In Biosafety at The Dental Clinic. Straumann Group. 2020
- 30) Bautista Cedeño, J. Comparación del efecto desinfectante del glutaraldehído vs amonio cuaternario con termonebulización en procedimientos odontológicos. [Internet]. 2023 Tesis de Licenciatura. Universidad Ncional de Chimborazo. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10481>
- 31) Sánchez Gil, D; Arias Sanmartín, Y; Higueta Duque, E. Riesgo Biológico en la Practica Odontológica. [Internet] 2022. Tesis Doctoral. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/17099>
- 32) Mise Toala, C. Análisis de riesgos laborales en la praxis odontológica privada en el sector norte de Guayaquil. [Internet] 2023. Tesis de Maestría. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/7132>
- 33) Özdemir H, Karbuz A, Ciftçi E, Fitöz S, Ince E, Dogru U. Acute neonatal suppurative parotitis. A case report and review of the literature. *Int J Infect Dis*. 2011; 15: e500-2
- 34) Yotsova R. Submandibular triangle - in normal conditions and in acute purulent inflammatory diseases. *Varna Med Forum*. [Internet]; 2023;12(2):180-5. doi: 10.14748/vmf.v12i2.9332.

SOLIDARIDAD: ¿VALOR O ANTIVALOR? EN EL PERSONAL SANITARIO QUE MANEJA PACIENTES HEMANTOLÓGICOS. ANÁLISIS BIOÉTICO DE UN CASO EN CARABOBO-VENEZUELA.

SOLIDARITY: VALUE OR ANTI-VALUE? IN THE HEALTH PERSONNEL WHO TAKE CARE OF MANAGEMENT OF HEMATOLOGICAL PATIENTS. BIOETHICAL ANALYSIS OF A CASE.

Migyeri M. Chirinos G^{1,2}

ABSTRACT

In this study, the dilemma is raised in appreciating "Solidarity" as an aspect of the character of each individual, which depending on their value system can become a Value or an Anti-Value according to the results. The purpose of this study is to analyze the bioethical aspects of medical-health personnel in relation to Solidarity as a Value or Anti-Value in the care of hematological patients. For this, a case was presented for bioethical analysis, whose data will remain confidential at the express request of the patient's relatives. Methodological Construction: This research is carried out from the paradigm of Complexity; Two moments of study were proposed; The first moment is developed, with a Phenomenological – Hermeneutic approach, the analytical deconstruction of the ethical principles in the practice of health personnel, to which an open interview is carried out; The second moment describes the clinical case with a quantitative, observational, and descriptive approach. Findings and final considerations: In the presentation of the case there are great difficulties in clarifying the facts and subsequently establishing responsibilities associated with the health personnel, the "solidarity and brotherhood among the nursing staff" hindered the process, by not providing the records of the incident of security. In education and training we have the possibility of humanizing health personnel, starting with the most basic ethical knowledge and thus achieving exemplary conduct in professional practice, which can balance the system of values ??and anti-values ??that coexist in each individual.

KEY WORDS: values, solidarity, bioethics, hematological.

RESUMEN

Ante la disyuntiva en apreciar la "Solidaridad" como un aspecto del carácter de cada individuo, que dependiendo de su sistema de valores puede convertirse en un Valor o en un Antivalor de acuerdo a los resultados, se planteó como propósito de esta investigación analizar los aspectos bioéticos del personal médico-sanitario en relación a la Solidaridad como Valor o Antivalor en la atención de paciente hematológico. Para ello se presenta un caso, cuyos datos del paciente permanecerán en discreción por petición expresa de sus familiares. Esta investigación se realizó desde el paradigma de la Complejidad, en dos momentos; el primero, con enfoque Fenomenológico - Hermenéutico, la deconstrucción analítica de los principios éticos en el ejercicio del personal sanitario, para lo cual se realizó una entrevista abierta; en el segundo momento se describe el caso clínico con enfoque cuantitativo, observacional y descriptivo. En la exposición de dicho caso se encuentran grandes dificultades para esclarecer los hechos y posteriormente establecer responsabilidades asociadas al personal sanitario, la "solidaridad y confraternidad entre el personal de enfermería" obstaculizó el proceso, al no brindar los registros del incidente de seguridad. En la educación y capacitación tenemos la posibilidad de humanizar al personal de salud, comenzando con los conocimientos éticos más básicos y así lograr una conducta ejemplar en el ejercicio profesional, que pueda equilibrar el sistema de valores y antivalores que coexisten en cada individuo.

PALABRAS CLAVE: valores, solidaridad, bioética, hematológico.

Recibido: 24 de noviembre 2023

Aceptado: 10 de marzo 2024

INTRODUCCIÓN

El manejo multidisciplinario que requiere un paciente con diagnóstico hematológico implica la participación de profesionales y expertos en disciplinas que tienen responsabilidades específicas, pero deben permanecer conexas en un fin único: "un tratamiento exitoso". De allí que la conceptualización de Sistema, ha aportado al mundo científico, la comprensión del sujeto más allá del objeto y su interacción con el escenario que involucre a todas las partes; en este sentido, la Bioética busca una convergencia a partir de una sola disciplina

¹Docente investigadora del Departamento Clínico Integral del del Sur. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Valencia. Venezuela. ²Investigadora invitada del Instituto de Investigaciones Médicas y Biocientíficas (IMBUC). Universidad de Carabobo, Valencia. Venezuela.

Migyeri M. Chirinos G. **ORCID:** 0000-0002-8358-5459

Correspondencia: dramigyeri@gmail.com
profesoramchirinos@gmail.com

que trasciende y permea a las demás¹. No todo puede ser rígidamente determinado ni todo lo estudiado ha sido realmente revisado en su totalidad, solo ssi se considera y respeta la intervención de todos los sistemas, su importancia e interacción equilibrada entre ellos, se puede lograr más que tratar una enfermedad o alteración, se atendería al individuo. Por tanto, para un ejercicio eficiente de la Bioética, se requiere crear espacios de diálogo entre disciplinas y se debe partir del presupuesto de que nadie posee toda la verdad, sino parte o aspectos de ella, lo cual ayuda a mirar el objeto (fenómeno, problema, dilema), desde diversos enfoques y aspectos; así la Bioética se basa en un diálogo interdisciplinar de tipo deliberativo¹.

El éxito de un tratamiento depende de muchos factores y, entre los que implica al personal de salud, se pueden mencionar: diagnóstico certero, elección de tratamiento ideal e individualizado, trabajo en equipo entre los especialistas necesarios y personal capacitado para cuidar, atender y administrar los fármacos; sin embargo, aunque parece tácito, es importante señalar que existen otros factores no explícitos y por su carencia, en algunos casos, se obtiene un resultado inesperado o incidente de seguridad diferente al objetivo principal que puede desencadenar, en consecuencia, la muerte del paciente. Se trata de los valores y antivalores presentes en cada uno de los participantes del equipo de salud que intervienen en este proceso de curación/rehabilitación².

En el personal de salud, valores como respeto, responsabilidad, honestidad, puntualidad, inteligencia, humildad son claros y notorios para quien posee la virtud de ellos; sin embargo, también es notoria la presencia de antivalores como irresponsabilidad, irrespeto, arrogancia, deshonestidad, entre otros, que coexisten en los profesionales del sector salud².

¡Si! en profesionales de la medicina, enfermería, psicología, bioanálisis, jefes y coordinadores de diversas áreas en estas disciplinas, puede ser observado este tipo de antivalores, pues son seres humanos con virtudes y defectos; pero, al tratar con vidas humanas no existe error justificable y no trabajar en función de la seguridad del paciente, trae implicaciones éticas, como señalan Cabrera y Palacios³, estableciendo que en primer lugar se pone en riesgo lo más sagrado, la vida de la persona, la cual es intangible e inviolable, y en segundo término contra la integridad. Las instituciones tienen el deber desde el punto de vista ético de hacer el bien, de promover la salud, de prevenir la enfermedad, de restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

En estudios previos se ha señalado, de manera casi sistemática, que cuando se ha señalado que, de

manera casi sistemática, cuando se indaga a los profesionales de la salud acerca de las causas de los incidentes de seguridad y en especial de los errores, suelen escucharse argumentos que poseen una tendencia a identificar fuentes unicasales que, por lo general, se relacionan con las deficiencias de las personas para ejecutar adecuadamente sus labores. Así, se escuchan expresiones relativas a la falta de capacidad o formación de un profesional o a la falta de atención o profesionalismo para llevar adelante su tarea³.

De un profesional de la salud se espera, especialmente, en aquellos dedicados al cuidado de pacientes con enfermedades hematológicas, un comportamiento acorde a la situación (por lo general difícil, complicada o dolorosa para quien necesita la atención sanitaria), donde denote su compasividad y solidaridad con el prójimo, tacto y elocuencia al comunicarse, humildad y honestidad en el proceso, y también empatía para lograr una óptima relación con el paciente.

Para el profesional de la Medicina, bastaría con mantenerse apegado al Código de Ética⁴ y Deontología establecido⁵; sin embargo, no todas las profesiones del sector salud cuentan con esta clase de normativa; es allí cuando dependemos del sistema de valores de cada individuo. La Solidaridad es el valor que resalta esta normativa y apela a la conciencia social del profesional para identificar y atender las necesidades de los sectores que requieran sus servicios⁶; en este sentido, la solidaridad tiene como objetivo ético, velar y proteger aquellos valores humanos que son fundamentales en la vida de la persona (dignidad, libertad, salud, cultura, trabajo, etc.)⁷.

Las personas que desvirtúan la definición de la solidaridad como valor ético, con frecuencia consideran "solidario no denunciar al compañero", bien por incompetencia o falla moral, usando esta interpretación de la solidaridad por encima de los principios éticos fundamentales (Beneficencia y No Maleficencia) con el paciente y por ende colaboran en perpetuar conductas erróneas que, en algunos casos, ocultan negligencia impericia o imprudencia por parte del personal de salud. En este sentido, Giraldo⁸ explica que:

"cuando se es capaz de asumir al otro como uno de nosotros es porque se tiene la certeza de compartir con él un peligro común, hecho que pudiese ser considerado condición necesaria, aunque no suficiente, para el incremento social

de la solidaridad y es posible llegar a compartir esta certeza frente al sufrimiento presupone una puesta en escena de criterios de valoración moral: el sujeto juzga la situación del otro como sufrimiento innecesario, injusto y halla en esta situación un riesgo que lo alerta frente a la posibilidad de llegar a padecerlo".

Ante estos planteamientos, surge la disyuntiva en apreciar la "Solidaridad", como un aspecto del carácter de cada individuo, que dependiendo de su sistema de valores puede convertirse en un Valor o en un Antivalor de acuerdo a los resultados. En atención a ello, presentamos un caso para análisis bioético, cuyos datos patobiográficos del paciente y el centro asistencial permanecen en discreción por solicitud expresa de los familiares del paciente, respetando su Derecho a la Confidencialidad en Secreto Postmortem.

El propósito de esta investigación fue analizar los aspectos bioéticos del personal médico-sanitario en relación a la Solidaridad como Valor o Antivalor en la atención de un paciente hematológico hospitalizado en el servicio de Medicina Interna de un Hospital nivel IV de Valencia - Venezuela en el año 2019.

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

Esta investigación se desarrolló desde el paradigma de la Complejidad, en dos momentos: el primero, enmarcado en el enfoque fenomenológico-hermeneúutico para proceder a la deconstrucción analítica del término Solidaridad, profundizar sobre la base epistemológica del mismo y su influencia directa sobre la conducta de los factores intervinientes, entiendase: paciente, cuidador y equipo sanitario, en el manejo de pacientes hematológicos. En el segundo momento, se procedió a describir el caso clínico a realizar el análisis, seguido de la triangulación de hechos y opiniones, desde la mirada bioética.

En este estudio, confrontamos la óptica del término Solidaridad, desde los factores intervinientes, teniendo en cuenta que la pregunta de investigación no podía limitarse sólo a una perspectiva metodológica; por tanto, fue necesario la combinación de factores humanos, sociales, científicos y económicos que permitieran transitar por el camino de la deconstrucción de lo presente, para construir un enfoque pluralista multidimensional de lo que hasta la actualidad (segunda década del siglo XXI), se entiende como un valor ético.

Igualmente, se enmarcó en un paradigma complejo considerando que se trató de indagar un

dominio susceptible de ser observado desde múltiples perspectivas. Dicho paradigma en ciencias médicas no se inscribe comúnmente en las tradiciones investigativas cualitativas y menos aún cuantitativas, pues ésta no puede encasillarse de manera simplista en una corriente o estilo determinado, sino que se caracteriza por estar estrechamente vinculada al contexto, y es el contexto mismo el que ha generado los cuestionamientos que conducen la investigación.

El supuesto ontológico fue mostrar el valor determinante de la capacitación ética y moral del personal de salud, a cargo de estos pacientes, para superar las complicaciones derivadas de los dilemas éticos presentes en la enfermedad o del tratamiento en si. Comprender cómo la Solidaridad puede afectar un tratamiento dependiendo del enfoque de todos los factores humanos participantes en la atención del paciente.

El primer momento del estudio se realizó bajo el enfoque cualitativo Fenomenológico-Hermeneútico, el cual en epojé, el propósito fue comprender cada sujeto de estudio mediante técnicas de entrevista abierta. El segundo momento se efectuó con carácter observacional - descriptivo para mostrar el contexto de la realidad en si y analizarlo desde la bioética.

Los Sujetos de Investigación fueron el Personal médico sanitario adscrito a la atención de un paciente con patología hematológica de reciente diagnóstico, durante su periodo de hospitalización en el servicio de Medicina Interna de un Hospital Nivel IV

Técnicas e Instrumentos de recolección de información:

Fue utilizada una entrevista abierta guiada por la investigadora, de la cual se obtuvo información que fue registrada en fichas de relatos para la codificación de unidades categóricas para el personal sanitario. En el paciente se aplicaron como instrumentos, previamente estandarizados y validados de evaluación psicológica, la Escala de Hamilton⁹ y el Inventario de Beck¹⁰.

Criterios de Excelencia: En atención a que los estudios complejos a menudo involucran sistemas, procesos o fenómenos interconectados. Se tomó en cuenta:

1) Integración de múltiples perspectivas: Al considerar diversas dimensiones y relaciones dentro del sistema como la comunicación interdisciplinaria, interdepartamental e Interinstitucional; en el proceso hermenéutico lo que es dicho por alguien, en

conversación, se asume que es su opinión y no la del investigador, la filosofía invita a tomar y respetar el dato donado, desde el propio mundo de vida aun cuando no se comparta, por lo que *una presuposición no representa una condición que facilite la comprensión, sino más bien, una nueva dificultad, ya que las opiniones previas que determinan mi comprensión pueden continuar completamente inadvertidas*¹¹. En este sentido, la tarea hermenéutica del investigador fue permanecer abierto a las opiniones del otro.

2) La triangulación de expertos. Se hizo empleo de la triangulación teórica al establecer diferentes teorías para observar un fenómeno, con el fin de producir entendimiento con distintas premisas que afectaran los hallazgos de un mismo grupo de datos e información y, por ende, confrontar teorías en esta investigación.

HALLAZGOS

Descripción del caso clínico: Se trata de paciente masculino, de 63 años de edad, viudo desde hace 7 años, natural de los Llanos Centrales del país y procedente de una zona urbana en la que reside desde hace más de 30 años, de ocupación técnico electricista, jubilado, con antecedente de Enfermedad Arterial Hipertensiva desde hace más de 10 años, no controlada (tratamiento irregular); quien presentó durante 15 días fiebre no cuantificada, mareos, debilidad y dolor en miembros Inferiores, que no calmaba con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES); los últimos 5 días se asocian hematomas espontáneos.

Condiciones Psico-sociales al momento de ingreso: Vive solo, vivienda cómoda, todos los servicios básicos, recibe pensión por jubilación e ingresos por alquileres de propiedades que no usa; sin mascotas. Familiares cercanos: Padre, Madre y Hermano fallecidos. Un Hijo que vive en el Municipio vecino y lo visita eventualmente. Una Sobrina procedente de su región natal y que reside a pocos minutos de distancia. Hábitos Psicosociales: Niega tabáquicos, Ingesta de Alcohol los fines de semana (cerveza), niega pareja sexual, niega uso de drogas ilícitas.

El paciente fue llevado por familiares a la Emergencia del Ambulatorio Urbano tipo II de su localidad donde le realizaron Hematología Completa, Glicemia, Creatinina, Urea y Examen de Orina, en los cuales se evidenciaron alteraciones que motivaron su traslado al Centro Hospitalario de Nivel IV de la zona, esa misma noche. El paciente fue recibido por la Emergencia de Medicina Interna, bajo el diagnóstico probable de Leucemia Aguda (por hallazgos clínicos y

de laboratorio con Hematología que reporta Leucocitos: 32.000 Segmentados, Neutrófilos: 20% y Linfocitos: 60% Blastos en 20%, Plaquetas: 75.000). Por disponibilidad de cama en sala de aislamiento, fue trasladado a dicha Sala de Aislamiento Inverso en Hospitalización de Medicina Interna donde esperaría evaluación conjunta con Servicio de Hematología, para realizar aspirado - Biopsia de Medula Ósea e iniciar protocolo de quimioterapia de acuerdo a resultados.

Los familiares fueron notificados de las condiciones clínicas del paciente y las razones de aislamiento por diagnósticos planteados, a fin de lograr su comprensión y disposición a realizarse el tratamiento, (elegido por el Servicio de Hematología una vez obtenidos los resultados de Inmunofenotipo), respetando los Art. 25 y 51 de Ley Ejercicio de la Medicina en Venezuela⁴ y los Artículos 69, 53 y 69 del Código de Deontología Médica de Venezuela⁵. Asimismo, se les explicó a los familiares el protocolo de solicitud de Drogas del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), para la obtención de fármacos con el fin de cumplir la quimioterapia y, también la necesidad de realizar estudios paraclínicos, autofinanciados por el paciente, por limitación de reactivos en la institución; solicitando serología para enfermedades infecciosas, perfil de coagulación y tipeaje, en cuyos resultados se reportó: HIV positivo. Ante lo cual se plantearon los siguientes diagnósticos:

1. Leucemia Mieloide Aguda.
2. Enfermedad Retroviral por HIV de reciente diagnóstico, estadio B.
3. Enfermedad Arterial Hipertensiva estadio 1 no controlada.

El servicio tratante solicitó interconsulta con el servicio de Infectología y se atiende a los familiares (que ya conocían el resultado, antes que el paciente y los médicos), quienes piden ocultar estos resultados de enfermedad retroviral por HIV de reciente diagnóstico al paciente.

De este modo se planteó la primera situación Bioética, constituyendo un dilema para el médico tratante entre dos principios fundamentales: Derecho a la Información y Calidad de Vida del paciente; la cual se analizó a partir del método holístico de Schmidt¹² y el protocolo para la presentación ante los Comités de Ética Asistencial propuesto por Cardoso¹³; enmarcado en los señalamientos oportunos del Código de Ética y Deontología Médica⁵ y la Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela⁴.

El dilema en este caso, opone el derecho a la información del paciente (sobre su condición y riesgo de salud), frente a la solicitud de sus familiares, quienes advierten las posibles consecuencias emocionales negativas del paciente ante una noticia de esa complejidad, lo cual afectaría su calidad de vida y el éxito del tratamiento, incluso asoma el riesgo de un egreso contra opinión médica y la resistencia a cualquier opción terapéutica.

La situación cambia de matiz en menos de 24 horas, debido a que el dilema se transformó en conflicto interdisciplinar, pues, ante la posibilidad de conceder a los familiares la petición, garantizando así la calidad de vida del paciente (por encima del derecho a la información y la verdad e incluso del principio de beneficencia), el pronunciamiento del Servicio de Infectología fue contrario a dicha decisión, expresando que si el paciente desconocía su diagnóstico, no podía ser incluido en el Programa Nacional de Drogas Antirretrovirales (Plan de Salud que otorga a los pacientes que viven en condición de HIV positivo registrados, los fármacos para tratamiento de la enfermedad en Venezuela) y, en consecuencia, no iniciarían el tratamiento hasta que el paciente tuviera conocimiento de su diagnóstico. En este sentido era necesario notificarle que además de Leucemia, también era HIV positivo, a sus 63 años.

Al paciente se le aplicaron los instrumentos estandarizados para la evaluación de la Depresión y los resultados mostraron, según la escala de Depresión de Hamilton⁹, Depresión Severa (22 puntos) y Ansiedad Severa, con predominio en la expresión psíquica de la ansiedad, lo que coincide con el resultado del inventario de Beck¹⁰ para Ansiedad Grave (30 puntos). Ante esta situación bioética, se planteó un análisis holístico, esquematizado en diagrama (figura 1), siguiendo el modelo propuesto por Schmidt¹².

A las 72 horas de haber iniciado tratamiento farmacológico de quimioterapia, el personal de enfermería del turno de la noche advierte al familiar que se agotó la droga antineoplásica ARA-C, faltando 4 días de tratamiento ya protocolizado por el Servicio de Hematología, autorizado y despachado por la Farmacia del Seguro Social correspondiente, revisado e indicado por el Servicio de Medicina Interna a cargo del paciente, y previamente administrado sin novedad por las 2 guardias anteriores. Tras lo cual surgió una segunda situación bioética, constituida ésta inicialmente en un Problema Indeterminado por el número indefinido de soluciones a partir de un limitado conocimiento de los datos, como aclara Cardoso¹³.

A esta compleja situación se agregó la participación del residente de guardia, quien a solicitud del familiar y con la única intención de ayudar en la emergencia, otorgó un nuevo informe de petición de fármacos del IVSS proveedor; petición negada por la farmacia regente, por cuanto ya había otorgado, previamente, las dosis completas y exigió, con todo derecho, la justificación a dicha solicitud. Esto transformó el escenario en una segunda situación bioética, en un conflicto Interdisciplinar e Interdepartamental, tanto asistencial como administrativo y legal, el cual fue analizado y esquematizado en la figura 2.

Surgió así la interrogante principal ¿Por qué existía déficit del fármaco?: ¿fue administrado erróneamente o sustraído del lugar de almacenamiento dispuesto para ello? (y al cual solo tenían acceso el familiar del paciente, el personal médico y de enfermería). Por tanto, fue necesario establecer las responsabilidades pertinentes; diseñar nuevas opciones terapéuticas en el paciente y analizar su pronóstico, aclarar y razonar con los familiares, en su justa condición de discomfort con la situación, y justificar al instituto proveedor la falla del fármaco.

Cierre del caso clínico: El Paciente recibió sobredosis de ARA-C por interpretación equivocada del servicio de enfermería de turno del día 3 de Quimioterapia. Falleció 17 días posteriores al día 0 de protocolo de quimioterapia 7x3, por Hemorragia Intraparenquimatosa en contexto de Trombocitopenia severa y Emergencia Hipertensiva.

Descripción de casos por entrevista abierta:

En la entrevista abierta realizada al personal sanitario que atendió al paciente, un total de 6 profesionales, se pudo observar unidades categóricas relacionadas entre sí, aunque estos sujetos presentaran diferencias entre actividades horarias o específicas de su profesión, su relación no coincidía necesariamente, pero sus relatos sí (tabla 1). La investigadora pudo evidenciar fallas comunicacionales entre disciplinas (enfermería y medicina) y niveles (personal de guardia y coordinadores jefes).

Estos sujetos, profesionales de la salud, tienen tendencia a vivenciar situaciones de tristeza, rabia y frustración durante el ejercicio profesional. En algunos casos muestran tristeza integrada. En casos puntuales su expresión va cargada de violencia en sentido de defensa, con actitud desafiante al equipo de trabajo, en especial cuando percibe poco o nulo apoyo en su ejercicio, de parte de sus colegas y/o superiores. Las

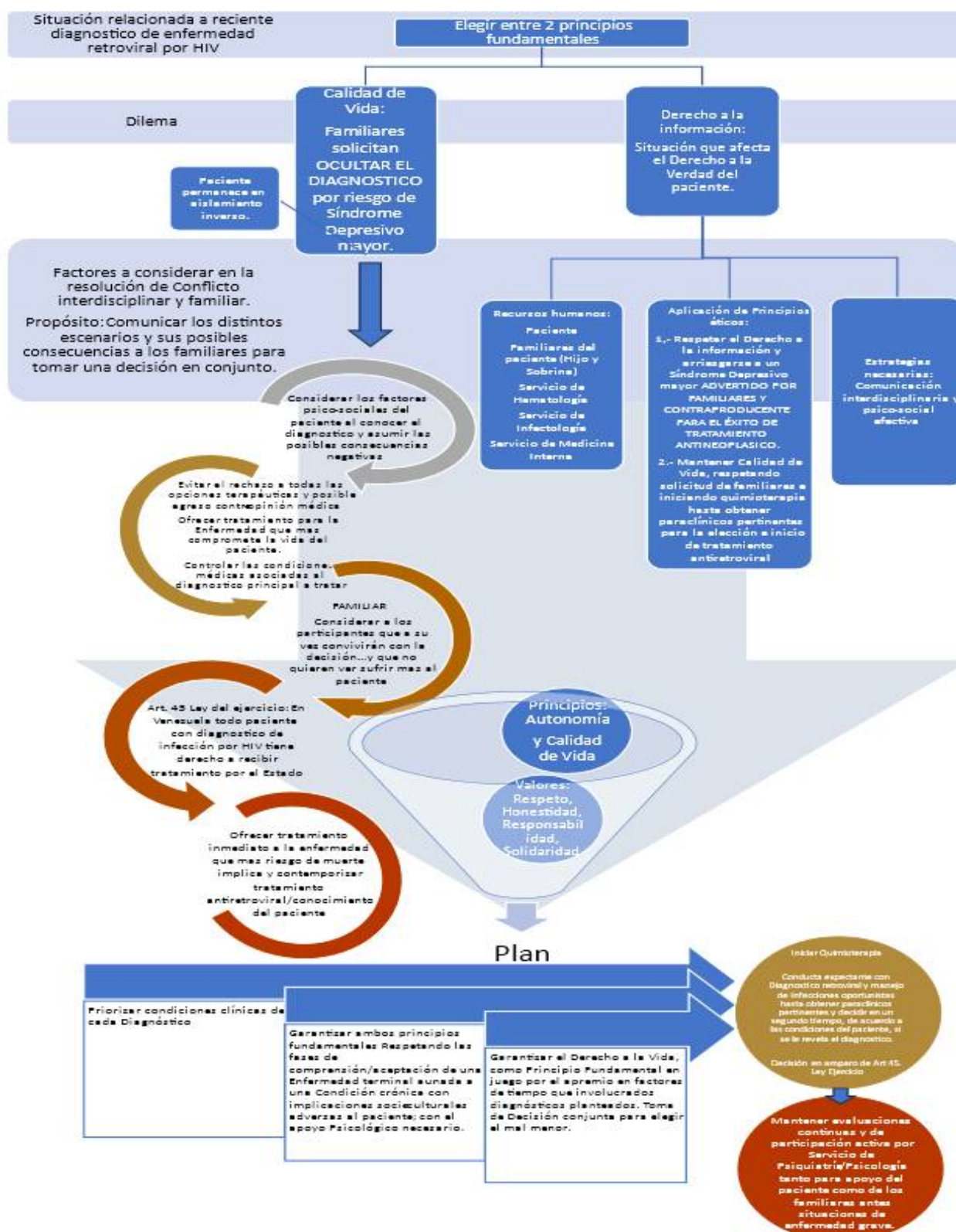


Figura 1. Análisis holístico de la realidad. Primera situación Bioética.

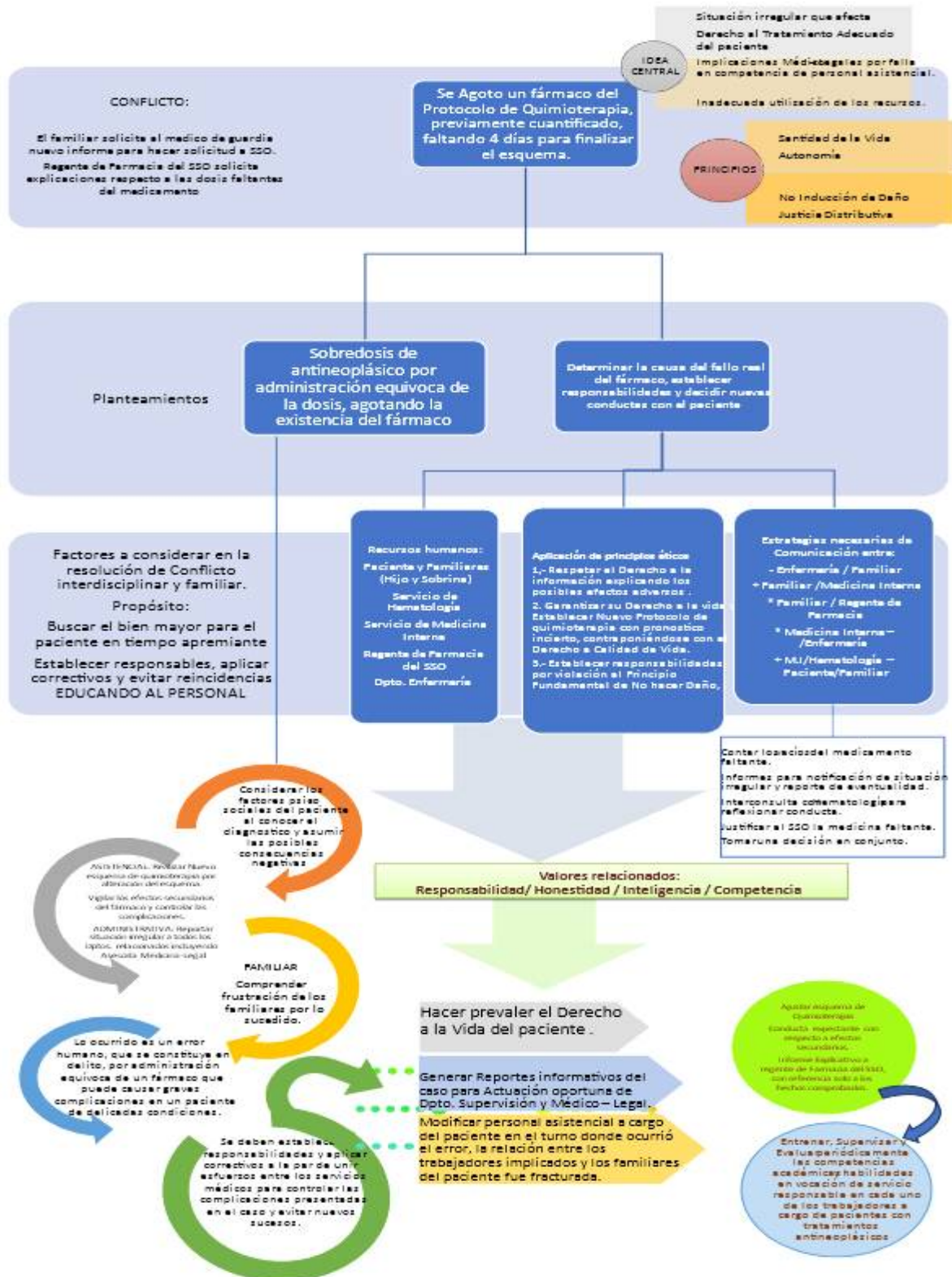


Figura 2. Analisis holístico de la segunda situación Bioética.

Tabla 1. Relatos de los sujetos en entrevista abierta.

Relatos	Unidad Temática
V.E.M.P: <i>“Algunos nos humillan, nos descalifican y se creen Dios al creer que estamos por debajo de su nivel, aun cuando somos tan profesionales como ellos y si alguna de mis compañeras comete un error, nunca lo expondré”</i>	Frustración, Rabia
V.E.N.P: <i>“Yo me siento triste debido a que la remuneración no me permite cubrir mi cesta básica, el amor a mi trabajo no corresponde la compensación monetaria que recibo y para no abandonar el espacio laboral y sobrevivir, he desarrollado vender algunos productos a mis contactos dentro y fuera del hospital sin descuidar las funciones establecidas a mi cargo”.</i>	Tristeza integrada
V.M.H.R: <i>“Seguir estudiando para no ver el progreso esperado, y me hizo pensar: ¿Y yo para cuando?. No es justo hacer tanto esfuerzo y notar que el equipo de trabajo no es confiable”.</i>	Tristeza, Frustración, Duelo profesional
V.E.J.H: <i>“Algunos médicos no logran aceptar la necesidad de trabajar en equipo con nosotras, que somos parte de su respaldo, en su sistema de apoyo, en pro de mejorar la atención del paciente y la calidad de vida del mismo”.</i>	Frustración, Rabia
V.E.R.S: <i>“Es importante que el médico aprenda desde sus inicios en su formación, desde mi experiencia en el hospital, a trabajar en equipo con nosotras; queremos ser su equipo...muchas veces queremos dar el 100% y no nos dejan”.</i>	Tristeza, Decepción
V.E.M.P: <i>“Hay funciones que los médicos no pueden hacer y nosotras si”.</i>	Tristeza

unidades categóricas muestran en su mayoría, un sistema de alianza implícita, en mutualismo que se hace evidente ante la percepción de amenaza hacia algún miembro del equipo, en palabras textuales: *“si cae una, caemos todas”*. La responsabilidad en la participación equívoca que genera algún incidente de seguridad es minimizada y justificada por los factores circunstanciales desde la mirada de los sujetos del estudio.

CONSIDERACIONES FINALES

La Solidaridad es uno de los valores éticos presentes en los profesionales de la salud, y es posible solo a partir del reconocimiento del otro, de su ser actual y sus potencialidades⁸; sin embargo, la Solidaridad y confraternidad profesional puede ser mal interpretada a favor de quien obra en formas no éticas, coincidiendo con la apreciación de Barraez¹⁴ sobre la solidaridad profesional: *“ésta no es hermandad para justificar desafueros o cualquier modalidad de actuación reprochable, en aras de una mal entendida confraternidad”*; en este orden de pensamiento, surge la necesidad de que las diversas profesiones y oficios establezcan reglas de conducta para garantizar, formal y materialmente su ejercicio idóneo y adecuado; así se

determinan pautas de comportamiento que generen una serie de obligaciones y derechos tanto para los profesionales como para la sociedad, a modo de evitar el ejercicio negativo de la solidaridad.

En la exposición del caso se pudo observar las diferentes implicaciones de la solidaridad aplicada en la primera situación por parte del médico tratante, al hacer prevalecer la comodidad del paciente y sus familiares, contemporizando una noticia que podía causar un síndrome depresivo que complicaría la condición del mismo, lo que favoreció el inicio del tratamiento para la patología de ingreso: Leucemia Mieloide Aguda; sin embargo, en la segunda situación bioética nos encontramos con grandes dificultades para esclarecer los hechos y posteriormente establecer responsabilidades asociadas, pues la solidaridad aplicada en sentido negativo y el mutualismo entre el personal de enfermería obstaculizó el proceso, al no brindar los registros adecuados de la situación, no detallando la causa del fallo del medicamento (ni de sus recipientes vacíos ni de las dosis administradas), solo quedó la palabra del familiar testigo como evidencia y la no disponibilidad del medicamento, al igual que el silencio administrativo posterior al hecho.

En este sentido se coincide con lo expuesto por De Velazco⁷ en relación a que la pluralidad de sentidos e ideas que soporta el término solidaridad, obliga a clarificar y a establecer cuáles son las características fundamentales que lo distinguen e identifican en cuanto principio ético y, en consecuencia, bioético.

Al analizar los factores que causaron este conflicto y en concordancia con lo expresado por Cardoso¹³ es posible señalar que la falta de información y la priorización del departamento de enfermería sobre la opinión del familiar fueron los causales determinantes, así como también la incorrecta interpretación de valores éticos. Sin embargo, es importante insistir en la urgente necesidad de capacitar al personal de salud, no solo en competencia académica, científica y técnica sino moral y ética de forma continua, para lograr el respeto a los principios fundamentales del servicio en salud, pues no solo a los médicos se les debe exigir, también a todos aquellos profesionales que tengan en su responsabilidad el acompañar, de un modo u otro, al paciente en su proceso de curación/rehabilitación.

Para que los profesionales de la salud puedan asumir la dimensión ética de la profesión, es necesario que las instituciones de educación superior abran espacios o fortalezcan la formación ética en sus programas, tal como señala Ibarra⁶, y que durante la formación universitaria se incorporen y asimilen aspectos éticos de la profesión como una característica que enriquece la condición de profesionales.

En la resolución de conflictos bioéticos del sector sanitario, es necesario revisar el paradigma bajo el cual se miran en la actualidad y a partir de la ética aplicada, llegar al análisis multifactorial y polidimensional de cada incidente, para lograr la prevención de los mismos a futuro; se trata de cambiar el ¿quién fue?, por el ¿cómo pasó?, ¿porque y cómo ocurrió?; y de este modo iniciar el camino a la comprensión de un fenómeno que produzca el desarrollo de estrategias institucionales que favorezcan la comunicación interdisciplinar, sin ocultar errores que comprometen la seguridad del paciente.

Aunque los valores y antivalores coexisten en el individuo, los antivalores deben ser identificados, notados y minimizados; la aplicación bajo enfoque negativo de un valor no debe justificarse y es necesario recanalizar las inclinaciones o buscar estrategias en el manejo del personal de salud a fin de no poner en riesgo la vida de ningún paciente. Esto requiere una ardua labor de supervisión continua, pero principalmente de capacitación del personal desde un enfoque humanista; comenzando con los conocimientos éticos más básicos hasta lograr una conducta ejemplar, ya que como dijo Kant¹⁵, *"una acción correcta es cuando se hace uso de la capacidad para hacer el bien sin importar las consecuencias"*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Rodríguez E. Temas para una Bioética Latinoamericana. *Acta bioeth.* 2009; 15(1): 87-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100011&lng=es. doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100011.
- 2) Amaro-Cano MP, *et al.* Percepción de valores y antivalores coexistentes en el sector salud. *Educación Médica Superior.* 2018; 32 (1). Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1255>.
- 3) Cabrera W, Palacios A. Visión Ética de la Seguridad del paciente: un componente clave de la salud pública. En: *Bioética y Salud Pública en y para Latinoamérica y el Caribe.* FELAIRE. 1era. Edición: Santiago de Chile, 2015; p 351-361. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com>.
- 4) República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional. Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 de fecha 19 de diciembre de 2011. Caracas, Venezuela.
- 5) Código de Deontología Médica. Aprobado durante la LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985.
- 6) Ibarra Rosales G. Ética y valores profesionales. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios.* 2007; (49):43-50. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34004907>
- 7) De Velazco J. Principio ético de Solidaridad. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética* 1978. Disponible en: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/303>.
- 8) Giraldo Y, Ruiz A. La Solidaridad. CLACSO. Bogotá. 2019; 112-134. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gl/20190905072159/Libro_Solidaridad.pdf
- 9) Hamilton M. A rating scale for depresión. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23(1):56-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>
- 10) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/>
- 11) Gadamer H-G. Verdad o Método. Fundamentos de una Hermenéutica. Salamanca, España: Editorial Sígueme. 1998. Disponible en: https://www.academia.edu/9082328/Verdad_y_M%C3%A9todo_I_Hans_Georg_Gadamer
- 12) Schmidt L. Método de Interpretación y Análisis Holístico en casos Bioéticos. *Acta bioeth.* 2008; 14(1):39-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-
- 13) Cardoso C. Protocolo para la presentación y análisis de casos clínicos ante los Comités de Ética Asistencial. *Revista de Bioética y Derecho.* España; 2013: 24-34. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1886-58872013000300004> [Links]
- 14) Barráez C. Ética para estudiantes de medicina. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Valencia, Venezuela. 1era. Edición, 1998; p.99.
- 15) Torralba J. La teoría Kantiana de la acción: De la noción de máxima como regla autoimpuesta a la descripción de la acción. *Tópicos (México).* 2011; 41:17-61. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-66492011000200002&lng=es&nrm=iso

PSICO-PSIQUIATRÍA: MÁS QUE UNA UTOPIA, ES UNA DEMANDA SOCIAL DEVENIDA EN PROBLEMA CIENTÍFICO.

PSYCHO-PSYCHIATRY: MORE THAN A UTOPIA, IT IS A SOCIAL DEMAND THAT HAS BECOME A SCIENTIFIC PROBLEM.

Yordanis Arias Barthelemi^{1,2}, Yanet Victoria Florián Santiesteban³, Marileidis Reinoso Bravo⁴, Yuri Alvarez Magdariaga⁵

ABSTRACT

Mental health patients demand a professional with skills in both psychotherapy and psychotropic drug therapy; this social reality requires academic training that responds to this scientific problem. Taking into account our professional experiences, the present study pursues the objective of problematizing the biases in the practice of the psychiatrist and the clinical psychologist in the care of mental health patients. At the same time, a praxiological alternative is presented supported by the constructive-interpretive method of González-Rey, verticalized by hermeneutics.

KEY WORDS: psycho-psychiatry, mental disorders, mental health, clinical psychology, Psychiatry.

RESUMEN

Los pacientes de salud mental demandan de un profesional con habilidades tanto en psicoterapia como en terapia con psicofármacos; esta realidad social exige una formación académica que de respuesta a esta problemática científica. En atención a nuestras experiencias profesionales, perseguimos como objetivo problematizar sobre los sesgos en la praxis del psiquiatra y del psicólogo clínico en la atención al paciente de salud mental; a su vez se presenta una alternativa praxiológica apoyada en el método constructivo-interpretativo de González-Rey, verticalizado por la hermenéutica.

PALABRAS CLAVE: psico-psiquiatría, trastornos mentales, salud mental, psicología clínica, Psiquiatría.

Recibido: 26 de febrero 2024

Aceptado: 30 de marzo 2023

INTRODUCCIÓN

Problematizando sobre la categoría salud.

Se puede afirmar que el término salud¹⁻³ es uno de los conceptos más debatidos en la comunidad científica hasta el punto de crear dilemas, esta categoría se puede asociar a las ausencias de enfermedades o, por el contrario, al completo bienestar. En pleno siglo XXI, los miembros de esta colectividad afirman que no se puede discursar sobre salud abandonando el término enfermedad. Por otra parte, de este binomio parten tres enfoques en su estudio: el biomédico, el comportamental y el socioeconómico⁴. Existe el consenso de que este dueto conceptual está condicionado⁵⁻⁷ por el medio ambiente, sistema sanitario, comunicación institucionalizada, estilos de vida y la biología humana. Lo interesante es que existen insuficientes estudios que analicen la diada salud-enfermedad desde el paradigma

¹Policlínico Docente Porfirio Valiente Bravo. Alto Songo. Municipio Songo-La Maya. Provincia Santiago de Cuba., Cuba. ²Dirección General de Salud en Songo-La Maya. Municipio Songo-La Maya. Provincia Santiago de Cuba, Cuba. ³Facultad de Medicina Vicedecanato Académico. Ciudad Santiago de Cuba, Cuba. ⁴Policlínico Alberto Fernández Montes de Oca. Municipio San Luis. Provincia Santiago de Cuba, Cuba. ⁵Hospital Rural Reclusos de Bonito. Poblado Boniato. Provincia Santiago de Cuba, Cuba.

Yordanis Arias Barthelemi. **ORCID:** 0000-0003-4178-7121
Yanet V. Florián Santiesteban. **ORCID:** 0000-0003-2071-867X
Marileidis Reynoso Bravo. **ORCID:** 0000-0003-3079-2431
Yuri Alvarez Magdariaga. **ORCID:** 0000-0003-3079-0667

Correspondencia: ariasyordanisb78@gmail.com

autopoiesis⁸ de Humberto Maturana, donde se partiría de este modelo integrando el concepto de mente a esta dualidad formando el trinomio salud-mente-enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ proyectó como eslogan "no hay salud sin salud mental", que reafirma la necesidad de tener en cuenta el estado mental¹⁰ de un sujeto cuando se habla de salud. En este sentido, nos hemos planteado como objetivo problematizar sobre los sesgos en la praxis del psiquiatra y del psicólogo clínico en la atención al paciente de salud mental y presentamos una alternativa praxiológica apoyada en el método constructivo-interpretativo de González-Rey¹¹⁻¹⁴, todo lo anterior verticalizado por la hermenéutica^{15, 16}.

¿Qué es mente?

Otro concepto bien resbaladizo es el de "mente"¹⁷⁻²⁰, ya hasta los expertos en salud mental²¹ se han dado por vencidos en esta línea de investigación. Para Tirapu-Ustárriz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao, Pelegrín-Valero²² la mente se apoya en los substratos neurológicos: amígdala, corteza frontal dorsolateral, giro frontal medial izquierdo, córtex frontal dorsolateral y lóbulo parietal, expresándose mediante la capacidad de ser conscientes y articular las emociones propias de una forma adecuada, con habilidad de ser conscientes de los sentimientos de los otros y de establecer relaciones interpersonales fructíferas, con capacidad para regular los estados emocionales, la posibilidad de solventar los problemas cotidianos que se nos planteen, y de interactuar con el entorno para generar emociones positivas que nos sirvan como automotivadoras.

En busca de darle un basamento epistemológico al concepto de mente²³, poco a poco se están fusionando la psicología social y la neurociencia²⁴ dando paso a lo que se llama "Neurociencia social", la cual busca entender las interacciones neuronales en el procesamiento de información generado por las relaciones sociales. A todo lo anterior, se integran las experiencias en las prácticas asistenciales en la Atención Primaria de Salud (APS) en los centros comunitarios de salud mental; en este ejercicio profesional se ha podido constatar que los habitantes de Latinoamérica asocian el término "salud mental" a los trastornos mentales y los profesionales de la salud en dicha región lo vinculan a un equipo multidisciplinario⁴ que lo integran: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales.

Estos profesionales de la salud tienen la misión de ayudar a un individuo o familia a disminuir el sufrimiento mental, que los lleva a demandar una ayuda especializada. En este sentido, es preciso reafirmar que el estado mental de un sujeto puede ser afectado²⁵ por la

guerra, etapa de duelo, divorcio, violación, bullying (acoso escolar sistemático), epidemias y accidentes entre otros factores; siendo un reto para el anterior equipo multidisciplinario de salud.

Cuando se escucha la mención de Centro Comunitario de Salud Mental²⁶, se puede inferir que al llegar a esta institución de salud serán resueltos todos los conflictos o trastornos mentales que aquejan a los seres humanos. Los especialistas (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales), si bien, tienen la formación y entrenamiento para atender a los sujetos que demanden una ayuda, los solicitantes esperan que les puedan resolver sus problemas de salud mental con mucha rapidez, aunque los pacientes en su gran mayoría puedan presentar una familiaridad acrítica²⁷⁻²⁹ sobre el concepto de salud mental.

El término salud mental³⁰ alude a una condición ideal del alma en un sujeto frente a los problemas cotidianos y está determinado por factores biopsicosociales. Este concepto tiene 3 criterios: alcanzar satisfactoriamente la autorregulación de los propios instintos y potencialmente conflictivos, establecer relaciones armónicas con los demás y la posibilidad de adaptarse a las exigencias sociales. Los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³¹ conciben como salud mental: el estado de funcionamiento mentalmente óptimo de la persona que facilita su máximo desarrollo potencial; entonces se puede entender como un estado de bienestar real en el que un individuo despliega sus capacidades, supera el llamado "estrés cotidiano", trabaja de forma productiva y aporta un bien social a su propia comunidad.

Realidades sociales que generan alternativas praxiológicas a la comunidad científica.

Otra realidad solapada son los criterios de los propios profesionales de salud mental hacia sus pacientes, quienes en su mayoría tienen un pensamiento pesimista sobre la rehabilitación verdadera del paciente, con trastornos mentales; entonces al tratarlos, estos especialistas arrastran su poca fe en el mejoramiento humano y por ende dan a este paciente como caso perdido. No es menos cierto que el paciente con trastornos mentales³² pone muy poco o nada en su rehabilitación mental, depositando toda su confianza en el especialista y se queda inerte en todo el proceso de rehabilitación mental, esperando algo que venga desde fuera de su ser y, de un solo golpe, le permita recuperar sus antiguas habilidades.

Si todavía no hay un consenso en la comunidad científica sobre el concepto de salud ni tampoco sobre la mente ¿porque los centros de salud se identifican como salud mental? donde supone que el paciente al llegar a esta institución recibirá una atención en salud ideal (como un mercado) y rápidamente sus desórdenes mentales desaparecerán. Entonces sería oportuno cambiar el término salud por el de rehabilitación mental, ya que este busca fomentar sus capacidades mentales en pro de su bienestar humano.

Por otra parte, los pacientes que asisten a los centros de rehabilitación mental demandan de un profesional, que en su formación de pregrado domine tanto las psicoterapias como las terapias con psicofármacos; ya que en las prácticas asistenciales se observa con mucha frecuencia que el psiquiatra domina solamente la terapia con psicofármacos, y el psicólogo clínico tiene habilidades únicas y exclusivamente en las psicoterapias (EMDR, hipnosis terapéutica, racional emotiva, gestalt, humanista, cognitiva-conductual).

A pesar de los logros del paradigma biomédico, los expertos en esta modalidad no han tenido el interés de abordar los trastornos mentales y del comportamiento desde un punto de vista integrativo, dando la oportunidad de que se inserte las determinantes socioculturales en el estudio del comportamiento humano; estos expertos en su gran mayoría dan por hecho que lo genético es suficiente.

CONSIDERACIONES FINALES

Se propone a la comunidad científica cambiar el término salud mental por el de rehabilitación mental; entendiéndose lo anterior como una condición subjetiva-existencial que incide en el soma, permitiendo la adaptación creadora del sujeto ante los conflictos cotidianos en un medio social dado; donde los profesionales que trabajan a favor de la rehabilitación mental buscarían restituir mediante diferentes métodos las potencialidades mentales del sujeto.

La actual dialógica podría comprenderse desde lo académico como una utopía, pero en las prácticas asistenciales se evidencian que las habilidades del psicólogo clínico y del psiquiatra por sí solas no son suficientes en el proceso de ayuda al paciente de rehabilitación mental. Los mismos demandan de un profesional con habilidades tanto en psicoterapia como en terapia con psicofármacos; por lo anterior, se convoca a una formación académica que egrese un profesional con destrezas suficientes y que sea capaz de ayudar al paciente en su rehabilitación mental.

Hasta la actualidad (segunda década del siglo XXI) el concepto de salud mental se ha estudiado mayormente desde el paradigma biomédico; no obstante, la anterior categoría se podría analizar mediante el paradigma autopoiesis de Humberto Maturana y es preciso que sea verticalizado por la hermenéutica

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Pimentel A, Malcher N. DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE. Universidade Federal do Pará. 2019. Belém, Brasil.
- 2) Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Colección salud colectiva. 1ª Edición. Buenos Aires: Lugar, 2004. p.248.
- 3) González-Rey FL, Bizerril Neto J. Saúde, Cultura e Subjetividade: uma referencia interdisciplinar. Brasília: UniCEUB 2015. Disponible en: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/5756>.
- 4) Macaya SX, Pihan VR, Vicente PB. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. Rev. Humanidades Médicas. 2018; 18(2):215-232. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>
- 5) De La Guardia GM, Ruvalcaba LJ. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Rev JONNPR. 2020; 5(1):81-90. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
- 6) Cuesta U, Peñafiel C, Terrón JL, Bustamante E, Gaspar S. Comunicación y salud. Editorial Dextra [Internet]. 2022. Disponible en: <https://comunicacionysalud.soytuconsultor.com/wpcontent/uploads/2022/06/Diaz-Ugarte-Comunicacion-Organizaciones-Salud.pdf>

- 7) Sánchez-Torres D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017; 55(1):81-93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/457749297021.pdf>
- 8) Cárdenas DOE. Lo andragógico y autopiético en el modelo educativo en la universidad del siglo XX. *Revista Digital de Investigación y Postgrado*. 2020; 1(2):23-50. Disponible en: <https://redip.iesip.edu.ve/ojs.index.php/redip/article/view/18>
- 9) Organización Mundial de la Salud (OMS). No hay salud sin salud mental. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticia/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-menta>
- 10) Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med [Internet]*; Vol. 32(2): 129-140. 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- 11) Patiño-Torres JF, Goular DM. Qualitative Epistemology and constructive-interpretative methodology: a proposal for the study of subjectivity. *Studies in Psychology*. 2020; 4(1). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.2019.1710809>
- 12) Rossato M, Martinez AM. Contribuições da metodologia construtivo- interpretativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade. *Revista Lusófona de de Educação*. 2018; 40:65-78. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/349/Resumenes/Resumen_34958005005_1.pdf
- 13) Peres VLA. Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información. *Rev. Bras. Psicodrama*. 2019; 27(1):145-148. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v27n1/es_16.pdf
- 14) Finol de Franco M, Vera SJ. Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Mundo cursivo*. 2020; 3(1):1-24. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1vI7S1dPpkES8zUwyfenm0Jn6PmzAsKMO/view>
- 15) Rodríguez ME. La hermenéutica comprensiva, ecosófica y diatópica Un transmétodo rizomático en la transmodernidad. *Revista Perspectivas Metodológicas*. 2020; 19:1-15. Disponible en: [file:///C:/Users/Biblioteca %20Pol.%20Song/Downloads/Milagros.pdf](file:///C:/Users/Biblioteca%20Pol.%20Song/Downloads/Milagros.pdf)
- 16) Pérez VJ, Nieto BJ, Santamaría RJ. La Hermenéutica y la Fenomenología en la Investigación en Ciencias Humanas y Sociales. *Rev Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*. 2019; 19(37):21-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v19n37/1657-8953-ccso-19-37-21.pdf>
- 17) Pérez-Álvarez M. Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Psychologist Papers*. 2018; 39(3):161-173. Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/50759/Para%20pensar.pdf?sequence=1>
- 18) Kandel E R. La nueva biología de la mente: Que nos dicen los trastornos cerebrales sobre nosotros mismos. Barcelona: Paidós, 2019. p.492
- 19) Melamed A F. Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: Un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy, San Salvador de Jujuy*, n. 49: 13-38, 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042016000100001&lng=es&nrm=iso.
- 20) Elizondo Solis AM, Rivera Herrera NL. El espacio físico y la mente: Reflexión sobre la neuroarquitectura. *Cuadernos de Arquitectura*. 2017; 07(7): 41-47. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Andrea-Elizondo/publication/327620293>
- 21) De vales LM. Visión integral de la salud mental: experiencias en las prácticas médicas. La Habana: Editorial científico-técnico. 2023. La Habana, Cuba.
- 22) Tirapu-Ustárrroz J, Pérez-Sayes G, Erekatxo-Bilbao M, Pelegrín-Valero C. ¿Qué es la teoría de la mente? *REV NEUROL*. 2007; 44(8): 479-489. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/048_neuro1/material/orientativa/tirapu_ustarroz_2007_que_es_la_tom.pdf
- 23) Maureira CF. Evolución histórica del problema de lo mental: de Grecia a la Edad Moderna. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2022; 25(4): 1387-1400. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep>
- 24) Zegarra-Valdivia J, Chino-Vilca B. Mentalización y teoría de la mente. *Rev Neuropsiquiatría*. 2017;80(3): 189-199. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a06v80n3.pdf>
- 25) Ribot RV, Chang, PN, González CA. Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Rev haban cienc méd*. 2020; 19(Supl.): e3307. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2020/hcms201h.pdf>
- 26) Desviat M. Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*. 2020; 75: 17-45. Disponible en: <https://www.atopos.es/index.php/articulos/articulos/356-evolucion-historica-de-la-atencion-a-la-salud-mental-hitos-esenciales-en-la-construccion-del-discurso-de-la-salud>

- 27) Louro BI. Familiaridad acrítica en los servicios de salud. Habana. INFODIR. 2014;17: 56-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/infodir-2013/infodir1317f.pdf>
- 28) Miranda HG. ¿De que? hablamos cuando hablamos de salud mental? Rev. Utopía y Praxis Latinoamericana. 2018; 23(83):86-95. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- 29) Gavidia G, Talavera M. La construcción del concepto de salud. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales. 2012; 26: 161-175.. Disponible en: <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935/1449>
- 30) Chau C, Vilela P. Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. Revista de Psicología. 2017; 35(2):388-422. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v35n2/a01v35n2.pdf>
- 31) Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compediado. Ginebra: Versión en español 2004. Disponible en: <http://www.iris.paho.org/salud-mental-guia-promotor>.
- 32) Soria V, Uribe J, et al. Psiconeuroinmunología de los trastornos mentales. Rev Psiquiatr salud ment. (Barc.). 2018;11(2):115-124. Disponible en: www.elsevier.es/saludmental

ADOLESCENTES TESTIGOS DE VIOLENCIA ENTRE SUS PROGENITORES: UNA MIRADA DESDE EL SABER DE LA SALUD MENTAL.

TEENAGERS WITNESSES OF VIOLENCE AMONG THEIR PARENTS: A LOOK FROM THE KNOWLEDGE OF MENTAL HEALTH.

Reina Parra C.¹, Olga Quintero ^{1,2}.

ABSTRACT

Mental health in adolescence must be assumed as a space that deals with the protection of the maturational and constitutional processes of the human being. The complexity of this reality due to the recent increase in the incidence of family violence, emotional problems, mental disorders, the new suffering that adolescents develop, due to socioeconomic, political, psychological and cultural conditions of society, makes it a topic of interest that requires inter and transdisciplinary contribution. In this sense, this essay aims to describe mental health in adolescents who witness violence between their parents. It is based on theoretical models from mental health, the epistemic foundation of domestic violence, and documented information about adolescence. Its scientific relevance lies in its contribution to an information system that can contribute to the development of knowledge to provide to the educational, family and psychological area. Likewise, the renewal of knowledge in new scenarios, which leads to different reflections and, in the same way, the search for necessary dialogues in related contexts in the field of mental health care in adolescents exposed to family violence.

KEY WORDS: adolescents, mental health, domestic violence.

RESUMEN

La salud mental en la adolescencia debe asumirse como un espacio que se ocupe de la protección de los procesos madurativos y constitucionales del ser humano. La complejidad de esta realidad por el reciente incremento de la incidencia en la violencia familiar, los problemas emocionales, los trastornos mentales, los nuevos sufrimientos que desarrollan los adolescentes, debido a condiciones socioeconómicas, políticas, psicológicas y culturales de la sociedad, la hace un tema de interés que requiere del aporte inter y transdisciplinario. En este sentido, este ensayo tiene como propósito describir la salud mental en los adolescentes que son testigos de violencia entre sus progenitores. Se fundamenta en modelos teóricos provenientes de la salud mental, cimiento epistémico de la violencia intrafamiliar y de información documentada acerca de la adolescencia. Su relevancia científica radica en su aporte hacia un sistema de información que pueda contribuir en el desarrollo de conocimientos para proveer al área educativa, familiar y psicológica. Así mismo a la renovación de saberes en nuevos escenarios lo que conlleva a distintas reflexiones y del mismo modo, a la búsqueda de diálogos necesarios en contextos relacionados en el ámbito del cuidado de la salud mental en adolescentes expuestos a la violencia familiar.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, salud mental, violencia familiar.

Recibido: 01 de marzo de 2024 Aceptado: 12 de abril de 2024

¹Departamento de Salud Mental. Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Venezuela. ²Centro de Investigaciones Psiquiátrica Psicológica Sexológica de Venezuela. Maracay, estado Aragua, Venezuela.

Reina Parra C. ORCID: 0009-0002-7270-8852
Olga Quintero. ORCID: 0000-0003-1188-094X

Correspondencia: judithpacar@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos como espacios de saberes, han permitido el abordaje de temáticas como las relacionadas con la violencia intrafamiliar, las cuales revisten especial importancia, debido a la naturaleza en la función social que tiene el individuo dentro de la familia, además de lo relativo a las consecuencias en la salud mental de los adolescentes.

Bajo estos cánones, la salud mental se erige como una construcción social que puede variar de un contexto a otro; por lo que se considera un componente integral

y esencial para el bienestar y desarrollo del adolescente, determinando el carácter y personalidad para las diferentes etapas de su vida. De ahí que su vida debe transcurrir en un ambiente con condiciones óptimas para su desarrollo físico, mental y emocional, donde se espera que alcance a ser un adulto operativo y fructífero en la sociedad. En este orden de ideas, las buenas prácticas son coadyuvantes en la prevención de la violencia al crear un ambiente en el cual los adolescentes, inclusive los indefensos, no sean expuestos a factores de riesgo.

Por otra parte, en estos tiempos del siglo XXI, la sociedad enfrenta problemas de creciente complejidad, donde ha experimentado una opinión trascendida y participada por los expertos de la educación, sobre el rol de la familia y su influencia en la evolución de cada uno de los miembros que la integran. Se trata entonces de un discernimiento que, aunque no sea aceptado de manera global, cada vez es más notorio la necesidad de un nuevo replanteamiento en las propias familias, con respecto a la ocupación fundamental e ineludible de la educación de los hijos.

En este sentido, este ensayo tiene como propósito describir la salud mental en los adolescentes que son testigos de violencia entre sus progenitores. Se ha tomado como fundamento teórico el desarrollo de la adolescencia (aspectos físicos, motrices, afectivos, lenguaje, social, razonamiento social), la salud mental y la violencia intrafamiliar.

En las sociedades preindustriales, en la etapa de la adolescencia, los individuos se consideraban que eran adultos cuando maduraban físicamente o empezaban el aprendizaje de una vocación. Recién en el siglo XX, en el mundo occidental, la adolescencia fue definida como una etapa diferenciada de la vida. Hoy en día, siglo XXI, la adolescencia se ha convertido en un fenómeno global, que puede adoptar distintas formas en diferentes culturas. De tal manera, que en casi todo el mundo, la entrada a la adultez insume más tiempo y es menos clara que en el pasado. La pubertad empieza más temprano que antes y el ingreso a una vocación ocurre más tarde; por tanto y, a menudo, requiere períodos más largos de educación o entrenamiento vocacional como preparación para las responsabilidades adultas.

En este aspecto, es oportuno definir la adolescencia, siguiendo a Papalia¹ como: *"El paso de la niñez a la adultez, período comprendido de los 11 a los 18 años; sin embargo, no se distingue por un único suceso, sino por un largo período, una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos"*.

Por consiguiente, es pertinente partir de la idea de que en la pubertad se producen un sinnúmero de cambios fisiológicos que repercuten a nivel psicológico, en las acciones del adolescente debido a cambios hormonales. Estos cambios van a incidir en el crecimiento y en el desarrollo sexual. En el crecimiento, las estadísticas demuestran que entre las mujeres el crecimiento máximo anual se presenta antes de la menarquia y en los varones cerca de los catorce años, también implica crecimiento muscular y óseo. En relación con el desarrollo sexual, en las características sexuales primarias se pueden mencionar a los órganos relacionados de manera directa con la reproducción, que aumentan de tamaño y maduran.

Desde el punto de vista emocional, en esta etapa son sensibles a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y a una red de control cognoscitivo que regula las respuestas a dichos estímulos. Esta red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana.

Al respecto, resulta interesante el planteamiento de Steinberg², quien señala: *"Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo y por qué la toma de riesgos suele ocurrir en grupos"*. De ahí, que los adolescentes procesan la información relativa a las emociones de manera diferente a los adultos, por lo que representan una oleada de emotividad que invade al sujeto ocupando, a menudo, el lugar de la razón, cuyas funciones las expresan por los sentimientos que los invade psicológicamente.

En este escenario ideático, el uso del lenguaje por parte de los adolescentes refleja su nivel de desarrollo cognoscitivo, experimentando cambios notables en su progreso lingüístico. En esta etapa son bastante competentes y hasta refinados en el uso de su lenguaje. Con la utilización de material de lectura se hace continuo el crecimiento del vocabulario. Complementa lo expuesto, Owens³ al señalar que *"a los 16 y 18 años, el típico joven conoce alrededor de 80.000 palabras"*.

De acuerdo a una perspectiva social y emocional, los adolescentes también adquieren mayor destreza en la capacidad para ajustar su forma de hablar al nivel de conocimiento y punto de vista de otra persona. En este aspecto, el curso de las relaciones sociales durante esta etapa está vinculado muy de cerca a otros procesos evolutivos, que solo lo abstracto

cabe aislar y que en la realidad de las personas se producen de manera conjunta y por lo general integrada; sobretodo, se vincula al desarrollo de la personalidad. Importantes elementos evolutivos de la identidad personal tienen componentes de relación social; las relaciones sociales, que a su vez, desempeñan un papel de génesis de esa misma identidad.

Si partimos del hecho del juicio moral, a medida que los adolescentes alcanzan niveles cognoscitivos más altos, adquieren mayor capacidad de hacer razonamientos más complejos sobre temas morales. Así mismo, también aumenta su tendencia al altruismo y la empatía, cómo resolver problemas sociales, tratar con relaciones interpersonales y verse como seres sociales. Todas esas características fomentan el desarrollo moral. A su vez ofrece oportunidades para crecer, no solo en relación con las dimensiones físicas sino también en la competencia cognoscitiva y social, la autonomía, la autoestima y la intimidad.

La adolescencia es considerada como una etapa evolutiva particular y propia, rodeada de contextos que ejercen gran influencia en su desarrollo, como son: la familia, la institución educativa y la comunidad. Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)⁴ en informe presentado sobre La Educación Infantojuvenil, un Derecho, refiere que:

"Desde su concepción social, la educación demanda una valoración distinta a la tradicional, donde el estudiante recobre su valor y condición de persona como sujeto. Además, al participar se aprende, y este es uno de los elementos que forman parte de la educación para la ciudadanía, que se reconoce actualmente, junto con los logros en los aprendizajes académicos, como uno de los objetivos finales de los sistemas educativos a nivel mundial. El vínculo entre la educación y la salud mental es evidente. La educación desarrolla las competencias, los valores y los comportamientos que permiten que los educandos lleven una vida sana y plena, tomen decisiones informadas y establezcan relaciones positivas con quienes les rodean".

Bajo los cánones de esta perspectiva, se devela que en la concepción social de la educación, se acentúa la valoración de la salud mental en la adolescencia para lograr un desarrollo integral.

A partir de este enfoque cabe considerar, una rápida revisión de diversos conceptos acerca de la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ la define como *"un estado de bienestar en el cual cada*

individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad" .

El término salud mental se popularizó en el sector educativo, hace unas cuatro décadas, a partir de los empeños de la salud pública por implantar programas comunitarios privilegiando acciones de carácter preventivo. Al respecto, Murcia⁶ destaca:

"La Salud Mental es un estado personal susceptible de variación por la influencia de factores biológicos, psíquicos y sociales, que mantienen la armonía interpersonal, que permite establecer buenas relaciones con los semejantes y enfrentar armoniosamente las exigencias de la vida, que favorece al individuo como partícipe activo en la obra constructiva del medio ambiente físico y social donde se desenvuelve y por último, que dota a la persona de energía sobrante para emplearla en actividades extra-laborales".

Como se puede evidenciar, si bien existen diferentes definiciones sobre salud mental, todas convergen que en su producción intervienen aspectos propios del sujeto y del entorno en que se desenvuelve, de allí la importancia de actuar, como en cualquier otra disciplina, en la prevención.

Con base a lo anterior, para aproximarnos a una conceptualización de la Salud Mental, es importante destacar, algunos elementos en su construcción; a saber:

- Controlar sus propias emociones, lo mental como cualidad humana.
- Manejo favorable frente a las frustraciones
- La personalidad como constitutivo de lo biopsicosocial.
- Valoración de las habilidades sin sobreestimarlas como una concepción del desarrollo, sino como la materialización de las potencialidades personales.
- La historicidad de lo humano y sociocultural.

Por consiguiente, se observa claramente que la salud mental es una cualidad humana que se hace singular en la personalidad individual (para sí) y personalidad particular (en sí), constituyendo el máximo bienestar y desarrollo posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, como resultado de la interacción permanente.

En sintonía con lo precedente, resalta el papel de las instituciones educativas, como espacios complejos en los cuales los estudiantes, especialmente cuando son niños y adolescentes, pasan buena parte de sus vidas. No obstante, es sabido a nivel mundial, la adolescencia encara una crisis que abarca contextos improcedentes, lo cual se corresponde con el planteamiento que hace López⁷ representante de la UNESCO para América Latina, quien señala:

"La discusión en América Latina en torno a la salud mental, se relaciona con los altos índices de violencia escolar que la afectan. Estas son el ambiente crecientemente punitivo que han adoptado muchas instituciones educativas en países como Colombia, Chile, Perú, México y El Salvador, cuyos resultados solo han arrojado más calamidad a la salud del adolescente frente al complejo desafío que constituye el compromiso de universalizar las instituciones educativas, se propuso espacios de dialogo en un marco de garantía del derecho a la educación".

En este orden discursivo, lo que resalta es que cuidar la salud mental es tarea relevante en cada uno de los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana del adolescente, como el hogar, la escuela y la comunidad, a efecto de ser tratada y prevenirla. Esto refuerza lo contemplado en la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)⁸ en Venezuela, que confirma lo planteado por la Carta de la Organización Naciones Unidas⁹ (ONU), sobre los derechos en estas etapas evolutivas puntualizando también la protección.

En este sentido, los problemas de salud mental durante la etapa adolescente, descrita anteriormente, son cada vez más altos, incluyendo trastornos de ansiedad, depresión, déficit de atención con hiperactividad, el trastorno oposicionista desafiante, conductas disociales, entre otros; los cuales ocurren a una tasa aproximadamente de 10% a nivel mundial, donde más de 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales y alrededor de 15% de los adolescentes de países de ingresos bajos y medios ha considerado el suicidio¹⁰.

Al respecto, la OMS⁵ refiere que, en la actualidad 700 millones de adolescentes experimentan problemas mentales y/o neurológicos a nivel mundial. Puede decirse que las cifras son conmovedoras; unos 350 millones entre niños y adolescentes en el mundo padecen un trastorno conductual; 90 millones conviven con un desorden de abuso de sustancias; 50 millones padecen epilepsia y 35,6 millones sufren epilepsia y otros trastornos. Investigaciones como las de Hurlock¹¹,

manifiestan que el área afectiva se maltrata en su desarrollo social y moral.

Ahora bien, los problemas de la salud mental también se asocian a problemas emocionales, académicos y de habilidades sociales a largo plazo. A este respecto, Moles¹² establece que: *"Estos problemas de salud mental son predictivos en la adultez, llegando a generar conductas autodestructivas que tienen que ver con desestabilización emocional durante la niñez. En función a lo expresado queda claro que las vivencias en la niñez llevan a disfuncionalidad conductual de adolescente y, por ende, de adulto".*

En cuanto a la prevalencia de la violencia intrafamiliar, es importante destacar que Fusco y Fantuzzo¹³, indican que 75% de los niños y adolescentes expuestos a violencia intrafamiliar (VI), también están involucrados de alguna manera en dicha violencia.

En Venezuela, se ha venido observando un incremento de las denuncias públicas relacionadas con la VI dirigida a niños, adolescentes o adultos mayores. Debido a la precaria o nula información oficial en lo concerniente, es difícil tener certeza de la magnitud de este fenómeno y diferenciar cuanto de su permanencia pudo haberse incrementado durante los años de la pandemia y la cuarentena. Por tanto, no se tiene evidencia de cuanto es debido a un incremento de las denuncias que previamente se callaban y cuánto hay de manipulación de la información para atraer el interés sobre una realidad familiar y personal, que desvía la atención de otras formas de violencia.

Sin embargo, se conoce que las tasas de prevalencia de violencia contra niños, niñas y adolescentes son elevadas; así mismo, la falta de protección social entre otras, dan lugar a falta de perspectivas para el futuro en las familias. En consecuencia, estos son algunos factores que alteran la dinámica familiar y limitan el cuidado de la salud mental ya que solo 10% de las instituciones educativas realizan campañas dedicadas a promocionar el cuidado de la salud mental¹⁴. No obstante, lo que si es posible corroborar es la existencia de una importante transformación cultural en la sociedad, por medio del cual se evidencia un repudio generalizado a los comportamientos violentos entre los miembros de la familia.

La afectación de la violencia en niños, niñas y adolescentes es grave. En Venezuela desde el año 2017 hasta 2019 se registraron 3.738 muertes violentas en este

grupo de población y según informe presentado por el Centro de Comunicación y Desarrollo Andino (CECODAP), el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) y la Red de Derechos Humanos de Niños Niñas y Adolescentes (REDHNNA), detallan que en los últimos años se registró un incremento de la VI, a causa del empobrecimiento creciente de las familias¹⁵. Aunado a ello, la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)¹⁶, en el año 2020, reportó que 96% de los hogares estaba en situación de pobreza y 79% en pobreza extrema, incrementando las situaciones de violencia intrafamiliar; registrando igualmente, maltrato, heridas, lesiones y muertes contra niños de muy corta edad.

En observaciones no sistematizadas y en conversaciones con docentes, padres, especialistas y estudiantes, hemos podido apreciar el permanente ingreso a espacios educativos de niños y niñas que presentan conductas disruptivas, déficit cognitivo, déficit de atención, hiperactividad, producto de hogares con niveles altos de violencia, concurrencia de violencia intrafamiliar, entre otros; situación que ha generado inquietud, rechazo, que etiquetan como malos y desadaptados.

En consecuencia, desde la complejidad que puede En consecuencia, según Moles¹², desde la complejidad que puede estar asociada a muchas variables, se llegan a generar motivaciones hacia el para qué de tener un hijo, más inspiradas en el deber que en el querer, abuso de drogas, confianza en la disciplina física severa, deseos de cumplir necesidades emocionales insatisfechas por medio del adolescente y expectativas poco razonables sobre la conducta del mismo.

En los nuevos paradigmas de la ciencia existen diferentes modelos que intentan explicar el porqué de la violencia y los factores que aumentan el riesgo de la aparición de la VI. Dicho de otro modo, la ciencia está todavía muy lejos de poder ofrecer teorías contrastadas empíricamente, que permitan explicar exactamente y de forma satisfactoria, por qué surge la violencia. Sin embargo, en este proceso sirven como puntos de partida algunas de ellas, más conocidas, que explican la violencia, para tratar de comprender sus principales causas y factores de riesgo.

La conceptualización acerca de la teoría del aprendizaje social de Bandura¹⁷, trata de dar respuesta al funcionamiento del comportamiento violento enmarcándose dentro del estudio del aprendizaje, la autorregulación, la autoeficacia y la conducta moral. Conforme a esta visión, la aparición de la conducta violenta, se ve influida por la confluencia de factores

biológicos, la experiencia directa y el aprendizaje observacional, teniendo un mayor peso este último, planteando a su vez, un determinismo recíproco entre estos tres factores.

Por consiguiente este autor, explica en primer lugar, que las variables biológicas se ven representadas por factores genéticos y hormonales que influyen en el desarrollo físico y éste a su vez puede incidir en la conducta del individuo. En segundo lugar, la experiencia facilita la formación de pautas de conducta nuevas, si bien considera que los elementos más rudimentarios de la conducta humana tienen que ver con la dotación natural (esto es, las respuestas instintivas); por último, considera que los procesos de aprendizaje son factores mediadores para la adquisición de un conocimiento social sobre el uso de la violencia, que parten de la observación (aprendizaje vicario), la imitación del comportamiento y las instrucciones directas de los padres, determinando así el origen de esquemas que guían la acción del adolescente y permiten la incorporación de modelos de comportamiento.

Según esta corriente de la psicología, que proviene de la Teoría General de Sistemas, desarrollada durante la primera mitad del siglo XX tras su aplicación a las ciencias sociales y, especialmente en el campo de la psicología, las interacciones humanas con los distintos sistemas que forman parte de su entorno (familia, empresa, sociedad) han cobrado especial relevancia a la hora de explicar determinados procesos psíquicos y comportamentales a nivel individual y colectivo.

En este enfoque, la familia es considerada un sistema primario, en el cual los distintos miembros mantienen una relación interdependiente basada en el reparto de funciones y el alcance de objetivos comunes. Esto significa que la falta de cohesión o el incumplimiento de algunas de las funciones individuales repercuten en el funcionamiento regular de la unidad familiar. Al asumir esta premisa sistémica, algunos autores como Jaffe y Wilson¹⁸ han intentado relacionar los efectos presentes en menores, testigos de violencia en las relaciones de pareja, con la disfunción familiar inherente a estos comportamientos. Bajo esta óptica, el conflicto interparental, el consecuente deterioro de las dinámicas y relaciones familiares, en contextos de abuso influyen negativamente en el bienestar de los hijos.

Turner y Kopiec¹⁹, mencionan tres supuestos que podrían explicar por qué el conflicto interparental acaba afectando la convivencia familiar:

1.- Atribuye la mala relación entre adultos y de estos con sus hijos, a su incapacidad para relacionarse de otro modo con los demás.

2.- Centra en los métodos de disciplina y pautas de crianza inadecuados, que acostumbran a aplicar aquellas parejas que mantienen elevados niveles de conflictividad en respuesta al estrés que esta situación les provoca.

3.- Asume el contagio emocional entre padres e hijos, que trasladaría el malestar de los adultos al resto de grupo familiar.

En esta misma línea de acción, Rossman, Hughes y Rosenberg²⁰, consideran que *"la relación desigual entre el hombre y la mujer cuando media la violencia también queda reflejada en el estilo parental o modelo educativo que aplica cada uno"*. Es decir, cuando existe un desequilibrio entre ambos progenitores, resulta muy complejo establecer acuerdos relacionados con la crianza de sus hijos. Es evidente, que los menores que presencian la violencia entre sus progenitores tienden a percibir la dinámica familiar como un entorno inestable, poco seguro o, incluso, peligroso.

Esta teoría califica la disfunción o inestabilidad familiar como principal causa de estrés infantojuvenil y la responsabiliza de las dificultades de ajuste, a nivel emocional y conductual, que manifiestan los menores que conviven con conductas violentas en su entorno.

Muchos teóricos cognitivistas han renovado su interés por el desarrollo integral del adolescente, con respecto al aprendizaje, el pensamiento y la solución de problemas. Entre ellos, Woolfolk²¹ quien menciona el modelo cognitivo de Bandura y Anderson que hace referencia al proceso mental que se encuentra detrás de cada comportamiento del sujeto. En tal sentido, para esta perspectiva cognitivista, el acto de conocimiento que se obtiene por la capacidad de pensar, recibir, recordar, comprender, organizar y dar uso de la información recogida permiten la modificación de la conducta. En este modelo el desarrollo integral del adolescente se basa en que estos no son sujetos pasivos de los acontecimientos del ambiente, sino que eligen, practican, prestan atención, ignoran, reflexionan y toman otras muchas decisiones para la consecución de su propio desarrollo.

Según lo planteado por Holden²², *"en contextos caracterizados por la violencia, los hijos comprenden más aspectos de la situación familiar de los que, a priori, cabría esperar"*. La realidad es que los adolescentes necesitan dar sentido a todas las cosas

que pasan a su alrededor, pero cuando estas experiencias son altamente complejas, resulta muy difícil construir cogniciones que se ajusten a la realidad personal, familiar y social. Tal como se explica a través de este modelo, la evaluación e interpretación que realizan los hijos con respecto a la situación que están viviendo en el ámbito familiar determina, en cierta manera, su malestar.

Se trata pues, de un proceso cognitivo no menos complicado, en el que además intervienen distintos elementos contextuales, que puede potenciar o dirimir las repercusiones causadas por la violencia entre los progenitores.

Por otro lado, hay aspectos fundamentales del trabajo teórico que se desarrollan en este modelo que estudian una amplia gama de situaciones del desarrollo integral del adolescente, por su interés en las diferencias individuales, por lo que explica en parte, que no haya un modelo cognitivo que represente todo el campo educativo.

Tal como lo plantea CECODAP¹⁵, se detallan múltiples factores de riesgo identificados en NNA. Algunos son:

- Manejo inadecuado de las emociones, impulsividad e irritabilidad.
- Disfuncionalidad familiar grave, con ausencia o poca comunicación entre padres e hijos, presencia de padres muy autoritarios, ausencia de padres sin fortalezas en la comunicación e intercambio de intereses.
- Presencia de sentimientos negativos (tristeza, incertidumbre, minusvalía, inutilidad, tormento por el aislamiento), casos de depresión.
- Poca comunicación entre pares, por lo general algún estigma o bullying.
- Consumo de sustancias (alcohol o drogas) entre adolescentes o en el seno familiar.
- Ausencia de seguridad personal.
- Ruptura de la estructura familiar por migración de padres hacia el extranjero.
- Ausencia de apoyo en actividades educativas y falta de adaptación a la educación a distancia.
- Adicción a Internet
- Problemas o conflictos familiares o con su cuidador.
- Existencia de una cultura violenta como producto del entorno económico-social.

Todas estas situaciones tienen su origen en la débil aplicación de políticas públicas y la falta de proyectos educativos respecto a la salud mental de los que carecen las familias y la sociedad en general, que pueden estar marcadas por el sello de la desmotivación

y frustración. Asimismo, en estos tiempos del siglo XXI, en Venezuela la mayoría de los especialistas coinciden en señalar que casi la mitad de los padres manifiestan tener escasa preparación para abordar esta problemática.

Por otra parte, las insuficientes políticas de Estado a nivel social, educativo y familiar relacionadas con la promoción de la salud mental y prevención de la violencia en la adolescencia, aunado al incumplimiento de las ya existentes, ha incrementado la falta de regulación del sector privado y la profunda crisis de las obras sociales, que han restringido su cobertura. Esto ocasiona patologías graves en el sector público, que aunado al creciente desfinanciamiento que enfrentan, genera una complejidad cada vez mayor para las familias y los problemas de salud mental en la adolescencia.

Esto conlleva a que se produzcan importantes modificaciones en las estrategias de cuidado de la salud mental en los adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar en hogares venezolanos, los cuales se deben resolver individualmente. Lo planteado, es que tal situación no constituye una preocupación central en la agenda política, permaneciendo alejadas de las prioridades gubernamentales, dándoles características específicas de estigmatización y exclusión.

Generalmente, la VI encubre a un niño o a una niña y/o adolescente maltratado. Tanto es así, que el Observatorio de la Infancia²³, a partir del año 2006, reconoció este tipo de violencia como un factor predictor de violencia hacia los menores. En tal sentido, algunos expertos refieren que el término "exposición", se ha definido comunmente como ver o escuchar la violencia²³.

En la actualidad, segunda década del siglo XXI, algunas madres refieren que las consecuencias posteriores al incidente también suponen un efecto traumático en los niños y adolescentes. Así mismo, se pone de manifiesto que no existe una definición estandarizada, ya que es complicado discernir qué se considera exposición a violencia y que no. En este sentido Holden²² expresa, que una taxonomía sobre exposición infantojuvenil con respecto a este tema, va más allá de un constructo dicotómico, es un fenómeno complejo que se subdivide en diferentes categorías, que incluye desde la implicación activa en el conflicto violento hasta su desconocimiento. Estas categorías son:

1. Exposición prenatal: efectos reales o imaginarios de la violencia doméstica en el desarrollo del feto.
2. Intervenciones: el niño trata de parar la agresión de manera física o verbal, tratando de defender a su madre o pidiendo que paren.

3. Victimización: el niño es física o verbalmente agredido durante un incidente de manera intencional o es dañado de manera accidental por un objeto lanzado.

4. Participación: el niño es obligado a participar o se une "voluntariamente", es coaccionado para participar o es utilizado como un espía de la madre.

5. Testigo visual: el niño observa directamente el asalto, observa la agresión o está presente y escucha la agresión verbal.

6. Testigo auditivo: el niño o adolescente, no está presente, pero escucha la agresión, escucha gritos, amenazas o rotura de objetos.

7. Observa los efectos iniciales: el menor observa alguna de las consecuencias inmediatas de la agresión, ve heridas o ve a la policía, una ambulancia o los daños materiales.

8. Experimenta las consecuencias: el niño o adolescente, experimenta cambios en su vida, como consecuencia de la agresión, experimentando la depresión materna, la separación del padre, el cambio de residencia, entre otros.

9. Escucha conversaciones o le cuentan sobre la agresión; adquiere conocimiento de la situación a través de la madre, un hermano, un familiar u otra persona.

10. El niño o adolescente, no tiene conocimiento del asalto. La agresión ha ocurrido cuando no estaba presente en el hogar o cuando la madre pensaba que estaba dormido.

Se mencionan entre los tipos de agresión:

- Exposición a violencia doméstica durante el embarazo: Este periodo se ha reconocido como de alto riesgo para sufrir abuso. El feto podría ser un objetivo directo de la agresión o indirecto.
- Implicación infantil en la violencia: Estas intervenciones pueden variar desde llamar a la policía hasta involucrarse físicamente para proteger a la madre. En esta violencia, se encuentran tres formas claras de implicación:

1. El niño o adolescente como parte de los eventos precipitantes.
2. El niño o adolescente pide ayuda o intervino físicamente en el suceso violento.

3. Implicación física por parte del niño o adolescente (incluyendo las situaciones donde es herido, con independencia de la intencionalidad).

- Victimización: Otra manera de involucrarse en la agresión se produce cuando el niño o adolescente se convierte además en víctima, bien de forma accidental o intencionada. En muchas ocasiones, las agresiones al niño se emplean como una manera de atemorizar y amenazar a la madre. Finalmente, el niño o adolescente puede verse involucrado en la agresión mediante la participación en la misma, en muchas ocasiones porque es coaccionado por el padre.

- Testigo visual del abuso: Cuando el niño se encuentra en otra habitación o en la cama en el momento del asalto, puede escuchar la agresión, llantos, los objetos que se rompen, entre otros.

- Escuchar la violencia: Este tipo de exposición puede darse cuando el niño o adolescente está en otra habitación, pudiendo escuchar gritos, objetos que se rompen, llantos o llamadas de auxilio.

- Vivencia de las consecuencias del abuso: inicialmente pueden continuar varios días y pueden suponer la necesidad de acudir a servicios de emergencia; a largo plazo puede implicar el desplazamiento a un centro de acogida o a un nuevo hogar, o vivir los problemas psicológicos de las madres.

- Adquiera conocimiento de ella a través de conversaciones que escuche. En este sentido, es importante lo que el niño oiga, ya que de ello dependerán los posibles sentimientos de culpa y responsabilidad, lo que puede provocar problemas de ajuste posteriores. La cuestión más importante es hasta qué punto los tipos de exposición propuestos pueden ser útiles a la hora de comprender las reacciones y consecuencias de los niños ante la violencia interparental.

Estos planteamientos permiten valorar la exposición a la VI, desde una visión más amplia, incluyendo aquellas formas de exposición, que quedaban excluidas en algunas definiciones y que pudieran influir a la hora de evaluar el efecto de la exposición a este tipo de violencia. En este sentido, las consecuencias de la exposición a la VI, pueden ser mayores si se producen durante la etapa de la adolescencia, dado que afecta directamente la fase en la que el menor está evolucionando, perjudicando las siguientes áreas del desarrollo.

Desde esta perspectiva el estrés sufrido por el menor puede manifestarse en forma de irritabilidad, comportamientos regresivos, problemas de sueño,

distrés emocional o miedo a quedarse solo, no desarrollan apego seguro por lo que su estilo relacional es evitativo, debido a la falta de confianza en las relaciones íntimas.

Autores como Woolfolk²¹, encuentran que la exposición a la violencia doméstica es el mejor predictor para el comportamiento abusivo de los adolescentes varones, así como para la victimización de adolescentes (de ambos sexos) en sus relaciones íntimas.

En este orden de ideas, en el adolescente también lo pueden acompañar sentimientos de rabia hacia su padre (agresor) o hacia su madre (por no impedirlo). Así mismo, dadas las condiciones pueden adoptar un rol de cuidadores de sus madres o hermanos, lo que puede generar un estrés muy elevado.

CONSIDERACIONES FINALES

El hecho de que un escenario sano para un adolescente, se convierta en un factor estratégico para el goce de buena salud mental, evidencia la importancia de este tema. Al respecto, Kieling²⁴ afirma que *"la dinámica interna correspondiente a la salud mental de los adolescentes en la sociedad actual, se ha investigado en menor medida a pesar de la necesidad en el ámbito educativo y familiar, principalmente, sobre todo en aquellos países de bajos y de medianos recursos, donde habitan el 90% de esta población a nivel mundial"*.

En Venezuela y en Latinoamérica, la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes se percibe como un problema social, siendo preocupante para todos, por cuanto el mismo es producido por múltiples aspectos interactuantes; es decir, que proviene de diferentes factores, entre los cuales se presenta de manera predominante la familia, tal y como lo expone Perdomo, Trapani y Serrano²⁵, al señalar que *"el setenta por ciento (70%) de la violencia contra la niñez y la adolescencia ocurre en el entorno familiar, además de que los padres y madres en muchas ocasiones guardan silencio si el responsable de la violencia es el cónyuge u otro miembro de la familia"*, pudiéndose considerar ésta como una de sus causas principales y entre otras, la creencia de los padres que así como ellos fueron castigados, sus hijos deben serlo para que se formen bien.

En la mayoría de las culturas, la gente esconde el problema de la violencia intrafamiliar. Esto significa que poco se conoce sobre el nivel de violencia que afecta a las familias. El maltrato intrafamiliar ha atraído cada vez más la atención de los servicios de salud y de la salud mental; no obstante, rara vez es incluido en los programas

de la comunidad para la salud y educación. Sin embargo, la mayoría de los casos incluso, ni se denuncian. Esto significa que los que cometen la violencia no se hacen responsables de sus acciones y no comprenden que han cometido un delito.

Tales planteamientos son perfectamente aplicables a la importancia de estudiar la VI, porque ésta se ha ido transformando en un problema primordial de salud pública a lo largo del siglo XX y comienzo del siglo XXI, no solo en Venezuela sino también en Latinoamérica.

Este análisis inicial se constituye en una aproximación teórica, en cuanto se profundiza en la salud mental del adolescente, con el propósito de iniciar un proceso de revisión y adecuación a este cuidado, considerando las exigencias de la sociedad de los nuevos tiempos, teniendo la posibilidad de una perspectiva más completa de este problema de salud. De igual forma, constituye un aporte significativo al conocimiento para los modelos de políticas públicas y de salud.

La prevención de la VI, en tanto fenómeno social que actúa como agravante de las desigualdades en materia de salud y de seguridad ciudadana, debe ser considerada al momento de implementar políticas públicas y sociales que impacten en la población, creando estrategias y planes transversales sostenibles.

Este contexto pretende orientar a los docentes, especialistas y padres, para generar un cambio en su proceso de formación y hacer una labor investigativa, por cuanto al argumentar la realidad de la salud mental en un escenario de estudio, se pueden iniciar procesos de reflexión y transformación en la acción.

Científicamente, tratamos de enriquecer el sistema de información documentada para contribuir al desarrollo de conocimientos en el área educativa, familiar y psicológica. Así mismo, la renovación de saberes en nuevos escenarios, impulsará nuevas reflexiones y la activación de diálogos necesarios en contextos

relacionados al ámbito del cuidado de la salud mental en los adolescentes víctimas de la violencia intrafamiliar.

Igualmente, instamos a los profesionales en el área, a asumir nuevos desafíos, donde el pensamiento anclado en la disciplina pueda generar encuentros con otras, para combinar el saber, el ser y el convivir, pudiendo dar origen a nuevos diálogos epistemológicos ante la necesidad del cuidado de la salud mental en los adolescentes.

Frente a estos planteamientos, lo ideal sería lograr la transformación de la violencia de los niños hacia el logro de una buena salud mental, requiriendo de un conjunto de acciones encaminadas a un tipo de intervención sociocrítica intencionada, a fin de facilitar en las personas, la puesta en práctica de acciones eficaces para el mejoramiento de las condiciones de vida. Aportar a la cultura de construcción de paz y la prevención de la violencia mediante la sensibilización, la formación, la organización de voluntarios y el trabajo en conjunto con los organismos de seguridad ciudadana, es un aspecto fundamental para atender la problemática de la violencia hacia los menores.

Lo anterior permite reconocer que son varios los retos que se deben abordar desde la familia y la escuela para efectos de que puedan contribuir a la formación para el ejercicio de la vida social, de la convivencia pacífica basadas en el respeto de la dignidad humana.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Papalia D. Desarrollo Humano. México:Mc Graw Hill Education; 2016.
- 2) Steinberg L. Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. México: Mc Graw Hill Education; 2016.
- 3) Owens R. Desarrollo del Lenguaje. EEUU: Pearson; 2019.
- 4) Organización de las Naciones Unidas para la cultura la Ciencias y la Educación (UNESCO). La Educación Infantojuvenil, un Derecho. 2023.Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000212715_spa
- 5) Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa. Porque la salud mental debe ser prioridad. Modelo de la OMS como orientador en la salud. 2022. Disponible en: www.who.int/mrntalhealth/evidence/Prevention_of_mental_disorders_Spanish
- 6) Murcia O. Psicología Social. Barcelona: Paidós; 2008.
- 7) López N. Desafíos de la Educación Secundaria en América latina. Organización de las Naciones Unidas para la Educación. 2019. Disponible en: www.convivenciaescolar.org.mx/index.php/masinformacion/ligas/internacionales.
- 8) Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y del Adolescente. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.859 (Extraordinaria); 10 de diciembre de 2007.
- 9) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). La Educación Infantil un Derecho. 2015. Disponible en: www2.compromisoeducativo.edu.uy/sitio/wp.../Educacion_derechos_participacion.pdf.
- 10) Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Comunicado de prensa. Para cada infancia. "Every Child, Every Right". 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/>
- 11) Hurlock D. Desarrollo del niño. 5ª ED. Vol. 2. México: Pearson; 2015.
- 12) Moles J. Desde la Psicología Clínica. Caracas:CIPPSV; 2012.
- 13) Fusco P, Fantuzzo B. Reconceptualizando la violencia intrafamiliar a través de la teoría de los organismos ficticios. Journal of Family Violence; 2018:543-552.
- 14) INFORME 21.COM. Comunidad andina: Situación actual de la información y análisis sobre los retos y proyectos de la comunidad andina. Disponible en: <https://comunidadandina.org/>.
- 15) Centro de Comunicación y Desarrollo Andino CECODAP. 2Informe Somos Noticia; 2021; Observatorio Venezolano de Violencia y la Red de Derechos Humanos de Niños Niñas y Adolescentes. 2019. Disponible en: <https://www.cecodap.org.ve/>
- 16) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI, 2020. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y la Oficina del procurador de la Defensa del Pueblo (ODDP). Disponible en: <https://www.gob.pe/inei/>
- 17) Bandura A. Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. España:Universidad, 1998.
- 18) Jaffe P G, Wolfe D, Wilson S K. Children of battered woman. EE.UU 1990, p. 2002-4242
- 19) Turner H, y Kopiec K. Exposure to interparental conflict and psychological disorder among adults. Journal of Family Issues. 2006; 27: 131-158.
- 20) Rossman B R, Hughes H M y Rosenberg M. S. Children an interparental violence: The impact of exposure. Philadelphia, MS: Brunner/Mazel. Against Women. EE.UU; 2000 (19): 89-106.
- 21) Woolfolk A. Psicología Educativa. Mexico:Pearson; 2012, p. 215.
- 22) Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. Clinical Child and Family Psychological Review; 2003 (6): 151-160.
- 23) Vélez de la Calle C, Mesa Moreno J H. El Observatorio de infancia, juventud y familia para América Latina y Centro América, un proyecto necesario de participación y consulta en la actualización de la educación inicial. Sapiens Revista Universitaria de Investigación. Año 5, N° 2. 2004
- 24) Kieling V. Coercion, health, intimacy and self-determination as outcome measures for adolescent mental health. Journal of Mental Health; 2017 (26): 5.
- 25) Perdomo G, Trapani C, y Serrano C. Violencia en la Crianza: consideraciones sociales y jurídicas. Universidad Simón Bolívar, Venezuela. Revista Pensamiento Propio. 2010 (14): 85-107.

INSERCIÓN SOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES A SISTEMAS SOCIALES SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOEDUCATIVA. NO A LOS DESTEJIDOS SOCIALES.

SOCIAL INSERTION OF BOYS, GIRLS AND ADOLESCENTS INTO HEALTHY SOCIAL SYSTEMS FROM A SOCIO-EDUCATIONAL PERSPECTIVE. NO TO SOCIAL UNWEAVES.

Daisy Coromoto Meza Palma¹, Darley Jhosue Burgos Angulo¹, Ronald Feraud Cañizares¹, Paola Anabel Hurtado Jiménez¹.

ABSTRACT

Understanding the need for social insertion of children and adolescents into healthy social systems from a socio-educational perspective invites us to undertake the approach of strategies at different levels supported by epistemic and socio-educational visions that allow for responses to the logic of new times, especially all when it comes to eradicating the disruptive behaviors of this sector of the population in countries like Ecuador and Venezuela, which are the result of worn-out social fabrics that favor all forms of social apartheid. Hence the need to consider the objective of proposing socio-educational strategies to promote the social insertion of children and adolescents into socially healthy systems in two countries such as Ecuador and Venezuela. This will be done by reviewing previous studies on the topic, under a trans-complex epistemological vision, trans-disciplinary paradigm, trans-complex integrative approach and trans-methodical-qualitative method with a total of 30 study subjects and a record of information based on interviews of focused questions to then categorize testimonies of the informants and carry out theorization of the same. In which the requirements for the construction of a new citizenship are reflected as findings.

KEY WORDS: social insertion, social systems healthy, socioeducational perspective, girls, boy and adolescents.

RESUMEN

Entender la necesidad de inserción social de niños niñas y adolescentes a sistemas sociales saludables desde la perspectiva socioeducativa, invita a asumir el abordaje de estrategias de distintos niveles, sustentadas en visiones epistémicas y socio educativas que permitan dar respuestas a las lógicas de los nuevos tiempos, sobre todo cuando se trata de erradicar los comportamientos disruptivos de este sector de la población en países como Ecuador y Venezuela, que son el resultado de tejidos sociales desgastados que favorecen todas las formas de apartheid social. De, aquí la necesidad de plantearse como objetivo, proponer estrategias socioeducativas para el impulso de la inserción social de niños, niñas y adolescentes a sistemas socialmente saludables en estos dos países como Ecuador y Venezuela. A tales efectos, se realizó una investigación, mediante la revisión de estudios previos sobre el tema y teorías fundamentadas, bajo una visión epistemológica transcompleja, paradigma transdisciplinar, enfoque integrador transcomplejo y método cualitativo transmetódico, con un total de 30 sujetos de estudio y un registro de información basado en entrevistas de preguntas enfocadas, para luego categorizar testimonios de los informantes y realizar la teorización de los mismos, en el que se reflejan como hallazgos, los requerimientos para la construcción de una nueva ciudadanía.

PALABRAS CLAVE: inserción social, sistemas sociales saludables, perspectiva socioeducativa, niños, niñas y adolescentes.

Recibido: 10 de marzo de 2024 Aceptado: 20 de abril de 2024

A MANERA DE INTRODUCCIÓN:

¿Y por qué los destejidos sociales?

Ante los destejidos de hoy y las complejidades de todo orden que ello implica, se requieren estrategias de distintos niveles, desde visiones epistemológicas y socioeducativas pertinentes a los nuevos tiempos, que impulsen la formación de nuevos perfiles de ciudadanía, edificados a partir de los primeros ciclos de vida ciudadana (niños, niñas y adolescentes). Esta realidad no es sólo en Ecuador, en la ciudad de Guayaquil, y en territorios venezolanos, sino de todo el globo terráqueo,

¹Universidad de Guayaquil. Facultad de Educación Física, Deportes y Recreación. Guayaquil, Ecuador.

Daisy Coromoto Meza Palma. **ORCID:** 0000-0002-4423-9940
Darley Jhosue Burgos Angulo. **ORCID:** 0000-0002-9971-0197
Ronald Feraud Cañizares. **ORCID:** 0000-0001-7894-4691
Paola A. Hurtado Jiménez. **ORCID:** 0000-0009-0005-6071-902X

Correspondencia: daisy.mezap@ug.edu.ec

en el cual: *"Los niños, niñas y adolescentes que presentan comportamientos disruptivos, son el resultado de espacios de familias y sociedades, pocos favorecedores para su desarrollo socioemocional"*¹. Es así como, no sólo las realidades de los países mencionados, sino América Latina toda, se constituye en escenarios abiertos a los destejidos sociales dados por la aplicación de modelos socioeconómicos desgastados, impregnados de tecnologías pero cargados de deshumanización.

Dichos destejidos están caracterizados por una sociedad en descomposición, signada por todas las formas y modalidades de violencia, apartheid social, falta de oportunidades, imposibilidad adquisitiva de lo básico para la vida, impulso de los medios de comunicación de masas y redes sociales a competir, más que a formarse, sobre estimación a la cultura de influencer y tik tokers y subestimación a la formación basada en estudios académicos y profesionalizantes, estímulo a la cosificación e hipersexualización del cuerpo en niños, niñas y adolescentes, la pedofilia y la misoginia, las prácticas de aporofobia, el incremento cada vez más de hogares con padres y madres abusivos y sin responsabilidad afectiva, así como las prácticas de incorporación de niños, niñas y adolescentes a espacios de violencia. A esto se suma, que cada día son mayores las réplicas e implementación de modelos educativos y socioculturales que favorecen las segmentaciones sociales, económicas, culturales, étnicas, educativas y de salud que invisibilizan las necesidades reales de cada fisionomía, propia de espacios culturales con requerimientos específicos.

El resultado de tales destejidos sociales, se materializan en: *"Una población de niños, niñas y adolescentes con oportunidades de desarrollo disminuidas en un 70%, con contextos distorsionados de la realidad, expuestos a la vulneración de sus derechos humanos y sociales, con imaginarios colectivos y representaciones sociales que impulsan la competencia y la imitación de modelos delincuenciales, más que el culto al estudio y al desarrollo del pensamiento creativo"*², logrando que con las prácticas de violencia se *"naturalice lo patológico y se patologice lo saludable y lo natural"*³.

De tal manera que los destejidos sociales que ingresan al mundo con el siglo XXI, han propiciado la necesidad de: *"Generar estrategias de abordaje de tal situación, desde una perspectiva integral, que den paso a nuevas opciones filosóficas, psicológicas, epistemológicas y pedagógicas que impulsen otros modelos de formación en niños, niñas y adolescentes y de familias"*⁴.

Ahora bien, no es suficiente el abordaje de estas visiones si no se cambian los modelos de familias en descomposición, ni de institucionalidades sin compromiso social, pues la ciudadanía es el resultado de la yuxtaposición de estas estructuras que responden a las políticas de Estado. Construir nuevos tejidos socioeducativos para la inserción de niños, niñas y adolescentes a sociedades saludables implica primero, **construir sociedades saludables**, lo cual se cruza por Reformas del Estado, de las instituciones y las legislaciones e inclusive, por nuevos modelos de familias que se centren en darle importancia a la condición humana de los hijos e hijas en edades de formación, más que en exigencias de estereotipos culturales y sociales desde lo efímero.

Vale destacar además, cómo el papel de la escuela y de los diferentes niveles educativos es fundamental pero no suficiente, pues una escuela descompuesta, es el reflejo de muchas familias descompuestas, por tratos de vulneración a los derechos humanos y sociales y por ende, de un país en emergencia, precisa una: *"Sociología de las ausencias y de las emergencias"*⁵.

No es posible, así, la inserción de la población perteneciente al ciclo de vida de los niños, niñas y adolescentes a sistemas sociales saludables, frente a las brechas sociales abismales a las que se hace referencia, como son las brechas de pobreza, la imposibilidad de acceso a la educación, imposibilidad económica para insertarse a las estructuras sociales avanzadas y superar todo tipo de desigualdades en las oportunidades, en un contexto de modelos financieros de Estado de grandes complejidades e inequidades, indistintamente de los modelos sociopolíticos que los acompañen, sumando a ello, imaginarios colectivos y representaciones sociales que no responden a las necesidades reales existentes.

Ante tales contradicciones de todo orden no resueltas, que enfrenta la población correspondiente a este ciclo de vida, contradicciones que llevan siglos históricos sin resolverse, pese a infinidad de teorías científicas y sociales, para ello cada vez más especialistas y personas con estudios superiores que hablan del problema desde los escritorios y lejos del contacto directo con las realidades, el disminuir las segmentaciones sociales y de vulnerabilidad para este sector de la población, se hace urgente e impostergable. Surge de esta manera, como un requerimiento que se agudiza, el desarrollo de alianzas

estratégicas que impulsen el empoderamiento de competencias sociales, genéricas, específicas, socioeducativas, de cultura física y desarrollo socioemocional para el fortalecimiento de una nueva visión de cultura ciudadana.

Para lograr dichas alianzas estratégicas, se hace necesario: *"El trabajo desde criterios de intervención transectorial que cruce institucionalidades como la familia, la escuela y el estado"*⁶. De aquí la justificación e importancia de este estudio, dado que los sistemas de atención al sector vulnerable que se aborda, así lo requieren.

Este estudio constituye un avance más en la revisión que se viene haciendo desde hace más de 5 años, acerca del tema, desde las dimensiones de salud, pedagogía, cultura y sistemas socioeducativos para niños, niñas y adolescentes de sectores vulnerables de dos países como Ecuador y Venezuela que forman parte de la realidad Latinoamericana, para lo cual se planteó como objetivo: proponer estrategias socioeducativas para el impulso de la inserción social de niños, niñas y adolescentes a sistemas socialmente saludables en estos dos países casos de estudio.

Para alcanzar la dimensión de este objetivo se abordaron tres objetivos específicos: 1) Caracterizar los elementos descriptivos de la realidad socioeducativa y cultural que presentan los niños, niñas y adolescentes de las zonas vulnerables de Guayaquil y la zona central de Venezuela, utilizando para ello, los referentes diagnósticos que se recogieron en un conjunto de 30 entrevistas realizadas a padres y madres de niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de sus derechos, de dos ciudades de cada país en estudio, (Guayaquil, Ecuador y Maracay, Venezuela). 2. Analizar las causas que explican los procesos de destejidos socioculturales que desfavorecen la inserción de niños niñas y adolescentes a los procesos que determinan a una sociedad saludable. 3. Diseñar alternativas operativas que contribuyan al desarrollo de culturas socioeducativas saludables.

El estudio fue estructurado desde la modalidad de Ensayo, de la siguiente forma: A manera de Introducción: ¿Y por qué los destejidos sociales?; Un Andamiaje de Estudios Previos sobre el Tema; Transitando por Teorías Fundamentadas para Comprender la Discusión; Epistemometodología; Visión epistemológica, paradigma, enfoque, métodos, sujetos informantes, registros de información, categorización de testimonios; Hallazgos; Reflexiones de cierre.

Un Andamiaje de Estudios Previos sobre el Tema:

Se abordaron los estudios de autores con publicaciones que constituyen un referente a considerar en la investigación, tales como: El Patriarcado, ideología promotora de procesos comunicacionales imposibilitadores de la formación de topoís, en la cual se presentan los tejidos comunicacionales que han impulsado espacios de construcción de violencia, en todas sus manifestaciones⁷ y que han impedido la construcción de ciudadanía topoica o socialmente saludable. Espiritualidad y Emocionalidad. Dos Rostros para un Nuevo Camino de Integración Latinoamericana⁸. En este texto se plantean los referentes de un caos social del siglo XXI y la necesidad de una búsqueda de sociedades ideales. Caos, que en el contexto latinoamericano, no solo están descomponiendo a la ciudadanía que nace y crece sino a la misma Pachamama, ante lo cual urge accionar más allá de la lógica de lo pragmático hacia la referencialidad de la espiritualidad.

Danza Teórica. Hacia la Resignificación de una Nueva Simbología Mandálica para erradicar prácticas violentas ocultas en Niños y Niñas de formación inicial¹. En esta investigación se devela, la realidad vivida por niños y niñas con padres y madres violentos y privados de libertad en un estudio comparativo de países latinoamericanos y cómo, desde el abordaje de estrategias mandagramáticas como herramienta sanadora del inconsciente colectivo, se hace posible la prevención y erradicación de comportamientos disruptivos.

Reconfiguración de lo valórico y la personalidad desde la teoría del eneagrama⁹. En esta investigación se plantean los eneatis de personalidades humanas y cómo desde el conocimiento de este referente, se pueden estudiar y comprender los comportamientos sociales, así como las pasiones y virtudes de un sujeto, que permitan su autocontrol y autorregulación. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo- socio cultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en Latinoamérica². En esta investigación, la cual es el resultado de un recorrido de muchos años de revisión de la realidad de los observatorios de violencia, se precisan las diferentes causales y teorías que fundamentan en los jóvenes de América latina está patología social.

Transitando por Teorías Fundamentadas para Comprender la Discusión.

Entre las teorías consolidadas que respaldan este Ensayo, tomadas de los estudios realizados por Terán², se precisan las siguientes:

Lombroso C. (1876)¹⁰. Teorías Psicobiológicas de la violencia en niños y adolescentes. La escuela positivista italiana. Rowe D. y cols (1989)¹¹. Teorías Genéticas. Larruuri E. (2000)¹². Teorías sociológicas de la Socialización deficiente. Glueck S. (1950).¹³. Teoría de Efectos Criminógenos de Hogares Rotos. Cohen A.¹⁴. Teoría de la Subculturas. Cloward R.¹⁵. Teoría de la Desigualdad de Oportunidades. Agnew R.¹⁶. Teoría de la Tensión o Frustración. Hirschi¹⁷. Teoría del Control y Arraigo Social. Lermont E.¹⁸. Teoría del Etiquetado o de la Reacción Social. LACSO¹⁹. Teorías Integracionistas para la Interpretación de la Violencia en América Latina. Wilber K.²⁰. Teorías Emergentes. El paradigma Holónico. Balza A.²¹. Teoría de la Pedagogía de lo Valoral. Pangrazzi A.²². Teoría del Eneagrama. Barrera M.³². Modelos de Familia. Liendo K y Meza D⁷. De la Filosofía de lo Invisible a la Filosofía de lo Posible. Meza D. y Roa I.¹¹. Simbología Mandálica Transcompleja. Estrategias Sanadoras y Transformadoras de la Convivencia Ciudadana en Niños y Niñas. Meza F²⁵. Representaciones Simbólicas. De Souza Santos B²⁶. Sociología de las Ausencias. De Sousa Santos B²⁷. Sociología de las Emergencias.

A partir de este transitar presentamos una síntesis explicativa de algunas de las teorías que fundamentan la investigación.

1. Teorías Biopsicológicas Genéticas: *"Desde ella se explican los comportamientos criminales en función de anomalías o disfunciones orgánicas que son factores endógenos o internos del individuo"*². Se parte así, de esta perspectiva explicativa, para analizar cualquier comportamiento delincuencial y disruptivo en niños, niñas y adolescentes y se hace preciso, revisar la predisposición genética, así como su historia de vida familiar, de manera que pueda obtenerse una visión más completa y compleja, en cuanto a los destejidos sociales causantes y causados por estos comportamientos.

2. Teoría del Etiquetado o de la Reacción Social. *"Esta teoría se basa en un sistema de justicia social juvenil, causante del problema de la delincuencia y el destejido social"*².

3. Teoría Sociológica: En esta teoría: *"Se contempla la delincuencia y toda forma generadora de destejido social como un fenómeno social con distintos enfoques"*². De ella se derivan algunas explicaciones, tales como: *La Teoría de la Socialización Deficiente, la cual consiste en "procesos deficientes de socialización que se construyen en la infancia, bien sea por imitación de comportamientos o asociaciones a grupos o subculturas delinCUenciales"*².

4. Teoría de los Efectos Criminógenos de los Hogares Rotos: En esta teoría se asume que 60% de los sujetos destejedores sociales, provienen de hogares desestructurados, *"esta categoría delinCUencial en niños y adolescentes, está asociada a hogares con abandono de padres y madres"*².

5. Teoría de las Subculturas: En esta teoría, se hace referencia a *"la incidencia para delinCUir en niños y adolescentes, dada por no tener acceso a integrarse a un sistema de valores y normas sostenidas en el favorecimiento de oportunidades"*².

6. Teoría de la Desigualdad de Oportunidades: Esta teoría surge en *"comunidades deprimidas y sin oportunidades en las que todas las formas de destejidos social, aparecen como algo estable e institucionalizado"*².

7. Teoría del Control y Arraigo Social: Según esta teoría, *"la sociedad se esfuerza en presionar a sus miembros con modelos de conformidad, utilizando para ello el control social"*². Para esta teoría, la delincuencia juvenil se produce, cuando los vínculos que nos unen a la sociedad se rompen o se debilitan.

8. Teoría del Etiquetado o de la Reacción Social: Esta teoría se basa en *"un sistema de justicia social juvenil, causante del problema de la delincuencia y el destejido social"*².

9. Teoría del Modelo Sociológico para la Interpretación de la Violencia en Latinoamérica:

Este modelo planteado por el Laboratorio de Ciencias Sociales LACSO, propone *"los observatorios de violencia para generar alternativas para su prevención y erradicación"*².

10. Teorías Emergentes: En estas teorías figura *"la episteme de la transcomplejidad desde la cual se instituye como principio epistémico para cualquier avance científico y social, la complementariedad, la sinérgica relacional, la dialógica recursiva, reflexividad profunda, integralidad y la síntesis epistemológica dialógica"*².

11. Teoría Holónica: Esta teoría, inspirada por Wilber, se define como *"la ciencia de lo entero, y está orientada al estudio de los sistemas totales"*². Su gran aporte, es que logra vincular la ciencia a lo espiritual. Se asocia con lo holístico porque vincula lo intuitivo, racional, científico y artístico. De aquí su gran valor para edificar desde ella, alternativas para la prevención y erradicación

de la violencia y, la construcción de cultura ciudadana saludable en niños, niñas y adolescentes.

12. Teoría de la Resiliencia: Desde esta teoría, se presenta una oportunidad para *"desarrollar habilidades y capacidades para emplear mecanismos de adaptación y recomposición frente a las adversidades, bajo sistemas de protección y equilibrio ante los riesgos"*¹².

13. Teoría de la Pedagogía de lo Valoral: Se plantea desde ella, *"una propuesta teórica que impulsa el respeto a lo plural, a partir de una sociedad abierta, que asume el reto de educar desde la condición humana"*².

EPISTEMOMETODOLOGÍA

La investigación se sustentó en: la visión epistemológica de la Transcomplejidad, entendida como: *"La alternativa epistemológica a partir de la cual se estudia el excurso del discurso de una realidad en el marco de sus complejidades presentes, a partir de una perspectiva inacabada y flexible, utilizando los principios de integralidad, complementariedad, síntesis epistemológica dialógica y transdisciplinariedad"*²⁵. El propósito de esta visión es abordar problemas desde una perspectiva emergente y dialógica para dar respuestas a problemas humanos y sociales inherentes a la ciencia.

Paradigma Transdisciplinar, el cual implica: *"Un encuentro o migración de saberes que no se juxtaponen entre sí, se complementan y buscan respuestas en el saber de lo cotidiano para generar nuevas teorías"*²⁹.

De aquí la pertinencia de este paradigma para el abordaje del estudio, dada la necesidad de dar explicaciones de los destejidos sociales y la necesidad de insertar a los niños, niñas y adolescentes a modelos sociales saludables desde explicaciones aportadas por el saber sociológico, epistemológico, psicológico, genético, histórico, de salud social y colectiva, el saber pedagógico y el saber del cotidiano vivir.

Enfoque Integrador Transcomplejo, mediante el cual se busca dar respuesta desde lo transmetódico a problemas de alto nivel de complejidad.

Método Transmetódico cualitativo, mediante el cual se imbrican métodos que aun teniendo propósitos distintos, poseen puntos de coincidencia y se abordan desde los testimonios de informantes sujetos de estudio, en el cual el testimonio, sustituye al dato numérico, teniendo la misma validez científica. En el caso de estudio, se vincularon los métodos de análisis de contenidos, mediante el cual se realizó un análisis desde las técnicas

de descripción, contraste y triangulación de los testimonios de informantes clave. Este método tiene puntos de coincidencia con el método hermenéutico, dado el carácter interpretativo de los mismos y se vincula con los relatos de vida, debido a que desde estos *"Se expresan los testimonios de experiencias vividas"*³⁰.

Sujetos de Estudio o Grupo Humano:

Se abordó este estudio con 30 madres y padres de niños, niñas y adolescentes de dos realidades sociales de Venezuela y Ecuador, pertenecientes a zonas vulnerables, con necesidades de inserción a espacios sociales saludables, utilizando para ello, un muestreo no probabilístico, el cual: *"Depende de la naturaleza del estudio, los objetivos de la investigación y los intereses de quién investiga"*³¹. Vale destacar que en este tipo de muestreo, el dato numérico y estadístico no es significativo y es una modalidad propicia para estudios de carácter cualitativos y mixtos. De aquí su pertinencia con la investigación en desarrollo.

Registros de Información. Se abordó esta investigación, utilizando entrevistas de preguntas enfocadas, las cuales son definidas como: *"Aquellas que permiten realizar preguntas de opinión direccionadas para evitar dispersión en la Información"*³⁰. Dichas entrevistas, estuvieron constituidas por 9 categorías y 9 preguntas enfocadas.

Para la categorización de Testimonios, se elaboró una matriz síntesis de doble entrada en la cual se vaciaron los testimonios de los 30 informantes clave, identificados con los números del 1 al 30, 15 ecuatorianos y 15 venezolanos, integrados por padres y madres de niños, niñas y adolescentes según categoría encontrada en las respuestas a las entrevistas realizadas, precisando en ella los resultados de las técnicas aplicadas de descripción, saturación, contraste y triangulación, procedimiento aplicado a cada categoría a estudiar.

Teorización de testimonios:

Este proceso se realizó posterior a desarrollar la categorización de las preguntas y respuestas, mediante una interpretación hermenéutica de los relatos de vida dados por los informantes, quienes constituyen un Etnos o grupo humano con las mismas creencias, valores y costumbres. Ahora bien, de los resultados de esta categorización de testimonios desarrollados desde los transmétodos en combinación con el análisis de contenidos, la hermenéutica, la etnografía y los relatos de vida, abordados desde las técnicas de descripción, saturación, contraste y triangulación se pudieron evidenciar los hallazgos.

Tabla 1. Síntesis de Matriz de Categorización de Testimonios de Informantes clave.

Categorías o preguntas	Testimonios de los informantes
Categoría: Comunidad o Sociedad Saludable. 1. ¿Qué entiende usted por una Comunidad o sociedad saludable?	1. Sociedad basada en el respeto. 2. Basada en diferencias. 3. Sociedad de pluralidades. Sociedad sin violencia. 4. Sociedad sin maltratos. 6. Comunidades respetuosas. 7. Comunidades sin maldad. Una sociedad libre. 8. Sociedades plurales. 9. Sociedades cultivadas. 10. Sociedad sin guerras. 11. Sociedad estudiada. 12. Con niños, niñas y adolescentes protegidos. 13. Sin armas. 14. De padres y madres responsables. Con niños estudiando y protegidos no trabajando. 15. Sin niños en la calle. Sin abuso infantil. Sin maternidad precoz. 16. Con un Estado que atienda a los niños, niñas y adolescentes. Sin odios. 17. Sin segmentación social. Sin abusadores ni maltratadores de niños, niñas y adolescentes. 18. Sin pedófilos. 19. Con responsabilidad paterna. 20. Con madres y padres educados, estudiados y cultivados. 21. Con padres respetuosos. 22. Con instituciones educativas con compromiso social. 23. Con oportunidades de estudio para niños, niñas y adolescentes. 24. Con más escuelas y universidades y menos cárceles. 25. Con más oportunidades de desarrollo económico. 26. Con menos pobreza. 27. Con más gente culta. 28. Con niños, niñas y adolescentes viviendo sus edades. 29. Con más amor social. 30. Con respeto a las diferencias de todo tipo.
Categoría: Espacios de formación escolar. 2. ¿Qué tipo de espacio para la formación escolar de sus hijos desearía usted?	1. Espacios públicos y privados con seguridad y protección. 2. Con seguridad. 3. Sin riesgos. Con seguridad. 4. Sin violencia de ningún tipo. . Con maestros capacitados. Cultivados. 5. Sin riesgos. 6. Con seguridad. 7. Espacios seguros. 8. Sin riesgos. 9. Sin armas. 10. Con maestros educados. 11. Con maestros responsables. Con sistemas de atención emocional. 12. Con atención psicológica. 13. No respondió. 14. No respondió. 15. Espacios libres. 16. Con todo tipo de atención. 17. Sin miedos. 18. Seguros. 19. Seguros. 20. Sin armas. Sin persecuciones. 21. Sin violencia. 22. Sin riesgos. 23. Con buenos maestros. 24. Sin angustias. 25. Sin relajos. 26. protegidos. 27. De respeto. 28. de protección. 29. Sin armas. 30. Sin violencia.
Categoría: Condiciones de vida para el buen desarrollo de niños, niñas y adolescentes. 3. ¿Qué condiciones de vida aspiraría usted para el buen desarrollo de sus hijos e hijas?	1. Bienestar. 2. Salud. 3. Educación. 4. Deporte. 5. Recreación. 6. No violencia. 7. Sin odios. Sin guerras. 8. No respondió. 9. Libres. 10. Con bienestar. 11. Con salud emocional. 12. Con felicidad. 13. Sin guerras. 14. Sin armas. 15. Con respeto. 16. Sin miedos. 17. Sin maltratos. 18. Con entusiasmo por la vida. 19. Que hagan deportes. 20. Que practiquen el arte. 21. Que hagan danza. 22. Que sean respetados. 23. Educados. 24. Sin violencia. 25. Sin riesgos. 26. Sin odios. 27. No respondió. 28. Con buena educación. 29. Con alegría. 30. Sin violencia.
Categoría: Comportamientos. 4. ¿Qué tipo de comportamientos observa usted en sus hijos e hijas?	1. Miedo. 2. Ansiedad. 3. Conductas alteradas. 4. Inseguridad. Miedo. 5. Angustia. 6. Ansiedad. 7. No respondió. 8. No me he dado cuenta. 9. No tengo tiempo trabajo mucho 10. Miedo. 11. Inseguridad. 12. Poca alegría. 13. Peleas. 14. Desobediencia. 15. Necesidad de hacer deportes. 16. Le gustaría hacer danzas. 17. deseos de recreación. 18. Deseos de ir a parques y lugares bonitos. 19. Miedo. 20. Ansiedad. 21. Llanto. 22. Miedo. 23. No respondió. 24. No quiere estar solo. 25. Miedo. 26. Miedo. 27. Miedo. 28. Miedo. 29. Miedo. 30. Miedo.
Categoría: Maltrato Social en niños, niñas y adolescentes. 5. ¿Ha recibido algún maltrato social su hijo o hija?	Ninguno de los informantes quiso responder esta pregunta

Categoría: Tipos de Maltrato Social en Niños, Niñas y Adolescentes. 6. ¿De haber recibido algún tipo de maltrato social algún hijo o hija, qué tipo de maltrato fue y de quién?	Ninguno de los informantes respondió esta pregunta
Categoría: Formas de los Padres y Madres de Enfrentar el Maltrato. Social en Niños, Niñas y Adolescentes 7. ¿Cómo enfrentaría usted, un tipo de maltrato social hacia su hijo o hija?	Sólo respondieron tres informantes, el 7. 10 y 18. Las respuestas fueron: <i>Con la ley, denunciando, dándole puñetazos al que me lo maltrate.</i>
Categoría: Propuesta de Padres y Madres para el Fortalecimiento de la Educación de Niños, Niñas y Adolescentes. 8. ¿Qué propone usted cómo padre o madre para fortalecer la educación de sus hijos e hijas?	1. <i>Mejores maestros.</i> 2. <i>Más escuelas.</i> 3. <i>Hacer deportes. Participar en competencias deportivas.</i> 4. <i>Hacer danza.</i> 5. <i>Hacer vacaciones. Que estudien más.</i> Los otros 25 informantes, casos de estudio, no respondieron esta pregunta.
Categoría: Inserción de Niños, Niñas y Adolescentes a Espacios Educativos Saludables. 9. ¿De qué manera contribuiría usted para la inserción de sus hijos e hijas a espacios educativos saludables?	1. <i>No se qué es inserción.</i> 2. <i>No tengo idea.</i> 3. <i>Creo que con deportes.</i> 4. <i>Con más estudio.</i> 5. <i>Disciplinándolos.</i> Los otros 25 sujetos informantes no respondieron esta pregunta.

HALLAZGOS

Los hallazgos de esta investigación están sustentados en las teorías explicativas de los estudios realizados por Terán²:

1. Padres y madres sin claridad de horizonte hacia a dónde conducir el desarrollo de hijos e hijas en edad escolar y adolescentes. 2 Una población de padres y madres con requerimientos de recibir escuela para padres y madres. 3 Una sociedad en desgaste y destejidos sociales producto de distintos determinantes sociales. 4. Se observa desconocimiento de los padres y madres de los comportamientos de sus hijos e hijas, sin embargo, en el

discurso- excursio de estos, se observa un clamor por recibir apoyo de las instituciones para aportar una mejor crianza de los hijos e hijas en edades escolares y adolescentes. 5. Hay una constante en los discursos que indican que los niños, niñas y adolescentes a su cargo, tienen miedo, ansiedad y necesidad de protección. 6. Se observa desconocimiento de lo que implica el término de inserción social, sin embargo, hay un discurso en el que se aclama, protección, seguridad y apoyo 7. Hubo preguntas a las cuales algunos sujetos informantes no dieron respuestas, lo cual puede obedecer a: desconocimiento, poca claridad en el tema miedo a develar procesos para los cuales no están preparados o simplemente el querer ocultar información

o no saber cómo expresarla. 8. Se observa temor en los discursos de los padres y madres informantes. 9. Las respuestas de los informantes apuntan a la necesidad urgente de recibir apoyo de especialistas en áreas socioemocionales y socioeducativas que impulsen la construcción de ciudadanía saludable desde las primeras edades.

Se observó, igualmente, en los excursos revisados. 10. Presencia de teorías, ya citadas en párrafos anteriores, como: Teoría del Etiquetado o de la Reacción Social, la cual se basa en un sistema de justicia social juvenil, causante del problema de la delincuencia y el destejido social. Teorías Sociológicas : La Socialización Deficiente, la cual consiste en procesos deficientes de socialización que se construyen en la infancia, bien sea por imitación de comportamientos o asociaciones a grupos o subculturas delincuenciales. Teorías de los Efectos Criminógenos de los Hogares Rotos: Esta categoría delincencial en niños y adolescentes, está asociada a hogares con abandono de padres y madre. Teoría de las Subculturas. En esta teoría, se hace referencia a la incidencia para delinquir en niños y adolescentes, dada por el no tener acceso a integrarse a un sistema de valores y normas sostenidas en el favorecimiento de oportunidades. Teoría de la Desigualdad de Oportunidades. Esta teoría surge en comunidades deprimidas y sin oportunidades en las que todas las formas de destejidos social, aparecen como algo estable e institucionalizado. Teoría del Control y Arraigo Social. Para esta teoría, la delincuencia juvenil se produce, cuando los vínculos que nos unen a la sociedad se rompen o se debilitan. Teoría del Etiquetado o de la Reacción Social se basa en un sistema de justicia social juvenil, causante del problema de la delincuencia y el destejido social.

REFLEXIONES DE CIERRE

Una vez analizados los discursos-excursos de los testimonios de los informantes, se evidenció que tanto Ecuador como Venezuela, viven al igual que el resto de los países del mundo, hasta los más avanzados, distintas formas de destejidos sociales, en las cuales los niños, niñas y adolescentes, representan el sector de la población más vulnerable, vivido desde los abusos, distintas formas de maltrato, exclusión, segmentaciones sociales y todas formas de apartheid social. Es así como urge, no solo generar nuevos modelos pedagógicos sino formas y alternativas de abordaje cultural, familiar y comunicacional. Igualmente emprender sobre la pedagogía de lo Valoral, la formación de cultura topoica, la reconfiguración de modelos de familia, unos desgastados y otros desconfigurados.

Asimismo, es impostergable la búsqueda de otros modelos económicos y de Estado que conduzcan a la construcción de lo que Max Weber denomina sociedades de los grandes ideales, que no están tan distanciadas de lograr, pues existen países con formas de organización social menos segmentadas y de oportunidades. De lo que se trata es de colocar a los niños, niñas y adolescentes, como población meta para el fortalecimiento de sociedades basadas en la esperanza. Para ello se deben superar la sociología de las ausencias, de las emergencias, de la competencia y de las rivalidades y como bien lo dice Honnet, impulsar la sociedad basada en el respeto y la complementariedad desde el reconocimiento al otro.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Roa I y Meza D. Propuesta de educación inicial transcompleja mandagramática. Capítulo: Simbología mandálica trancompleja. Estrategia sanadora y transformadora de la conciencia ciudadana en niños y niñas preescolares. Valencia, Venezuela: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A.; 2020.
- 2) Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo – psico- sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023. p.27-58.
- 3) Camacaro M. La Academia en sintonía de género. Una visión impostergable. Valencia: APUC, 2015. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- 4) Rodríguez C y Roa I. La Educación inicial en Venezuela. Capítulo: Simbología mandálica transcompleja. Estrategia sanadora y transformadora de la conciencia ciudadana en niños y niñas preescolares. Valencia, Venezuela: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A; 2020.
- 5) De Sousa Santos B. Descolonizar el saber, reinventar el poder. Trilge. Universidad de la República de Uruguay. Montevideo, Uruguay; 2021
- 6) Meza D. Epistemología de la transcomplejidad y sus entretejidos con el enfoque mandálico. Capítulo: Simbología mandálica trancompleja. Estrategia sanadora y transformadora de la conciencia ciudadana en niños y niñas preescolares. Valencia: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A.; 2020.
- 7) Liendo K y Meza D. El Patriarcado. Ideología promotora de lenguajes y procesos comunicacionales imposibilitadores de la formación de topoís, Capítulo: .De la Filosofía de lo invisible a la filosofía de lo posible. Valencia, Venezuela: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A; 2020.
- 8) Peña R.Y. qué hacer. Espiritualidad y emocionalidad: Dos rostros para un nuevo camino de integración latinoamericana. Capítulo: De la filosofía de lo invisible a la filosofía de lo posible. Valencia, Venezuela: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A; 2020.
- 9) Meza J. Reconfiguración de lo valórico y la personalidad, desde la teoría del eneagrama de Pangrazzi. Capítulo: De la Filosofía de lo invisible a la filosofía de lo posible. Valencia, Venezuela: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A; 2020.
10. Lombroso C. Teorías psicobiológicas de la violencia juvenil delincuencial. La escuela positivista italiana 1876. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo – psico- sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023.
- 11) Rowe D y cols. Teorías genéticas de la violencia juvenil delincuencial. 1989. En: Terán I .Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo – psico - sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023.
- 12) Larruari E. La teoría de la socialización deficiente de la violencia juvenil delincuencial.2000. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo-psico-sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”.Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023.
- 13) Glueck S. Teoría de los efectos criminógenos de los hogares rotos de la violencia juvenil delincuencial. 1950. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo-psico-sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”.Universidad de Guayaquil, Ecuador.2023.
- 14) Cohen A. Teorías de las subculturas de la violencia juvenil delincuencial. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo-psico-sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO.Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- 15) Cloward R. Teoría de la desigualdad de oportunidades de la violencia juvenil delincuencial. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo-psico-sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO.Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador.2023.
- 16) Agnew R. Teoría de la tensión o de la frustración oportunidades de la violencia juvenil delincuencial. En Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo-psico-sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincuencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”.Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023.

- 17) Hirschi T. Teoría del control o arraigo social de la violencia juvenil delincencial. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo – psico sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023.
- 18) Lermont E. Teoría de la Criminalización de la violencia juvenil delincencial. 1986. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo-psico-sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023.
- 19) Laboratorio de Ciencias Sociales LACSO. Teoría del modelo sociológico para la interpretación de la violencia en Latinoamérica. 2020. En: Terán I. Propuesta con perspectiva internacional de paz epistemo-psico-sociocultural para la comprensión y prevención de la violencia delincencial en el hemisferio latinoamericano. Revista LEGATIO. Especializada del Histórico de la Facultad de Posgrado “Dr. Antonio Parra Velasco”. Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2023.
- 20) Wilber K. Una teoría del todo. Barcelona, España: Editorial Kairós. Nueva edición. 2005.
- 21) Balza A. La pedagogía de lo valoral. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. UPEL. Venezuela. Nueva versión. 2008
- 22) Pangrazzi A. El Eneagrama. Barcelona, España: Editorial Kairós. Nueva edición. 2002. 314p.
- 23) Meza D. Hallazgos de un encuentro con la realidad. Capítulo: Simbología mandálica transcompleja. Estrategia sanadora y transformadora de la conciencia ciudadana en niños y niñas preescolares. Valencia, Venezuela: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A; 2020.
- 24) Meza D y Roa I. Reconfiguración de los procesos de formación valórica y de personalidad de niños y niñas preescolares desde los aportes de la psicología transpersonal de Ken y Wilber. Capítulo: Simbología mandálica transcompleja. Estrategia sanadora y transformadora de la conciencia ciudadana en niños y niñas preescolares. Valencia, Venezuela: Editorial Signos y Comunicaciones. C.A; 2020.
- 25) Meza F. Reconfiguraciones conceptuales para un modelo de educación universitaria desde la visión transcompleja en tiempos de crisis mundial y planetaria. Experiencia en el sector salud en universidad extranjera. Valencia, Venezuela: Editorial Signos Ediciones y Comunicaciones C.A.; 2020.
- 26) De Sousa Santos B. Sociología de las ausencias. Uruguay: Trilge. Universidad de la República de Uruguay. Montevideo, Uruguay; 2020.
- 27) De Sousa Santos B. Sociología de las emergencias. Uruguay: Trilge. Universidad de la República de Uruguay. Montevideo, Uruguay; 2020.
- 28) Meza D. FEDER entretejidos de semblanzas y saberes. Valencia: Editorial Signos y Comunicaciones. Carabobo. Venezuela; 2020.
- 29) Lanz R. La transdisciplinariedad. Nueva versión. UCV. Venezuela; 2000.
- 30) Martínez M. La investigación cualitativa. Última versión. UCV. Venezuela; 2008.
- 31) Hernández R. Metodología de la investigación. México: Editorial Mc. Graw Hill; 2018.
- 32) Barrera Morales M., Hurtado de Barrera J., Noguera C., Caraballo M. Familia: Modelos y Perspectivas. Caracas: Quirón ediciones. Venezuela; 2008.

CARTAS AL EDITOR

REVISTAS COLOMBIANAS DE EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE: ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO EN 2018-2022.

Colombian Journals of Physical Education and Sport: Analysis of behavior in 2018-2022.

Sr Editor:

La Revista *Comunidad y Salud* desde hace varios años ha generado de forma oportuna aportaciones valiosas en el área específica en mención, esto atendiendo a sus lineamientos editoriales y colaboración de diferentes revisores de alto nivel, así como el abordaje de las nuevas tendencias en la salud pública y su incidencia en las diferentes problemáticas emergentes¹. Por otro lado, indudablemente la revista ha hecho una ardua labor en cuanto al número de contribuciones publicadas y donde se evidencian temáticas relacionadas con la educación física, recreación, deportes y áreas afines, dado a que, es innegable la interacción entre la educación física y deporte con las ciencias médicas para la promoción, prevención y tratamiento de ciertas patologías por medio de la actividad física y el ejercicio físico, así como en la mejora de la calidad de vida, bienestar y desempeño funcional en diferentes poblaciones.

Es primordial tener un alto nivel de impacto por medio de las diferentes medidas de calificación, para que de esta forma los trabajos generados y publicados puedan ser visibles, no solamente a nivel nacional como internacional y cumplan con las exigencias de medición a través de Web of Science (WOS) y SCOPUS,² labor que a bien desarrolla con amplio compromiso la Revista *Comunidad y Salud*, y de la cual las revistas colombianas de Educación Física y Deporte pueden tomar de referencia para lograr su incorporación en estas importantes bases de datos, aumentar la visibilidad de sus documentos, obtener mayor número de citas y de este modo, alcanzar mayor impacto a nivel internacional.

Por otro lado, para la producción científica se requiere obtener parámetros con mayor medición y que influyan de manera positiva. En el caso de América Latina, se encuentra Google Scholar Metrics con la cual se pueden conseguir referentes en la producción científica³. De igual forma, analizar el comportamiento de las publicaciones científicas permite valorar las revistas del área y dar seguimiento de los procesos editoriales realizados⁴.

Recientemente se han publicado los índices bibliométricos en Scimago Journal & Country Rank del 2022, en donde se evidencia que para Colombia las categorías de Ciencias del Deporte/Sports Science (<https://www.scimagojr.com/journalrank.php?country=CO&category=3699>), y, ortopedia y medicina deportiva/ Orthopedics and Sports Medicine (<https://www.scimagojr.com/journalrank.php?country=CO&category=2732>) no cuentan con revistas indexadas.

Fueron identificadas 9 revistas colombianas de educación física y deporte para el respectivo análisis: Actividad Física y Desarrollo Humano, Educación Física, Deporte y Salud, Edu-Física, Cuerpo, Cultura y Movimiento, Ímpetus, Educación Física y Deporte, VIREF, Lúdica Pedagógica, Actividad Física y Deporte.

En la tabla 1 se evidencia que la revista Actividad Física y Desarrollo Humano utiliza una frecuencia de publicación anual y la revista VIREF trimestral, las demás revistas emplean publicaciones semestrales; las revistas con mayor publicación de artículos en el quinquenio 2018-2022 fueron VIREF (n = 151), Actividad Física y Deporte (n = 104) y, Edu-Física (n = 101), mientras que las revistas con menor número de artículos publicados fueron Actividad Física y Desarrollo Humano (n = 53), e Ímpetus (n = 35).

Tabla 1. Artículos publicados en 2018-2022 por las revistas colombianas de educación física y deporte.

Revista	Cantidad de artículos						Frecuencia de publicación
	2018	2019	2020	2021	2022	Quinquenio	
Actividad Física y Desarrollo Humano	10	10	12	12	9	53	Anual
Educación Física, Deporte y Salud	14	13	14	13	13	67	Semestral
Edu-Física	21	20	23	20	17	101	Semestral
Cuerpo, Cultura y Movimiento	8	14	16	16	16	70	Semestral
Ímpetus	7	9	4	5	10	35	Semestral
Educación Física y Deporte	10	18	16	13	13	70	Semestral
VIREF	18	32	30	34	37	151	Trimestral
Lúdica Pedagógica	19	18	20	18	14	89	Semestral
Actividad Física y Deporte	14	22	25	24	19	104	Semestral

H5: Índice H5; MH5: Mediana H5

Se pudo observar que, en las revistas digitales revisadas, existe tendencia de los formatos informáticos PDF. En cambio, el formato XML solamente es utilizado por la revista Actividad Física y Deporte, mientras que el FLIP por la revista Ímpetus y, la revista Actividad Física y Deporte (tabla 2). De acuerdo con León y otros el formato XML es el más idóneo para la preservación digital, debido a que tendrán la capacidad en un futuro de ser procesados en las nuevas tecnologías de almacenamiento, transferencia y presentación⁴.

Para la evaluación de índices bibliométricos en Google Scholar Metrics se realizó la consulta de todas las revistas para obtener el índice H5 (H5) y la mediana H5 (MH5) (https://scholar.google.com/citations?view_op=top_venues), en este caso solamente VIREF, Lúdica Pedagógica, y, Actividad Física y Deporte cuentan con valor H5 y MH5 (tabla 3).

En cuanto a la visibilidad, las revistas colombianas en educación física y deporte se encontraban indexadas

Tabla 2. Gestión editorial de las revistas colombianas de educación física y deporte

Revista	Formatos de publicación				Fondo Editorial	ISSN	
	HTML	XML	PDF	FLIP		ISSN Impreso	ISSN Digital
Actividad Física y Desarrollo Humano			X		Universidad de Pamplona	1692-7427	2711-3043
Educación Física, Deporte y Salud			X		Universidad del Atlántico	-	2619-5526
Edu-Física			X		Universidad del Tolima	-	2027-453X
Cuerpo, Cultura y Movimiento			X		Universidad Santo Tomás (Bogotá)	2248-4418	2422-474X
Ímpetus	X		X	X	Universidad de los Llanos	2011-4680	2981-3948
Educación Física y Deporte			X		Universidad de Antioquia	0120-677X	2145-5880
VIREF			X		Universidad de Antioquia	-	2322-9411
Lúdica Pedagógica			X		Universidad Pedagógica Nacional	0121-4128	2462-845X
Actividad Física y Deporte	X	X	X	X	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales	-	2462-8948

en diferentes bases de datos y repositorios entre ellos REDIB, DOAJ, MIAR y Dialnet (tabla 3). Todas estas revistas analizadas tienen con al menos dos idiomas de publicación (español e inglés), aunque la mayoría incorpora el portugués dentro de sus políticas editoriales (tabla 3).

Para lograr un aumento en la visibilidad de todas las producciones científicas, es necesario publicar en

revistas indexadas, teniendo presente el área específica, como en este caso la biomédica, la ciencia aplicada al deporte y la educación, al igual estas producciones, buscan que no solamente sean en idioma castellano, sino en inglés⁵. Por ende el fortalecimiento de las políticas editoriales en cuanto al inglés es crucial para mejorar la visibilidad e impacto de las publicaciones realizadas, no solamente a nivel de Latinoamérica, sino en Europa y Asia.

Tabla 3. Visibilidad de la producción científica de las revistas colombianas de educación física y deporte.

Revista	Indexaciones	Idiomas de publicación	Google Scholar Metrics	
			Índice H5	Mediana H5
Actividad Física y Desarrollo Humano	Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico - REDIB Fuente Académica (Fuente académica, Premier, Plus) y Red de Bibliotecas Nacional	Español e inglés	-	-
Educación Física, Deporte y Salud	Cite Factor, CrossRef, Dialnet, Europub, Google académico, LatinREV, ResearchBib, Semantic Scholar	Español e inglés	-	-
Edu-Física	Google académico, REDIB, LatinRev, Road	Español, Inglés, Portugués	-	-
Cuerpo, Cultura y Movimiento	Base, Google académico, Ulrich's Periodical Directory, EZB, Actualidad Iberoamericana, Cite Factor, Academic Resource Index.	Español, Inglés, Portugués	-	-
Ímpetus	Base, Google académico, Latindex, IRESIE, LatinRev	Español, Portugués	-	-
Educación Física y Deporte	Dialnet, Lilacs, REDIB, WOS, CABI, DOAJ, ERIHPLUS, MIAR, Latindex	Español, Inglés, Portugués	-	-
VIREF	Dialnet, REDIB, MIAR, Iresie	Español e inglés	6	7
Lúdica Pedagógica	Actualidad Iberoamericana, Dialnet, DOAJ, DRJI, EBSCO, ERA, IRESIE, Latindex, MIAR, OEI, REDIB, Red Latinoamericana de Revistas Académicas en Ciencias Sociales y Humanidades - FLACSO, Sherpa/Romeo, Ulrich's	Español, Inglés, Portugués	5	6
Actividad Física y Deporte	EBSCO, REDIB, Dialnet, DOAJ	Español, Inglés, Portugués	8	13

H5: Índice H5; MH5: Mediana H5

Por otro lado, es importante mencionar que los buscadores con mayor relevancia y visibilidad e impacto científico en la literatura, son SCOPUS o WOS, debido a que sus exigencias e indicadores son elevados en la producción académica⁶; en este caso, Colombia por medio de Pubindex cuenta con un desafío importante que regula la inclusión y la exigencia en su indexación⁷, dado a que se estarían omitiendo estas revistas de educación física y deporte por no estar indexadas en Scopus/WOS aunque cuenten con métricas en Google Scholar.

Además, el índice H5 es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de revistas en la región caribe y latinoamericana³; en consecuencia, las revistas colombianas de educación física y deporte que deseen indexarse y/o mejorar su posicionamiento posterior en SCOPUS/WOS deben prestar mucha atención a las métricas en Google Scholar Metrics.

Por último, la Revista *Comunidad y Salud* desde

hace varios años se posicionó con un alto nivel en sus producciones científicas, por la rigurosidad y visibilidad en los volúmenes que produce en cada edición, convirtiéndose de esta manera en una revista de impacto e indexada en Emerging Sources Citation Index (ESCI) de WOS, es por esto que, las revistas colombianas de educación física y deporte pueden considerar los estándares de esta importante revista para lograr obtener mayor impacto en sus producciones científicas y de esa manera lograr una indexación en SCOPUS/WOS.

Brian Johan Bustos-Viviescas¹, Rafael Enrique Lozano Zapata², Carlos Enrique García Yerena³

Brian Johan Bustos-Viviescas. ORCID: 0000-0002-4720-9018
Rafael Enrique Lozano Zapata. ORCID: 0000-0002-6239-5883
Carlos Enrique García Yerena. ORCID: 0000-0002-9973-552X

¹Centro de Comercio y Servicios, SENA Regional Risaralda. Pereira, Colombia. ²Universidad de Pamplona. Villa del Rosario, Colombia. ³Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia.

Correspondencia: bjbustos@sena.edu.co

Recibido: 15 de noviembre de 2023 Aceptada: 06 de marzo de 2024

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sarcolira-Parodi J. Rumbo a nuestro XX aniversario. Editorial. Revista Comunidad y Salud. 2022; 20 (2): 1. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv20n2/editorial.pdf>
- 2) Artigas W, Vega-Mori L. Las revistas científicas relegadas: el arduo camino de las revistas peruanas. E-Cienc Inf. 2022; 13(1): 1-24. DOI: 10.15517/eci.v13i1.52557
- 3) do Canto FL, Pinto AL, Gavron EM, Talau M. Latin American and Caribbean journals indexed in Google Scholar Metrics. Scientometrics. 2022;127(2):763-83. DOI: 10.1007/s11192-021-04237-x
- 4) León Martínez SR, Chang Bravo LM, Pis Herrero Y. Análisis del comportamiento de las revistas científicas cubanas de Cultura Física y Deportes. Bibliotecas. Anales de Investigación. 2022 [acceso: 15/10/2023];18 (1), 1-10. Disponible en: <http://revistas.bnjm.sld.cu/index.php/BAI/article/view/474/468>
- 5) Escobar-Córdoba F. How to Increase the Production of Scientific Articles Published in Indexed Journals. Rev. Fac. Med. 2016 [acceso: 15/10/2023]; 64 (2): 179-80. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000200001&lng=en&nrm=is
- 6) González-Sanabria JS, Díaz-Peñuela JS, Castro-Romero A. Análisis de los Indicadores de Citación de las Revistas Científicas Colombianas en el Área de Ingeniería. CIT Inform Tecnol. 2019;30(2):293-302. DOI: 10.4067/s0718-07642019000200293
- 7) Wilches-Visbal JH, Castillo-Pedraza MC, Obispo-Salazar KJ. Clasificación de revistas científicas Pubindex 2022: ¿Scopus/ Web of Science o percer?. Salud UIS. 2023;55: e23028. DOI: 10.18273/saluduis.55.e:23028

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 CUASIEXPERIMENTALES; 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
revistacomunidadsalud@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 VERSIÓN FINAL A PUBLICAR Y EL ORDEN DE LA AUTORÍA. 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

FORMULAR 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 ÁRÁBIGOS ENTRE PARÉNTESIS O COMO SUPRAINDICES. A CADA TRABAJO CITADO SE LE ASIGNARA UN ÚNICO NUMERO POR ORDEN DE APARICIÓN Y SIEMPRE SERÁ EL MISMO INDEPENDIENTEMENTE 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://BIBLIOGUIAS.UAM.ES/CITAR/ESTILO_VANCOUVER](https://biblioguias.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, ELECTOCARDIOGRAMAS, 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.

PUBLISHING NORMS

GUIDE FOR COLABORATORS

COMUNIDAD Y SALUD (COMMUNITY AND HEALTH MAGAZINE) IS AN ARBITRATED AND INDEXED 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 CONDESEÑOS 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 SIGNED 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 "SUPERScript" 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/ HOME PAGE.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 SUPERScript 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 EPIOTOPE 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 SUPERScript. 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.

Comunidad y Salud

UNIVERSIDAD DE CARABOBO-VENEZUELA
ISBN 1690-3293 / ISSN 2665-024x

POLITICAS DE ACCESO Y REUSO

COMUNIDAD Y SALUD ES UNA REVISTA DE CIRCULACIÓN GRATUITA Y DE ACCESO ABIERTO, QUE EDITA ANUALMENTE POR CADA VOLUMEN DOS NÚMEROS (ENERO-JUNIO Y JULIO-DICIEMBRE), ASUMIENDO SU COMPROMISO CON LOS AUTORES, LECTORES Y LA COMUNIDAD CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL, EL MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS, RESPETANDO SU CONTENIDO Y SU INTEGRIDAD, LOS CUALES ESTÁN DISPONIBLES EN EL PORTAL DE REVISTAS DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO ([HTTP://SERVICIO.BC.UC.EDU.VE/FCS/INDEXQ.HTM](http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/indexq.htm))

SU POLÍTICA DE ACCESO GARANTIZA A LOS AUTORES LA CONSERVACIÓN DE LOS DERECHOS DE SUS CONTRIBUCIONES PUBLICADAS Y CUALQUIER CONTENIDO QUE SEA REPRODUCIDO TOTAL O PARCIALMENTE, DEBE INCLUIR LA CITA DE DICHA AUTORIA, EN RECONOCIMIENTO A SU PROPIEDAD INTELECTUAL.

PARA TALES EFECTOS HA ADOPTADO LA LICENCIAS DE ATRIBUCIÓN CREATIVE COMMONS (CC), DENOMINADA RECONOCIMIENTO NO COMERCIAL SIN OBRA NO DERIVADA (CC-BY-NC-ND), MEDIANTE LA CUAL, LA REVISTA **COMUNIDAD Y SALUD**, "PERMITE EL USO DE LA OBRA SIEMPRE QUE SE CITE AL AUTOR, NO SE EMPLEE EN UN PROYECTO COMERCIAL Y NO SE MODIFIQUE LA OBRA ORIGINAL".

COMUNIDAD Y SALUD HA ESTABLECIDO EN SU SISTEMA DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS, UN PROCESO DE REVISIÓN POR PARES (PEER-REVIEW), A TRAVÉS DE EVALUADORES EXTERNOS E INTERNOS, SIGUIENDO CRITERIOS QUE CONSIDERAN LA RELEVANCIA CIENTÍFICA DEL DOCUMENTO, ORIGINALIDAD, CLARIDAD Y PERTINENCIA. DICHO PROCESO DE REVISIÓN POR PARES, SE CUMPLE MEDIANTE LA MODALIDAD DOBLE CIEGO, PARA GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD, EL ANONIMATO DE LOS AUTORES Y DE LOS EVALUADORES E IGUALMENTE EL INFORME RAZONADO EMITIDO POR DICHOS EVALUADORES/REVISORES. ASIMISMO, LA CONFIDENCIALIDAD INCLUYE AQUELLOS CASOS DONDE SE PRODUZCAN RECLAMACIONES Y ACLARACIONES REMITIDAS AL EDITOR, AL COMITÉ EDITORIAL O ALGUNO DE LOS EVALUADORES, POR PARTE DE UN AUTOR O AUTORES.

EL EQUIPO EDITORIAL, INTEGRADO POR SU EDITOR(A), COMITÉ EDITORIAL Y SUS ASESORES ASUMEN LA RESPONSABILIDAD DE PUBLICAR, CUANDO CORRESPONDA, LAS CORRECCIONES, ACLARACIONES, RETRACCIONES Y DISCULPAS DE LOS DOCUMENTOS PUBLICADOS.

POLITICAS DE PLAGIO

LA REVISTA **COMUNIDAD Y SALUD** HA TOMADO COMO REFERENCIA LA NORMATIVA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL¹, 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 PARA EDITORES QUE DEFINE EL COMITÉ DE ÉTICA EN PUBLICACIONES² PARA LA EDICIÓN DE REVISTAS CIENTÍFICAS.

LAS CONTRIBUCIONES ENVIADAS POR LOS AUTORES CON EL PROPÓSITO DE SU PUBLICACIÓN, SERÁN SOMETIDAS A UN ANÁLISIS DE ORIGINALIDAD, POR PARTE DEL COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA, MEDIANTE DETECCIÓN DE PLAGIO DE LIBRE ACCESO, ANTES DE PASAR AL PROCESO DE REVISIÓN POR PARES (ARBITRAJE). POR TANTO, ES IMPORTANTE QUE LOS AUTORES AL POSTULAR SU DOCUMENTO, EMITAN SU DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD, COMO REQUISITO PARCIAL PARA CONSIDERAR SU PUBLICACIÓN.

SI EL DOCUMENTO RECIBIDO PRESENTA EN SU TEMÁTICA, SIMILITUD TANTO EN IMÁGENES COMO EN EL TEXTO CON RELACIÓN A OTROS DOCUMENTOS PUBLICADOS SIN HACER LAS CITAS RESPECTIVAS DE LOS DERECHOS DE AUTOR, EL COMITÉ EDITORIAL, A TRAVÉS DEL EDITOR(A), INFORMARÁ A LOS AUTORES SOBRE LA SITUACIÓN ENCONTRADA EN DICHO DOCUMENTO, A FIN DE SOLICITAR LA ACLARATORIA RESPECTIVA.

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.

1) Organización Mundial de Propiedad Intelectual https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/general/1007/wipo_pub_1007.pdfOrganizacion

2)Comité de Etica para Editores. <https://www.comecso.com/observatorio/como-cope-y-que-roles-cumple#:~:text=El%20Comit%C3%A9%20de%20%C3%89tica%20en,para%20editores%20y%20autores%2C%20quienes>

Comunidad y Salud

ES UNA REVISTA CIENTÍFICA ARBITRADA E INDIZADA, DE CIRCULACIÓN GRATUITA, 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 CON DOS NUMEROS POR AÑO 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

Comunidad y Salud



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

Depósito Legal: pp200202AR1401 - ISSN: 1690-3293

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

[Http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm](http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm)

Revista Científica del Departamento de Salud Pública