

Artículos

- [Presentación](#)
- [Conferencia inaugural](#)
- [Conferencias magistrales](#)
- [Simposia \(diabetes\)](#)
- [Simposia \(obesidad y diabetes\)](#)
- [Simposia \(cáncer\)](#)
- [Simposia \(enfermedades cardiovasculares en niños y adolescentes\)](#)
- [Simposia \(prevención y promoción de la salud\)](#)
- [Mini simposia](#)
- [Talleres](#)
- [Carteles interactivos](#)
- [Carteles interactivos \(II\)](#)
- [Carteles interactivos \(yIII\)](#)

Investigación biomédica

Enfermedades y estilos de vida: prevención e intervención en enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer

Fecha de recepción: 31/01/2006

Fecha de aceptación: 09/02/2006

La Sociedad Interdisciplinaria Venezolana de Medicina Conductual (SIVMEC) realizó en octubre de 2005 su III Congreso Nacional. Durante el evento se discutieron de forma interdisciplinaria los últimos avances relacionados con tres enfermedades tan relevantes como lo son las enfermedades cardiovasculares, diabetes y el cáncer. Estos males se abordaron desde las perspectivas, biomédicas, farmacológicas, psicosociales y comunitarias con el fin de promover el trabajo multidisciplinario en el abordaje de estos problemas de salud.

Palabras Claves: estilos de vida, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer



[Sociedad Interdisciplinaria de Medicina Conductual](#)
cmc2005@usb.ve

Presentación

La Sociedad Interdisciplinaria Venezolana de Medicina Conductual (SIVMEC) realizó su III Congreso Nacional que en esa oportunidad fue titulado "Enfermedades y Estilos de Vida: Intervención y Prevención en Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes y Cáncer".

Este evento se desarrolló durante los días 20 y 22 de octubre de 2005. Durante estos días se discutió de forma interdisciplinaria los últimos avances relacionados con tres enfermedades tan relevantes como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes y el cáncer. El debate se abordó desde las perspectivas biomédicas, farmacológicas, psicosociales y comunitarias a fin de promover el trabajo multidisciplinario en el abordaje de dichos problemas de salud.

El temario seleccionado ofreció tópicos de relevancia y actualidad desde una perspectiva interdisciplinaria e integral del proceso Salud-Enfermedad. Las actividades planificadas para los profesionales de la salud permitieron escuchar los últimos avances en las áreas seleccionadas, interactuar con los expertos y participar en interesantes talleres.

Ponemos a disposición, a través de este medio, los resúmenes de los debates realizados en esa oportunidad. Esperamos que sean provechosos para la revisión de nuestras inquietudes científicas regionales y el incrementar nuestra contribución con la comunidad y su bienestar.

Dra. Lya Feldman
Presidenta de SIVMEC

Conferencia inaugural

Non-communicable disease and lifestyles: Contributions and challenges for behavioral medicine

Ph.D. Antti Uutela. Finlandia

Presidente de la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (ISBM)

E-mail: antti.uutela@ktl.fi

A new epidemic involving lifestyle dependent non communicable diseases such as cardiovascular diseases, cancer and diabetes seems to be spreading globally together with elevating BMI. The major causes for this epidemic, that I will be deal with my presentation, lay in the fact that natural selection made humans to excel in environments requiring regular physical activity of at least moderate kind while they had to survive with limited energy intake.

At present, increasingly societies move into sedentary direction but at the same time providing oversupply of energy in easily digested packages. *Ergo*, increase of conditions mentioned above. Abundant, but not yet sufficient evidence in behavioral medicine exists that lifestyle together with the genetic make-up of the population influences non-communicable disease morbidity and mortality quite substantially. Part of this evidence that is by no means uniform but culturally dependent involves consequences of the interplay between genes, environments and lifestyle. The cultural dependence of the results is certainly one reason of the continuation of this study strain. The suggested causes for the elevation of non-communicable disease risks at present are perhaps not changeable or at least not easily changeable because the material base of our living seems to rest on the auspices they provide.

That is why a great effort should be directed to prevention, treatment and rehabilitation that all have been identified as major foci of behavioral medicine. My presentation will include few examples from successful policies and programs on international, national community, group and individual levels that already exist. I also want to explore, and expose some useful future directions of behavioral medicine research to deal with some remaining challenges for non-communicable disease prevention.

Conferencias magistrales

- Bereavement and Loss: Social and Cultural Dimensions
- Desarrollo humano y libertad
- Corazón y mente en un mismo cuerpo: La Patología Cardiovascular desde la perspectiva de las Teorías de Control y Análisis de Sistemas.
- Aplicaciones bioéticas al campo de la medicina conductual

Bereavement and Loss: Social and Cultural Dimensions

Professor Sheila Payne. Inglaterra.

Universidad de Sheffield. Reino Unido.

E-mail: S.A.Payne@sheffield.ac.uk

In this symposium, the aim will be to address the social and cultural determinants of bereavement and loss. I will argue that the experience of loss is a pervasive aspect of the experience of both patients and families. Patients with advanced cancer are confronted by numerous losses to their physical body image, their identity, and their social and family roles. Likewise, family members need to deal with transitions in their loved ones as they approach death and confront anticipatory grief. An overview of contemporary theories of loss and bereavement will provide the theoretical framework for this symposium.

The last decade has seen strong challenges to the dominant psychiatric and psychological models of loss derived from Freud, Parkes, Kubler Ross and others. Instead there have emerged alternative models of loss based upon social cognitive concepts of stress and coping articulated by Stroebe and Schuts. Other models have conceptualized grief and loss as relational changes and these models have emphasized the role of on-going relationships with the deceased and how these are transformed to become integrated into new ways of being in the world and new social relationships with others.

This symposium will discuss the theoretical and practical implications of these alternative ways to understand loss and bereavement. I will present data from a large national survey of hospice

bereavement services in the UK and a series of five indepth organizational case studies which illustrate the way services are delivered and perceived by bereaved people. Participants of the symposium will be invited to contribute their practical experiences of working with bereaved people.

Desarrollo Humano y Libertad

Dr. Silverio González. Venezuela
Universidad Simón Bolívar.
E-mail: sgonza@usb.ve

Se exponen principios básicos de la teoría del desarrollo basada en la libertad, también conocida como desarrollo humano. Para ello se identifican los límites sociales y ambientales del desarrollo existente y el esfuerzo de estudiosos y organismo mundiales (ONU-PNUD) por formular un enfoque del desarrollo que relacione eficiencia, equidad y sostenibilidad, en el marco de una economía de intercambio y de mercado. La propuesta concibe la pobreza más como una opresión que como necesidades. La muerte prematura, el padecimiento de enfermedades prevenibles o el padecimiento de hambre se definen, junto con la ausencia de capacidad para expresar sus intereses y la ignorancia, como privaciones de libertades intrínsecas a la definición de ser humano. Por eso desarrollarse es alcanzar lo que definimos como valioso, por la expansión de libertades, y no sólo cubrir necesidades y estar satisfecho.

Corazón y Mente en un Mismo Cuerpo:

La Patología Cardiovascular desde la perspectiva de las Teorías de Control y Análisis de Sistemas.

Dr. Francisco Ruiz Manresa. Venezuela.
ASOVEP. E-mail: fruizmanresa@cantv.net

Un sistema de control está integrado por elementos ensamblados en forma tal, que el funcionamiento de cada uno afecta a los demás. De este arreglo resulta el control de determinadas variables dentro de un rango de valores (sistemas de control de feedback negativo), o en los valores tope (máximo o mínimo) en los casos de feedback positivo.

Mecanismos coordinados entre el aparato circulatorio, el sistema nervioso, y las influencias de éste sobre el sistema endocrino (regulación del volumen y composición de los líquidos corporales) regulan la mayoría de los parámetros circulatorios (frecuencia cardíaca, resistencia periférica, y presión arterial, etc.)

Por otra parte, "lo mental" es una propiedad emergente del funcionamiento cerebral. La angustia, el miedo, la vergüenza, la culpa, etc., son variables que funcionan como señales subjetivas que activan mecanismos de control. Estos incluyen correlatos fisiológicos y asas de control que afectan los ámbitos cardiovascular y endocrino.

El manejo inadecuado de las emociones en distintos trastornos de la personalidad tiende a establecer círculos viciosos de control que funcionan como memorias implícitas. Estas influencias predisponen al establecimiento y afectan la severidad, de diversas patologías funcionales u orgánicas de la esfera cardiovascular.

Las psicoterapias pueden modificar esos círculos viciosos al hacer explícitas sus conexiones, memorias o dinamismos, y cambiar favorablemente la modulación nerviosa de las funciones cardiovasculares.

Aplicaciones de la Bioética al campo de la Medicina Conductual

Dra. Graciela Rodríguez O. Universidad Autónoma de México.
Presidenta de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
E-mail: rodrigue@servidor.unam.mx

El estudio y aplicación de la Bioética, permite la reflexión biomédica, filosófica, jurídica y psicosocial, de principios universales, políticas públicas, derechos humanos y normas legales, para solucionar problemas éticos originados al principio, en el transcurso y al final de la vida, mediante la toma de decisiones y el ejercicio de acciones para fomentar y preservar la calidad de vida, la salud, la dignidad de los seres vivos y el bienestar integral y colectivo (Gracia, 1996; Lolas, 2002; Matsuura, 2003; Seminario Regional de Bioética, 2002; Soberón y colaboradores 1994; Velasco-Suárez, 2002, 1993, 1992).

En este trabajo, se presentan las tendencias actuales de investigación y enseñanza del campo de la Bioética, cuya aplicación se extiende en las ciencias biomédicas y del comportamiento,

principalmente en lo que respecta al tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, hipertensión y cáncer. También se plantean paradigmas científicos y políticas públicas, cuya meta es el desarrollo de los sistemas de atención a la salud desde una perspectiva de la ética aplicada.

Finalmente se proporciona un panorama prospectivo, respecto al papel que desempeñan la Bioética y la Medicina Conductual en la prevención, atención y control de las enfermedades crónico-degenerativas, así como del rol que posee el profesional de la salud en este ámbito.

Palabras claves: Bioética, modelos de toma de decisiones, dilemas éticos.

Simposia (*diabetes*)

Diabetes y Corazón

Factores Psicosociales en el manejo de la diabetes tipo 2

Dra. Graciela Rodríguez Orta. México

Universidad Autónoma de México.

Presidenta de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.

E-mail: rodrigue@servidor.unam.mx

En México, la diabetes constituye un problema de salud pública, ocupa los primeros lugares de las causas de mortalidad y comorbilidad de la población, por ejemplo, es la segunda causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores, también se relaciona con un incremento de 2 a 6 veces de infarto al miocardio y más de 10 veces con trombosis cerebral (Secretaría de Salud, 2003).

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, señala la importancia que poseen el fomento de estilos de vidas saludables y la educación para la salud como parte del tratamiento efectivo integral para la prevención y control de la diabetes, poniendo de relieve el papel de las ciencias del comportamiento en su atención.

Por lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo se diseñó el "Modelo de Conducta Decisión, MCD", como una herramienta para promover la adherencia terapéutica en el campo de las enfermedades crónico-degenerativas. El MCD se basa en las aportaciones sobre persuasión y cambio de Brehm (1966, 1981), Chaiken y Wood (1981), Festinger (1957), Fishbein y Ajzen (1980, 1991), Lewin (1935), Petti y Cacciopo (1986, 1996) y Prochaska y Di Clemente (1983, 1994).

En este trabajo se reporta la aplicación del MCD para determinar el impacto de tres estrategias para lograr el control glucémico en personas enfermas de Diabetes Tipo 2: a) Guía alimentaria, b) activación física y c) medicamentos hipoglucemiantes. Asimismo, se incluyen los materiales para personalizar programas de intervención para la prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad.

Palabras clave: Diabetes, adherencia terapéutica, modelos de cambio, intervención en salud

Diabetes: Epidemia en Ascenso

- Educación nutricional en comunidades en riesgo.
- ¿Cómo facilitar la adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas?

Educación nutricional en comunidades en riesgo

Lic. Marta Hurtado P.

Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: martahurtadopp@yahoo.com

El Instituto de Biomedicina desde sus inicios, desarrolla Programas para el Control de Enfermedades Endémicas en diferentes regiones del país, a fin de dar respuesta a problemas de salud que se presentan en algunas zonas consideradas de alto riesgo biomédico, nutricional y socio-ambiental. Para ello, ha integrado un equipo de trabajo transdisciplinario, donde confluyen indispensables aportes de diferentes disciplinas de la salud en la evaluación, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de los problemas identificados, propiciando simultáneamente la participación activa de las comunidades estudiadas.

En este contexto, definimos como comunidades en riesgo a las caracterizadas por la pobreza y todas sus consecuencias, donde particularidades socio-ambientales y limitaciones sanitarias favorecen la susceptibilidad al daño ante afecciones endémicas como Lepra, Leishmaniasis,

Tuberculosis y Parasitosis intestinales, que contribuyen junto con la inseguridad alimentaria y las deficiencias educativas al deterioro del estado nutricional, especialmente en grupos de alta vulnerabilidad.

En esta ponencia se ofrecerá una reseña de algunos de los problemas que para la salud nutricional observamos en comunidades rurales de los Estados Nueva Esparta, Sucre, Delta Amacuro, Trujillo, Miranda y Cojedes, así como los enfoques, estrategias y procesos que orientan la metodología de investigación-acción, que al ser de tendencia participativa y resolutoria, realiza simultáneamente la proyección del conocimiento científico mientras impulsa igualmente la competencia de los sujetos (participantes-educandos-co-investigadores) hacia el protagonismo de su propia transformación para optimizar su calidad de vida.

Entendiendo que la base de la Educación Nutricional es la investigación científico-social de la comunidad en estudio, los hallazgos clínicos, bioquímicos, inmunológicos, antropométricos, sociales y de hábitos alimentarios, sustentan los objetivos del proceso educativo para luego, siguiendo las etapas de la planificación educativa, sensibilizar, formular el programa educativo y sus estrategias, ejecutar y evaluar, en conjunto con la comunidad, empleando la realimentación de la información en un proceso cíclico sostenido.

Sugerimos que las actividades de educación para la salud, sean precedidas por la identificación de los patrones de referencia y el reconocimiento de los elementos que generan y sustentan la conducta, tanto los hábitos protectores reproducibles, como los perjudiciales, por su potencial impacto sobre el estado nutricional y el crecimiento.

Consideramos que la eficacia de la educación nutricional en el ámbito rural requiere la planificación coherente y articulada de políticas centrales expansivas donde se destaque el rol de un nutricionista comprometido con la realidad nutricional del país, asuma la responsabilidad de su área de influencia y sea capaz de ganar espacios públicos de influencia masiva.

Debido a la importancia del papel del estado nutricional sobre la incidencia, prevalencia y perpetuación de enfermedades infectocontagiosas de la infancia especialmente en medios pluricarentales donde se evidencian profundos problemas de inseguridad alimentaria, la Educación Nutricional constituye un valioso elemento en sí mismo, actuando también en sinergia con políticas asistenciales donde se comporta como apoyo de la sustentabilidad de las mismas.

Bibliografía:

1. **Hagel I, Salgado A, Rodríguez OL, Ortíz D, Hurtado M, y Col.** Factores que influyen en la prevalencia e intensidad de las parasitosis intestinales en Venezuela. Gac Méd Caracas 2001; 109(1):82-90.
2. **ACC/SCN.** SCN News, Periodic review of developments in international nutrition. N°13; 1995.
3. **UNICEF.** El Estado de Salud Infantil: Una Emergencia Silenciosa. New York; 1999.
4. **Martínez, Miguel.** Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación. México; 2002.
5. **FAO.** Guía para Proyectos Participativos de Nutrición; 1994.

¿Cómo Facilitar la Adherencia a los Tratamientos en Enfermedades Crónicas?

Dr. Antonio Díaz.

Facultad de Medicina. Universidad Central De Venezuela.

E-mail: antonisan@cantv.net

Desde que Hipócrates primero observara que los pacientes a menudo mentaban cuando decían haber tomados sus medicinas, los profesionales de la salud han estado interesados por entender los entresijos del compromiso del paciente y su falta de adhesión.

Un problema compartido por todos los profesionales de la salud, es el insuficiente o inadecuado cumplimiento de las prescripciones, la falta de adhesión es una condición característica de los pacientes sea cual sea su dolencia y una de las condiciones que los clínicos unánimemente coinciden en señalar como más desalentadores.

La incidencia de la adhesión terapéutica a las recomendaciones clínicas, varía; las tasa de incidencia no suelen superar el 20%, estimándose en torno al 50% la tasa típica de adhesión (Meichenbaum 1991). La magnitud del problema sugiere que es demasiado importante como para dejarlo al azar. La falta de adhesión va a conformar con toda probabilidad, la principal causa de fracaso y, por tanto, interfiere en nuestra capacidad para determinar la eficacia de nuestros tratamientos.

Esto tiene una importancia fundamental, si consideramos que existe una preocupación real en el campo de las enfermedades crónicas. Esto implica realizar un cambio de óptica, pasando del énfasis inicial en una atención médica continuada, a una nueva situación en la que es el propio paciente quien debe adquirir un auto manejo continuado de su condición.

Antes de pasar a considerar la adhesión terapéutica es importante definir la terminología ya que el cumplimiento (compliance) y la adhesión (adherence) se usan de manera intercambiable; Sin embargo, ambos términos tienen connotaciones e implicaciones. Cumplimiento hace referencia normalmente a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscripciones del personal de salud. (Haynes 1979) Según esta definición, el cumplimiento significa hasta que punto la conducta del paciente coincide con los consejos médicos y sanitarios dados por el profesional de salud (toma de medicamento, cambios en el estilo de vida y adopción de conductas que son protectoras de la salud). Numerosos autores (Eisenthal, Emery, Lazare y Udín, 1979; Kals, 1975; Kristeller y Rodin, 1984; Varini y Wallender, 1984) han definido que el término cumplimiento connota un rol pasivo, en el que el paciente sigue fielmente los consejos o directrices del personal de salud. El término falta de cumplimiento incorpora un concepto evaluativo, que puede implicar una actitud negativa o perjudicial hacia el paciente, y a menudo presume que el fracaso, a la hora de cumplir un tratamiento, es culpa del paciente.

Por otra parte, el término adhesión se emplea para implicar un compromiso de colaboración más activo e intencionado del paciente, con un curso de conducta mutuamente aceptado con el fin de producir el resultado preventivo o curativo deseado. (DiMateo y DiNicola 1982.) La adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con los fines antes mencionados. Los pacientes que se adhieren a las instrucciones recibidas son contemplados como sujetos que actúan de acuerdo a un plan consensualmente aceptado, en cuya colaboración han podido, además, contribuir, o donde al menos, donde han aceptado la importancia de realizar ciertas acciones concretas que conforman dicho programa. Parafraseando a (DiMateo y DiNicola, 1982^a), el objeto del cuidado o la atención, es hacer que el paciente interiorice las recomendaciones terapéuticas en cuya formulación habrá tenido, además, una participación activa.

La adhesión cubre una gama de conductas entre las que se incluyen:

1. Tomar y continuar un programa de tratamiento.
2. Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a los controles.
3. Tomar correctamente la medicación prescrita.
4. Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida (por ejemplo en las dietas, ejercicio terapéutico, modificaciones en las AVD, y en el trabajo, manejo del estrés).
5. Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario.
6. Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud.

El cumplimiento de las prescripciones terapéuticas o de salud (tomar una medicación, seguir una dieta, hacer ejercicio, etc) es una conducta y como tal esta sujeta a las mismas leyes que controlan el aprendizaje y la emisión de las conductas, es fundamental determinar las variables o factores que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar estrategias para su implantación, lo cual supone elaborar tanto estrategias de evaluación así como también de intervención. (Macía y Méndez. 1996).

Incidencia:

En general los niveles más altos de adhesión se observan en los tratamientos que requieren medicación directamente supervisada y en los trastornos con un inicio agudo.

Los niveles más bajos corresponden a pacientes crónicos, en los que no hay malestar o un riesgo inmediato y en los tratamientos en los que se exige cambios en el estilo de vida. (Una extensa recopilación de datos revisar Meichenbaum y Turk (1991)).

Factores Que Afectan La Adhesión:

Existen innumerables trabajos que han tratado de establecer relaciones entre la adhesión terapéutica y múltiples variables de tipo sociodemográfico, personalidad, inteligencia, actitudes, características de la enfermedad, del régimen de tratamiento y de la interacción entre el paciente y el profesional de salud. (Buckalew y Sally, 1986; Castillo, Perez y Aubareda, 1996; Eraker, Kirscht y Becker, 1984; Fernández, 1996; Ferrer, 1995; Haynes, 1976; Labrador y Castro, 1987; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMateo y Kravitz, 1992, cp Amigo 1998). Los distintos factores referidos con mayor frecuencia pueden agruparse en cuatro categorías: Meichenbaum y Turk (1991).

1. Variables de la enfermedad.
2. Variables del tratamiento.
3. Variables de la relación terapeuta paciente.
4. Variables del paciente.

Meichenbaum y Turk (1991) resumen los estudios realizados en torno a las variables más importantes señalando que la falta de adhesión puede surgir a partir de cualquiera de las siguientes razones: 1) el paciente no sabe que hacer, 2) el paciente no posee las competencias o recursos necesarios para realizar el régimen de tratamiento, 3) el paciente no cree disponer de las capacidades para poder realizar el tratamiento, 4) el paciente cuestiona la utilidad del tratamiento, 5) el régimen es muy exigente y el paciente no considera que los beneficios potenciales compensen los costos, 6) la adhesión es asociada a sensaciones adversas o no gratificantes, 7) la calidad de la relación del paciente y el terapeuta es pobre, y 8) no hay continuidad en la atención.

Procedimientos para facilitar la adherencia a los tratamientos

Potenciar la Relación entre el Paciente y el Personal de Salud: Existe una serie de actividades que los profesionales de salud, pueden hacer para propiciar una colaboración activa. Body (1980), Levi (1977), y Peck y King (1982).c.p. Moskowitz (1996) señalan que los P.S. pueden:

1. Presentarse.
2. explorar las preocupaciones, expectativas y metas del paciente.
3. Responder a todas las preguntas del paciente.
4. Evitar toda jerga médica que no se vaya a explicar. (educar sin ser demasiado técnico)
5. Discutir los pros y los contras de los tratamientos.
6. Charlar brevemente de manera no técnica.
7. Generar sugerencias y preferencias del paciente y negociar cualquier desacuerdo.

Educación del Paciente: Organización y Estructuración de los Programas de Tratamiento:

1. Informar sobre el trastorno.
2. Tranquilizar al paciente y describir el programa de intervención.
3. Programar el tratamiento.
4. Asegurar y comprobar la comprensión del paciente.
5. Discutir los efectos adversos posibles.
6. Incorporar a Otros significativos para el paciente.

Técnicas De Entrevista:

La entrevista le ofrece al clínico la posibilidad de recoger información relevante, además de establecer una relación de empatía con el paciente en tanto que ser escuchado entraña un valor motivacional implicado en la adhesión. De cara a conocer la información relevante de los factores que afectan la adhesión se puede investigar:

1. Los conocimientos y habilidades del paciente.
2. Prácticas de autocuidado.
3. Creencias sobre la enfermedad.
4. Aceptación -rechazo social, enfermedad y tratamiento.

Procedimientos De Modificación De Conducta:

De todos los abordajes psicológicos la modificación de conducta es el que ha resultado ser más efectivo (Epstein y Cluss, 1982; Epstein y Masek, 1978; c.p. Meichenbaum y Turk 1991). Bajo la rubrica de modificación de conducta aparecen una gran diversidad de técnicas entre ellas:

1. Autoregistros.
2. Establecimiento de metas.
3. Feedback correctivo.
4. Contrato conductual.
5. Conocimiento de resultados.
6. Sistema de reforzamiento.

Simposia (obesidad y diabetes)

Obesidad y diabetes en la edad pediátrica

- La obesidad como factor de riesgo para la diabetes tipo 2.
- Factores protectores para la obesidad y diabetes en la infancia y adolescencia.
- Importancia de la creación de programas de educación para niños y adolescentes diabéticos.

La obesidad como factor de riesgo para la diabetes Tipo 2

Dra. Gisela Merino.

Hospital de Niños "J. M. De Los Ríos".

E-mail: giselamen@hotmail.com

La obesidad se ha convertido en una pandemia, con cada vez mas personas afectadas en el mundo y con un ascenso en su prevalencia en niños y adolescentes. Un número importante de niños con sobrepeso ya tienen alteración del metabolismo de los carbohidratos, y el 60% de los niños obesos al menos tienen uno de los factores de riesgo para diabetes tipo 2 (DT2) y enfermedad cardiovascular, de tal manera que la mejor forma de prevenir tales enfermedades es evitando el sobrepeso y la obesidad en la infancia.

En Venezuela no hay estadísticas de DT2 en Niños y Adolescentes, sin embargo, según la casuística del Servicio de Endocrinología del Hospital de Niños, ha habido un aumento de su frecuencia de 1-2% a 7.3% durante el último cuatrienio, y esto puede ser explicado por la explosión de obesidad que ha ocurrido durante los últimos años.

Es importante identificar a los niños con riesgo a desarrollar DT2 para tomar medidas preventivas. Las estrategias terapéuticas dirigidas a la prevención de la enfermedad, se fundamentan en la modificación del estilo de vida de la población general y especialmente en la población de riesgo.

Dichos cambios se obtienen a través de alimentación sana y actividad física. Se debe impartir educación sanitaria a nivel individual y colectivo, implementando medidas específicas de acuerdo a las distintas etapas del desarrollo del niño, e informando a la colectividad de los beneficios de un estilo de vida saludable a través de campañas publicitarias y a profesores y alumnos en planteles educativos.

Estas estrategias tienen un bajo costo y previene la obesidad la cual es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar DT2.

Factores protectores para la obesidad y diabetes en la infancia y adolescencia

Lic. Cynthia Figuera

Centro Medico Docente La Trinidad.

E-mail: cynthiad@cantv.net

La prevalencia de obesidad infantil ha aumentado en los últimos años. Este incremento de la obesidad en la infancia es multifactorial englobando una mezcla de inactividad, inadecuados hábitos alimentarios y factores genéticos.

Numerosos estudios han demostrado que los niños obesos tienen mayor riesgo para varias enfermedades como:

- Diabetes mellitus
- Dislipidemia.
- Hipertensión arterial.
- Problemas ortopédicos.
- Enfermedades de la piel: intertrigo, acanthosis nigricans, dermatitis.
- Psicológicos: baja autoestima, depresión
- Conducta sedentaria.
- Baja talla.

De acuerdo a la American Obesity Association la rata de obesidad en la infancia ha aumentado al doble desde los años 70. La obesidad puede disparar otros factores de riesgo, uno de ellos esta asociado a la insulino resistencia. Cuando las células se vuelven insulinoresistentes el organismo lo compensa produciendo mas insulina y esta insulina-resistencia esta ligada al desarrollo de tipos específicos de dislipidemia con altos niveles de triglicéridos y colesterol, y bajos niveles de HDLcolesterol, en adición pueden desarrollar altos niveles de presión arterial y con el tiempo la insulinoresistencia puede llevar a la aparición de diabetes mellitus tipo 2.

Algunos estudios han evaluado el sobrepeso de las madres incluso antes del embarazo como el de Berkowitz y cols. (1) Fue un estudio longitudinal en el cual evaluaron 33 mujeres con sobrepeso y 37 mujeres normo peso y siguieron el embarazo y los niños hasta los 6 años de edad. El grupo de riesgo fue definido como las madres que tenían un índice de masa corporal por

encima de percentil 66 antes del embarazo. Durante los dos primeros años de vida el crecimiento y peso de los niños del grupo control y grupo de riesgo no mostró diferencias significativas. Al cuarto año el peso, índice de masa corporal y la masa magra fueron mayores en el grupo de alto riesgo.

Para el sexto año de vida el peso fue mayor en el grupo de alto riesgo $23,4 + 1$ comparado con $20,4 + 2$ $p < 0,02$ y la masa grasa fue mayor en el grupo de alto riesgo que en el grupo de menor riesgo $p < 0,02$. En el sexto año 10 de los 33 niños del grupo de alto riesgo excedían al percentil 85 de índice de masa corporal, comparado con 1 de 37 niños del grupo de menor riesgo. Esto demuestra que el peso materno aun antes de la gestación puede estar asociado con factores de riesgo para el exceso de peso del niño.

Como se menciona al principio de este resumen esta claramente establecido que la obesidad es un factor de riesgo para la aparición de diabetes mellitus tipo 2, pero la asociación entre diabetes tipo 1 y obesidad es menos clara y esta siendo ampliamente estudiada por lo cual es interesante revisar un trabajo de E Hyponem y cols. (2) Quienes estudiaron 586 niños diabéticos y 571 niños no diabéticos, fueron apareados por sexo y fecha de nacimiento. Estudiaron los datos sociodemográficos y de crecimiento de cada niño, Así como los datos de peso y talla de los padres. Ellos encontraron que los niños y niñas que desarrollaron diabetes tipo 1 fueron más pesados y más altos que los controles apareados. Un incremento en el peso relativo de 10% estuvo relacionado con un incremento del 50 al 60% del riesgo de desarrollar diabetes tipo 1 antes de los 3 años de edad, y 20 a 40% de incremento de 3 a 10 años de edad. También el riesgo fue incrementado en relación a la talla. Concluyeron que la obesidad y el rápido crecimiento lineal pueden ser factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 1 durante la infancia.

Las recomendaciones del comité de expertos para evaluación y tratamiento de la obesidad infantil del New England Medical Center, Boston Massachusetts son:

Que todos los niños con índice de masa corporal por encima del percentil 85 con complicaciones de la obesidad o que estén por encima del percentil 95 con o sin complicaciones , deben ser evaluados y posiblemente recibir tratamiento. Deben ser descartadas causas exógenas de obesidad y hacer despistaje para complicaciones como hipertensión, dislipidemia, problemas ortopédicos, insulinoresistencia.

Las recomendaciones para el tratamiento deben incluir al paciente y a su familia, y debe enfocarse hacia el manejo de hábitos que permitan cambios en la dieta y actividad física para controlar el peso. El objetivo de mantenimiento o pérdida de peso va a depender de cada paciente, su edad, índice de masa corporal y la presencia de complicaciones.

Los aspectos revisados anteriormente nos permiten concluir que la presencia de la obesidad, la diabetes y la dislipidemia en niños están relacionadas a factores no solo genéticos, sino también ambientales y este ambiente puede interactuar con la vulnerabilidad genética para determinar que individuos se vuelven obesos o diabéticos y cuales no.

Importancia de la creación de programas de educación para niños y adolescentes diabéticos

Lic. Luisa Alzuru de Risi
Centro Medico Docente La Trinidad.
E-mail: proyosoyd@hotmail.com

La Diabetes es un desorden metabólico de etiología multifactorial, caracterizado por una hiperglicemia crónica debida a la resistencia periférica a la insulina, disfunción secretora de esta hormona o ambas, lo cual produce alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas y en un plazo variable, lesiones macro y micro vasculares, especialmente en ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (1) Su aparición y desarrollo pueden ser modificados mediante medidas terapéuticas apropiadas.

En la actualidad hay 160 millones de diabéticos en el mundo y se espera que esta cifra se incremente a 300 millones en el 2025; este incremento está directamente relacionado con el aumento alarmante de la obesidad, que en muchos países está cercano al 30 % y constituye el principal factor de riesgo de la Diabetes tipo 2.

La Diabetes es una enfermedad crónica que requiere un cuidado médico continuo, sobre todo en el caso de niños y adolescentes quienes requieren para el control de sus glicemias, el uso diario de diferentes tipos de Insulina, las cuales requieren ser ajustadas sus dosis a las diferentes horas del día y según la cantidad de comidas que consuman.

Por lo tanto, la educación de estos individuos para prevenir sus complicaciones agudas y crónicas, debe ser continua, individualizada, adaptadas a su estilo de vida, nivel educativo y

socioeconómico , monitoreada por un equipo multidisciplinario (médicos, nutricionistas, educador, enfermeras, psicólogos, podólogos, terapeuta ocupacional entre otros) que permita mejorar su calidad de vida, pues los pacientes mal controlados tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de eventos coronarios, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores y muerte prematura .(1)

Esta enfermedad no sólo reduce la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del niño y su familia, con un elevado costo social. (1) Los gastos estimados para el 2010 en diabetes se estima que oscilan alrededor de \$ 136 billones (2) El tratamiento de la diabetes se apoya en cuatro pilares fundamentales: educación, nutrición, actividad física y tratamiento médico. (1) así como el apoyo social y el bienestar emocional juegan un papel más importante en el auto- control eficaz y en la aceptación del tratamiento.

En atención a lo antes expuesto, resulta necesario crear programas de educación en diabetes que permitan proveer conocimientos y destrezas que ayuden a los niños - adolescentes y a sus familiares de forma precoz adquirir conocimientos, habilidades y destrezas, romper barreras, limitaciones o mitos con respecto a su enfermedad, para lograr una conducta y cambio de actitud ante la misma, y que esta educación debe ser continua, para lograr en estos individuos, una actitud de autocuidado efectivo y permanente para maximizar su bienestar físico y psicológico. Pues la educación es un derecho humano fundamental, y es un deber para todos aquellos que trabajamos con personas con diabetes.

Referencias bibliográficas

1. Consenso nacional de Diabetes tipo 2 Venezuela 2003. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo.
2. **Jonson B:** Diabetes Care. 1998; 21 (Supp 3) C7-C10.

La prevención de estas enfermedades infantiles radica en educación para:

1. Promover adecuados hábitos de alimentación durante todas las etapas de la vida.
2. Promover un estilo de vida mas activo, estimulando no solo la práctica de algún deporte, sino en la vida diaria caminar más, subir más escaleras, etc.
3. Identificar los grupos de alto riesgo para hacer énfasis con programas de educación.
4. Realizar detección precoz de problemas de sobrepeso.

Referencias

1. Am j clin nutr 81: January 2005.
2. Diabetes care 23: 1755 Dec. 2000.
3. Diabetes may 2000.
4. Am Family physician oct. 2001.
5. Am Fam Physician august 20005.
6. Pediatrics vol 108 n° 3 sept. 2001.
7. Pediatrics vol 108 n° 3 sept. 2001.

Simposia (*cáncer*)

Sexualidad en Cáncer

Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción en hombres con cáncer.
Sexualidad en mujeres histerectomizadas.

Aspectos Relacionados con la Sexualidad y la Reproducción en Hombres con Cáncer

Dr. Raúl Díaz Lakatos

Clínica de Prevención del Cáncer. Clínica Santa Sofía.

E-mail: scancer_educacion@cantv.net

La Sexualidad es un fenómeno muy complejo, con aspectos biológicos, psicológicos e interpersonales; además es necesario reconocer que existe una gran variedad de funcionamiento sexual normal, la sexualidad la define cada persona y su compañero o compañera dentro del marco de factores como el genero, la edad, actitudes personales, valores culturales y hasta religiosos.

Es frecuente observar que el cáncer y las terapias oncológicas estén relacionados con la difusión sexual. En varios centros los estimados de difusión sexual en hombres después de varios

tratamientos anticancerosos oscila de 40% al 100%; siendo la difusión eréctil, como la principal forma de alteración sexual que ha sido investigada en hombres con cáncer de próstata, encontrándose una incidencia variable desde 60% al 90%, luego de su tratamiento, sea cirugía, braquiterapia, criocirugía, o radioterapia externa. La literatura sobre sexualidad y cáncer, hacen un particular énfasis en los sitios con cáncer que tienen repercusión directa en el funcionamiento sexual.

La respuesta sexual de un individuo puede verse afectada de varias formas, y las causas de disfunción sexual con frecuencia son psicológicas y fisiológicas. Los problemas más comunes para el hombre con cáncer es la ausencia del deseo sexual y la disfunción eréctil; pero también pueden parecer trastornos eyaculatorios y la incapacidad de alcanzar el orgasmo.

Después de varios años los efectos secundarios fisiológicos del tratamiento con cáncer tienden a desaparecer, pero los problemas sexuales no suelen resolverse el primero o el segundo año de supervivencia sin enfermedad. Estos podrían permanecer y hacerse severos, no se sabe cuanto de estos problemas influyen en la calidad de vida del paciente, pero se conoce que interfieren en lograr reintegrarse a la vida cotidiana después del tratamiento.

En un estudio realizado de hombres con disfunción eréctil; luego de someterse al tratamiento por cáncer de próstata, se observó deterioro de la calidad de vida, incluso en áreas como la calidad de la intimidad sexual, las relaciones diarias con el sexo opuesto, su capacidad de fantasear y su auto percepción de masculinidad.

La causa física de disfunción sexual, incluye el daño a las terapias oncológicas como la cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal además de fatiga y dolor, la depresión y otros síntomas como el vomito contribuyen a la disfunción.

En las causas psicológicas, las creencias equivocadas sobre la causa del cáncer, la coexistencia con la depresión, sentimiento de culpabilidad, cambios de imagen corporal posterior a la cirugía y tensiones interpersonales que aparecen luego del diagnóstico oncológico. Es frecuente considerar que un aumento en la edad del hombre va relacionado con la disminución de la libido y el rendimiento sexual; sin embargo en un estudio, los hombres longevos coinciden en señalar que el sexo es importante para mantener la calidad de sus vida, y el rendimiento aún se puede mantener a los 70 y 80 años, y les preocupan los trastornos sexuales.

En los asuntos relacionados con la fertilidad masculina, la radioterapia adyuvante y la quimioterapia producen mayor riesgo de infertilidad o esterilidad en el tratamiento del cáncer, las mismas pueden ser temporales o permanentes. Esta toxicidad se relaciona con varios factores; como el tipo de fármaco, la dosis y el tiempo de uso, cuando existe la posibilidad que se presente este trastorno; sea relacionado con el tratamiento o la enfermedad, debe hacerse un esfuerzo en dar información y educación en cuanto a la fertilidad y la reproducción. Los hombres pueden almacenar esperma de la eyaculación del semen, aspirado del epidídimo y biopsia testicular; para su preservación en caso de quimioterapia. En caso de radioterapia debe ofrecerse protección testicular, para evitar la toxicidad actínica de la radiación dispersada al escroto y el pene.

Sexualidad en pacientes histerectomizadas

Dra. Doris Di Giammarco Petit

Clínica de Prevención del Cáncer. Sociedad Anticancerosa. Hospital Vargas.

E-mail: scancer_educacion@cantv.net

La Sexualidad y función sexual son partes de la salud y el bienestar global de la mujer. Las enfermedades oncológicas, pueden ocasionar depresión, deformación de la imagen corporal, y trastornos de la integridad hormonal, vascular y neurológica que se requiere para el funcionamiento sexual.

Las mujeres que son sometidas a una intervención quirúrgica, tipo Histerectomías ampliadas o radicales, por cáncer ginecológico experimentan más disfunción sexual, (deseo sexual inhibido, disminución de la excitación, dispareunia y anorgasmia), y son menos activas sexualmente que las mujeres sanas de la misma edad.

La dispareunia puede relacionarse con disminución de la lubricación vaginal secundaria a la menopausia quirúrgica (oforectomía bilateral), acortamiento de la longitud de la vagina por la extensión del manguito vaginal en la histerectomía oncológica o a la retracción cicatrizal de la vagina posterior a la Radioterapia intracavitaria.

Los médicos deben hablar de las preocupaciones sexuales con la paciente y su compañero antes de la intervención quirúrgica, intentar disipar sus mitos y sus conceptos erróneos, y seguir ofreciendo consejo después del tratamiento. También deberá ofrecerles consejo técnico específico (empleo de jalea lubricante con base acuosa, actividad no coital para las pacientes que experimentan dispareunia grave).

Las mujeres que funcionaban bien antes de la intervención quirúrgica y que tienen una autoimagen positiva serán más capaces de afrontar las dificultades sexuales producidas por el tratamiento ginecológico que las mujeres con una mala adaptación sexual antes de experimentar cáncer.

Nutrición en Cáncer

- Dimensión del cáncer en Venezuela
- Nutrición y Cáncer: Aspectos Médicos
- ¿Para qué comemos?
- Estrés, Nutrición y Cáncer

Dimensión del Cáncer en Venezuela

Lic. Leslie Castro

Sociedad Anticancerosa. Dpto. de Educación.

E-mail: scancer_educacion@cantv.net

El cáncer es la segunda causa de muerte en Venezuela desde hace décadas, en el año 2003 fallecieron 17.234 personas y se diagnosticaron 43.004 nuevos casos. Desde 2001 hasta 2003 se han diagnosticado 118.820 nuevos casos y murieron 49.354 personas. Vemos con mucha preocupación el aumento de la tasa de incidencia y mortalidad por cáncer, sobre todo desde el 2001 hasta el 2003. La tasa de mortalidad por cáncer en la mujer, experimentó un aumento significativo en este período, debido al aumento de la tasa de mortalidad por cáncer de mama (segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres), la morbi-mortalidad por cáncer de mama asciende de manera alarmante. El cáncer de cuello uterino se encuentra ubicado como primera causa de mortalidad e incidencia y aunque se mantiene en aumento, se espera que quede desplazado a segunda causa de morbi-mortalidad por el cáncer de mama.

Para el hombre la tasa de mortalidad e incidencia también experimenta aumentos significativos y a partir del año 2000 el cáncer de próstata se ubica como primera causa de muerte quedando el cáncer de bronquios tráquea y pulmón como segunda causa.

Para ambos sexo, el cáncer de estómago posee una tendencia decreciente en los últimos años y se ubica como cuarta causa de muerte en las mujeres y tercera para los hombres. Mientras, el cáncer de colon, recto y ano va en aumento y se es quinta causa de muerte en las mujeres y cuarta en los hombres. Las cinco principales causas de muerte son prevenibles y curables si son detectados a tiempo.

Palabras clave: Dimensión del Cáncer en Venezuela. Cáncer. Mortalidad. Incidencia.

Nutrición y Cáncer: Aspectos Médicos

Dra. Katyuska S. Hernández U.

Hospital Oncológico "Padre Machado".

E-mail: scancer_educacion@cantv.net

El cáncer es la segunda causa más frecuente de mortalidad en los países desarrollados. Según la American Cancer Society a más de un millón de personas se le diagnosticará cáncer anualmente.

Desde que se declaró mundialmente la lucha contra el cáncer hace más de tres décadas, la investigación acerca de la carcinogénesis ha proporcionado amplios conocimientos sobre esta patología. Las células cancerosas resultan de múltiples defectos genéticos, exposición ambiental, agentes dietéticos y agentes infecciosos. Investigar el comportamiento alimentario del individuo y cambiar patrones dietéticos desfavorables deben incluirse en toda estrategia de prevención de cáncer, dada la evidencia sólida que numerosos estudios han proporcionado sobre la relación de la dieta y el cáncer. Se ha demostrado que la nutrición y el estilo de vida pueden ser determinantes en hasta 80% del desarrollo de carcinoma de colon, mama y próstata e influir en la génesis de un tercio de todos los demás tipos de cáncer. Para disminuir el riesgo de desarrollar éstos, debe reducirse la ingesta calórica. Grasa hasta a un 20% o menos de calorías totales diarias consumidas y fibra incrementarse a 25-35 gramos/día.

Una de las maneras de alcanzar estos objetivos es diseñar una dieta a base de consumo adecuado de fibra proveniente de granos, especialmente cereales, vegetales, legumbres y fruta,

mantener un peso adecuado y ser activo físicamente, consumir alcohol en moderación, comer bajo en sal, preparar y conservar los alimentos de forma segura, y por supuesto, no fumar o consumir tabaco de manera alguna.

¿Para qué Comemos?

Lic. Giselle Perdomo

Sociedad Anticancerosa. Dpto. de Educación.

E-mail: scancer_educacion@cantv.net

¿Para qué comemos? Aunque esa pregunta parezca muy simple, tener una respuesta precisa es indispensable para entender qué significa comer balanceado y por qué es necesario hacerlo.

Aparte de los factores psicológicos asociados al acto de comer hay tres factores biológicos que merecen atención: comemos (1) para tener energía, (2) para reponer las células que mueren diariamente y (3) para que las células que están vivas tengan los insumos necesarios para llevar a cabo adecuadamente sus actividades fisiológicas.

No todos los alimentos cumplen con cada una de estas funciones. Mientras que los carbohidratos y las grasas son la principal fuente de energía para el cuerpo, las proteínas son fundamentales para la reposición de las células y las vitaminas y minerales permiten el adecuado funcionamiento de éstas. Una dieta balanceada implica por tanto un consumo adecuado de la cantidad y calidad de alimentos requeridos por el cuerpo.

Estrés, Nutrición y Cáncer

Lic. Alexander Méndez

Sociedad Anticancerosa. Dpto. de Educación.

E-mail: scancer_educacion@cantv.net

Cada día hay mayor interés por los aspectos psicológicos que condicionan la aparición y desarrollo de enfermedades. En ocasiones se da a entender que la "mente" tiene el poder de enfermar, dejando a un lado los aspectos conductuales de esa relación. También es notorio el uso creciente de intervenciones cognoscitivas. Se plantea una revisión del estrés como factor que interviene en la producción de enfermedades, tema muy contemporáneo y que se enfocará desde una perspectiva conductual. Se intenta describir cómo el estrés puede acompañar una secuencia de hábitos que a su vez contribuye a la producción de enfermedades, en lugar de considerarlo causa directa de los trastornos orgánicos.

Un ejemplo de esta relación del estrés y las enfermedades lo encontramos en su efecto sobre la toma de decisiones relacionadas con la elección de los alimentos para una alimentación balanceada, tema que está directamente relacionado con la prevención de los diferentes tipos de cáncer. La intervención de esta secuencia estrés-enfermedad se perfila en dos flancos: En primer lugar, se debe intentar modificar las situaciones estresantes, y, por otro lado, se requiere la educación sobre la forma como los hábitos inadecuados que éste ha propiciado afectan la salud de las personas.

Este enfoque es de mucha relevancia aun en los casos donde el estrés se presenta en las personas con cáncer para quienes la enfermedad en sí, los factores relacionados con el tratamiento y sus relaciones familiares son causas de estrés. También se describirá cómo la enfermedad es modulada por el estrés.

Palabras clave: Estrés. Alimentación. Cáncer. Factores de riesgo.

Simposia (*enfermedades cardiovasculares en niños y adolescentes*)

Factores de riesgo y protectores en enfermedades cardiovasculares en niños y adolescentes

- Factores de riesgo cardiovascular en la edad pediátrica.
- Nutrientes protectores en las enfermedades cardiovasculares del niño y del adolescente.
- Presión arterial en adolescentes y maduración sexual.

Factores de riesgo cardiovascular en la edad pediátrica

Dr. Manuel Acuña Fernández

Hospital de Niños "J. M. De Los Ríos".

E-mail: makuna@telcel.net.ve

¿Cómo minimizar el impacto de las afecciones cardiovasculares en la edad pediátrica?

I.- Identificar las fuentes de afectación

- a) Identificar la población de riesgo expuesta a riesgo de infección por virus de la rubéola.
- b) Identificar la población de sobrepeso, índice de masa: peso/SC. 97% de los adolescentes obesos tienen factores de riesgo: niveles de triglicéridos elevados. HDL disminuidos, hipertensión arterial, disminución en la capacidad de consumo de O₂.
- c) Identificar a los sujetos afectados de hipertensión arterial.
- d) Identificar a la población de cardiópatas congénitos.
- e) Utilizar razonablemente los métodos diagnósticos: Mitos y verdades sobre la medición de TA en niños, niveles de colesterol en niños, utilidad real de un estudio cardiovascular (visión del cardiólogo).

II.- Medidas de Prevención

- a) Análisis de los antecedentes familiares: peso al nacer, diabetes o hiperinsulinismo, hábitos en general.
- b) Vacunación oportuna.
- c) Actividad física-Juegos de video-Computadoras-TV.
- d) Alimentación: comida rápida, Servicio doméstico.
- e) Hábito de fumar.
- f) Medida regular de la presión arterial.
- g) Sobrepeso.
- h) Hipercolesterolemia.
- i) Hiperhomocisteinemia

III.- Tratamiento oportuno

- a) Dieta.
- b) Cambios en la actividad física, priorizar actividades.
- c) Farmacológico

Nutrientes protectores en las Enfermedades Cardiovasculares del Niño y del Adolescente

Msc. Zulema Zarzalejo.S
División de Nutrición. CANIA.
E-mail: zulemaz@cantv.net

La alimentación ha acompañado la vida del ser humano a lo largo de la historia; los pueblos evolucionaron en la medida en que lograron los medios para subsistir y abastecerse de suficientes alimentos que les garantizara la vida. De esta manera, forjaron sus propios hábitos de alimentación que caracterizaron a cada población. Con el avance del tiempo, las diferentes costumbres alimentarias junto con los productos agrícolas autóctonos, se mezclaron y originaron las comidas típicas, las cuales también evolucionaron a la par con la tecnología y la industrialización. A principios del siglo 20 el fenómeno de la transculturización trae a los actuales momentos, prácticas alimentarias que han favorecido el crecimiento alarmante de la obesidad y de las enfermedades asociadas; hablamos hoy en día de las enfermedades crónicas no transmisibles, en donde el sistema cardiovascular es un desafortunado protagonista, junto con la diabetes, en donde el sistema cardiovascular es un desafortunado protagonista, junto con la alteración del sistema metabólico que lleva a procesos de mayor complejidad aún, como lo es el síndrome metabólico.

A medida que ha avanzado el conocimiento científico, ha sido posible identificar aquellos elementos de las prácticas alimentarias construidas por los diferentes grupos humanos, que han traído beneficios para la salud de aquellas que han promovido los padecimientos de la era actual.

Un ejemplo de esto lo tenemos en la dieta mediterránea, caracterizada por ofrecer abundantes elementos protectores de las enfermedades cardiovasculares y en el otro caso, las comidas rápidas y preparaciones de alta densidad calórica, que promueven trastornos metabólicos responsables de las enfermedades crónicas del adulto. Estas enfermedades no son sólo consecuencia de comer en exceso, sino también del desequilibrio de la dieta, una elevada ingesta de sal, grasas saturadas y sus isómeros *trans*.

En cada etapa de la vida, el individuo debe consumir una alimentación que satisfaga sus

necesidades nutricionales específicas, en este caso, hablaremos de la niñez y la adolescencia en donde la alimentación no solo debe garantizar el crecimiento y desarrollo óptimo, sino que además, debe prevenir aquellas enfermedades nutricionales por exceso (sobrepeso, obesidad) que conllevan patologías asociadas tales como, hiperlipidemias, resistencia a la insulina, hiperinsulinismo, hipertensión arterial, diabetes tipo II, que generan las enfermedades cardiovasculares.

En el año 2001 las enfermedades crónicas representaron aproximadamente 59% de los 56,5 millones de defunciones, y 46% de la carga de morbilidad mundial. Debido a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), propone nuevas recomendaciones sobre el régimen alimentario y la actividad física destinadas a los gobiernos, con miras a tratar de resolver el problema que plantea el creciente número de personas que mueren anualmente por enfermedades crónicas no transmisibles.

Un informe elaborado por expertos independientes en marzo de 2003 para las Naciones Unidas, expresa que una dieta que disminuya el consumo de alimentos muy energéticos ricos en grasas saturadas y azúcar, y el incremento en la ingesta de frutas y hortalizas, así como un modo de vida activo, figuran entre las medidas principales para combatir las enfermedades crónicas. Las dietas ricas en los micronutrientes que aportan las frutas y las hortalizas, fortalecen el sistema inmunitario, que ayuda a las defensas naturales del organismo a defenderse de las enfermedades infecciosas.

Por lo tanto, los expertos recomiendan, que de la ingesta energética diaria total, el aporte de las proteínas sea entre 10% y 15%, las grasas entre 15% y 30% (grasas saturadas deben constituir menos del 10% de ese total). Los carbohidratos deben satisfacer la mayor parte de las necesidades energéticas y representar entre 55% y 75% de la ingesta diaria, y dentro de éstos, los azúcares refinados simples deben constituir menos del 10%; la sal debería limitarse a menos de 5 g por día. La ingesta de frutas y hortalizas debería incrementarse hasta alcanzar por lo menos 400 g por día.

En el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) durante los años de 1997 a 2004, se ha observado en los pacientes con diagnóstico de obesidad un incremento en el porcentaje de niños diagnosticados con hiperlipidemia de 2,4% a 39,9 % y con hiperinsulinismo de 0,5% a 25,8% y los datos registrados reportan en los pacientes con diagnóstico de sobrepeso, 26 casos (19,2%) con diagnóstico de hiperlipidemia y 1 caso (3,8%) con hiperinsulinismo para el año 2004.

Es frecuente observar en la consulta dietética especializada en CANIA, que el consumo de los niños y adolescentes que se atienden por primera vez en la consulta de malnutrición por exceso, desequilibrios nutricionales en relación al aporte energético de los macronutrientes (altos en carbohidratos y bajos en grasas) y deficiencias nutricionales en relación a un bajo aporte de fibra dietética, Vitamina A, E, Cobalamina (B12), Piridoxina (B6), Calcio y Magnesio entre otros.

Estas observaciones nos aproximan a las deficiencias nutricionales en las dietas de los niños que debemos corregir. Hoy en día existe evidencia de la importancia entre el equilibrio de los macronutrientes que conforman la fuente total de energía que consumimos y ciertos micronutrientes y elementos dietéticos que son indispensables para asegurar el óptimo funcionamiento del metabolismo lipídico para prevenir enfermedades cardiovasculares.

Las evidencias reportan que la leche humana, la fibra dietética, Ácido Fólico, Vitaminas B6 y B12, Vitaminas antioxidantes A, C, E; minerales como el zinc, selenio, flavonoides, fitoestrógenos aportan los nutrientes protectores en las enfermedades cardiovasculares.

La clave es incorporar un modelo de alimentación saludable que incluya todos estos nutrientes diariamente y las opciones son muchas. Los datos estadísticos nos muestran que las prácticas alimentarias actuales en nuestros niños y adolescentes son el indicativo de que no se está tomando la decisión acertada y esto debe cambiar.

Nutrición es medicina preventiva, y es nuestro deber promocionar el conocimiento necesario para que los individuos mejoren sus decisiones alimentarias. Debemos comenzar en la familia para prevenir y educar desde la niñez.

Presión arterial en adolescentes y maduración sexual

Dra. Enriqueta Sileo
Hospital de Clínicas Caracas.
E-mail: esileo@reacciun.ve

La hipertensión arterial tiene sus antecedentes en la niñez, hay una correlación de ésta con la del adulto. Existen valores de referencia de la presión arterial respecto a edad, sexo y talla del sujeto. En adolescentes se producen cambios físicos que ocurren a edades diferentes, por tanto para su interpretación, se debe considerar un indicador de maduración en vez de la edad.

Objetivo. Determinar si los valores de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) muestran diferencias dependiendo de la maduración de los(as) adolescentes

Metodología. Se seleccionaron 240 adolescentes varones y mujeres por cuotas, clasificados por

Tanner (2-5) y menarquia. Se midió PAS y PAD. Se analizaron los datos por vello pubiano (VP) en varones y glándula mamaria (GM) en mujeres con la referencia nacional y Task Force on Blood Pressure. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva y pruebas paramétricas, t de Student, nivel de significación estadística de $p < 0,05$, coeficiente de correlación de Pearson, chi cuadrado, ANOVA, Turkey. Se calculó con S-plus 4.5 para Windows.

Resultados: las medias de PAS y PAD aumentaron con la edad en los (as) adolescentes. En varones, el ascenso de la PAS y la PAD fue mayor a partir de los 12 años de edad., en mujeres ocurrió antes. Hubo diferencia significativa para la PAD por sexo. En varones la PAS en VP2 aumentó con diferencia significativa de VP3-VP5. En mujeres, la PAS en GM2 y GM3 se parecen y diferentes a GM4 - GM5 .La media de la PAD en varones aumentó, a partir de VP3 con diferencia significativa. En mujeres la PAD no fue significativo. Hubo diferencia significativa de la PAS respecto a la menarquia no así para la PAD. La prevalencia de hipertensión arterial sistólica y diastólica fue frecuente en varones respecto a mujeres.

Conclusiones: En varones la variación de PAS y de PAD da lugar a diferencias estadísticamente significativas en función de la maduración. En mujeres la PAS muestra variaciones respecto a la menarquia no así la PAD. Por tanto, en mujeres se debe considerar menarquia para interpretar PAS. En varones, discriminar VP2 de VP3-VP5 para PAS y PAD.

Simposia (*prevención y promoción de la salud*)

Health Promotion in Communities: Can Findings Be Generalized Cross-Culturally?

Ph. D. Antti Uutela. Finlandia

Presidente de la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (ISBM).

E-mail: <http://us.f321.mail.yahoo.com/ym/Compose?To=antti.uutela@ktl.fi>

Finland is a small industrialized country in the Northern Europe making living mostly from its forests and information technology. The industrial and cultural change of the country has been very rapid since the 1950's. Economic recession of the early 1990's when the country had opened the doors fully to the global economy was resolved with drastic measures to the growth of public expenditures well in control has worked very well. The economy is flourishing and the country seems to expect to have a few good years before the old age structure really starts to matter. This will again be met with control of public sector and – perhaps - immigration. Moving to health, in spite of the successful control of cardiovascular diseases in Finland from the 1970's the country does not yet belong to the global top ten in life expectation or healthy life years. In fact cardiovascular diseases are as prevalent in Finland as they have been in the country although they now tend to appear at older age. Rapidly increasing prevalence of type 2 diabetes is a threat to public health. As the population is rapidly growing older the way to circumvent the potential heavy burden of disease potentially caused by it lies in lifestyle changes that could move chronic diseases to later time in life and that could prevent the old to become institutionalized. In spite of the relatively good general health picture of the country, there are severe inequalities in health by region, gender, and socioeconomic position. To combat these health challenges, the National Public Health Institute (KTL) joined with other partners and development the framework of Good Old Age in the Lahti region or GOAL to serve as a test bed for national programs. The program involves monitoring of three 5-year cohorts born in 1926-30, 1936-40 and 1946-50 through the period 2002-2012, developing instruments for lifestyle change (type 2 diabetes prevention, preventing depression and loss of functional capacity among the old, and improving the knowledge and skill base of municipal employees on the social and health sectors), and coordinating the guidelines for chronic disease prevention and treatment by the Finnish Medical Association and then implementing them into the standard care of the region. It is important to note that the Finns that the project is dealing with have been born in a society where agriculture employed 60% of the work force, where educational level was low, and international contacts scarce. While the GOAL program results are available to a small degree, there are a few results already at hand that can be shared. In addition, Finland has previous examples of health promotion such as the North Karelia project that has already been completed. Statistics tells that Venezuela is already experiencing some of the same chronic health problems as Finland is. They

are expected to increase in the future. Therefore, experiences Finland has may be useful for the Venezuelan context also.

La Escuela Promotora de Salud. Una estrategia mas allá de la Educación para la Salud

Lic. María Dolores Toba

Organización Panamericana de La Salud (OPS)

E-mail: mary@ven.ops-oms.org

La salud-enfermedad es un concepto construido socialmente bajo una lógica compleja donde se articulan visiones tanto sociales como individuales, por lo que es un concepto evolutivo y dinámico y cambiante, que ha cambiado a través de los tiempos.

En el siglo XIX, donde las enfermedades infecciosas ocupaban las primeras causas de muerte, la salud se explicaba desde una visión fisiologista y monocausal. Para lograr salud bastaba con eliminar o controlar el agente que la causaba. El estado de salud se definía negativamente como ausencia de enfermedad, dirigiendo el énfasis hacia el daño orgánico. El no estar enfermo era un logro en si mismo.

En el siglo XX, este paradigma comenzó a ser insuficiente para explicar las nuevas enfermedades que estaban apareciendo al superarse las infecciosas, se necesitó de un nuevo modelo de análisis, el de la multicausalidad y con ello un cambio de paradigma que consideraba a la salud desde un concepto holístico y positivo, convirtiéndola en algo mas que el hecho de estar enfermo. La salud pasó a considerarse como bienestar.

En la medida que se comprende mejor el concepto de salud, se percibe también la limitación que existe para enfrentarla exclusivamente desde los servicios de salud y mucho menos desde un enfoque tradicionalmente curativo.

Existen suficientes evidencias que demuestran que el modelo biomédico para enfrentar los problemas de salud no ha sido capaz de explicar y mucho menos resolver la complejidad del problema, el Modelo de Lalonde (1974) es una de ellas. En este Informe, el Dr. Lalonde planteaba que los problemas de salud eran producto de una gran variedad de factores que se interrelacionaban entre si, como eran la condición biológica o genética que cada individuo trae, las condiciones ambientales tanto físicas como sociales, los estilos de vida y los servicios de salud, demostrando que los estilos de vida que tiene la gente y las condiciones ambientales en las que viven influyen en mas del 60% en la ocurrencia de la mortalidad.

Este Informe introdujo en esa época el concepto de Promoción de la Salud para mejorar la calidad de vida y salud de las personas. Para tener impacto en la salud es necesario poner el énfasis en la modificación de los estilos de vida que tiene la gente y en mejorar las condiciones ambientales y sociales donde viven.

En 1986, se llevó a cabo la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Canada, donde se promulgó la Carta de Ottawa, "La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma", o sea sobre sus determinantes. Propone cinco líneas de acción: formulación de políticas públicas saludables, desarrollo de habilidades personales, creación de ambientes y entornos saludables y la reorientación de los servicios de salud.

La Promoción de la Salud va mas allá de los sistemas de atención médica, de la educación para la salud y de la prevención de la enfermedad, es una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para mejorar la salud y lograr un mayor bienestar de la sociedad. Exige una definición amplia e integral de la salud que va mas allá de promover estilos de vida saludables como única estrategia, privilegiando la toma de poder tanto individual como colectivo y la participación social, incorporando los determinantes sociales, económicos y políticos.

En este sentido, cuando hablamos de poner en práctica la Promoción de la Salud, la OPS ha venido promoviendo desde 1990, a nivel de los países de la Región de las Américas, los Entornos Saludables, definidos no solo como localizaciones sino como entidades y sistemas sociales, que cambian y pueden promover su salud en una relación de ambientes y factores personales, cuyo objetivo de intervención no son solo las personas, sino también las estructuras y patrones sociales que conforman el sistema; tal es el caso de las ciudades saludables, viviendas, lugares de trabajo, escuelas, etc. Experiencias que han mostrado su capacidad para cambiar y lograr mejores condiciones de vida y salud, movilizar apoyo político, incorporar la salud

como tema prioritario, crear cauces de participación, desarrollar modelos de empoderamiento, crear redes de colaboración y evidenciar cambios positivos en la salud.

Las Escuelas Promotoras de Salud, son uno de esos ejemplos exitosos y se refiere a un centro educativo en donde alumnas y alumnos logran un armonioso desarrollo biológico, emocional y social, en un ambiente de bienestar, desarrollando estilos de vida saludables, todo ello compartido con sus familiares, maestros, personal de la escuela y comunidad, trabajando por un fin común: el de formar generaciones futuras con conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y de su comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y comunidades saludables.

Se caracterizan por:

- Parten de una visión integral y multidisciplinaria del ser humano.
- Consideran a los estudiantes no solo en su contexto escolar, sino en su ambiente familiar, comunitario y social.
- Promueven en los jóvenes el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud y la prevención de conductas de riesgo en todas las oportunidades educativas.
- Fomentan habilidades y destrezas para la toma de decisiones responsables.
- Posibilitan el pleno desarrollo físico, psíquico, emocional y social.
- Fortalecen la autoestima y una imagen positiva de si mismo.
- Fomentan el análisis crítico y reflexivo sobre valores, conductas, condiciones sociales y estilos de vida, desarrollando y fortaleciendo aquellos que favorecen la salud y el desarrollo humano.
- Estimulan el sentido de la responsabilidad y el compromiso.
- Ofrecen un ambiente y entorno saludable.
- Facilitan la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa en la toma de decisiones.
- Contribuyen a promover relaciones positivas, constructivas y socialmente igualitarias entre los géneros.
- Alienta la construcción de ciudadanía y refuerza la solidaridad, el espíritu de comunidad y los derechos humanos.
- Promueve la integración entre educación y salud.

Las Escuelas Promotoras de Salud cambia el énfasis de la enseñanza al aprendizaje, por eso la participación activa de los estudiantes, el intercambio de conocimientos y experiencias apoya y fortalece su desarrollo integral.

Equidad y Salud: Intervenciones para Combatir la Exclusión Individual y su Impacto en la Exclusión Social

Dr. Hernán Málaga

Ex Asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

E-mail: hmalaga@cantv.net

La existencia de poblaciones relegadas en el desarrollo ha ocasionado regiones y comunidades excluidas debido a su pobreza estructural, manifestando indicadores de salud con alta prevalencia de mortalidad infantil y baja expectativa de vida, diferenciándose exclusión social. Al mismo tiempo, existen individuos que por portar polimorfismos genéticos hereditables, ser susceptibles o poseer hábitos y costumbres individuales que los hace tener un mayor riesgo para una enfermedad específica, son sujetos de exclusión individual. Las intervenciones para enfrentar la exclusión individual suelen ser más costosas que las intervenciones de la exclusión social, por lo que se debe considerar su repercusión social al priorizarlos. Sin embargo, desde el sector salud, se enfatiza en la atención individual en detrimento de las intervenciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Para ejemplarizar, se utiliza la genómica, al preverse que estará más al alcance de los países y de los individuos ricos y podrá ser causal de discriminación genética y hasta estigmatización, planteándose la necesidad de reconocer al descubrimiento como patrimonio de la humanidad y la necesidad de justificar el invento con una inversión razonable que justiprecie la patente que la proteja y que los países, al considerar el enfrentar los problemas salud pública, deberán establecer su propio régimen de agotamiento de la propiedad intelectual, considerándose además a la Organización Mundial de la Salud como un mejor foro que la Organización Mundial de Comercio para este tipo de discusión.

Mini simposia

Factores biopsicosociales y enfermedad cardiovascular

¿Qué nos dejó el Estudio INTERHEART?

Dra. Elsy Rodríguez de Roa

Hospital José Ignacio Baldo "El Algodonal".

E-mail: roaflia@cantv.net

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la mayor causa de muerte y pérdida de expectativa de vida. Si bien la muerte por causa cardiovascular, ajustadas por edad ha declinado en los países desarrollados, ésta ha aumentado en forma importante en los países en vías de desarrollo.

La prevención efectiva necesita una estrategia global basada en el conocimiento de los factores de riesgo (FR) asociados a la ECV en diferentes regiones y grupos étnicos. Estudios poblacionales han sugerido que los factores de riesgo asociados a enfermedad coronaria (EC) pueden variar su impacto de acuerdo al grupo poblacional, por ejemplo estudios poblacionales sugieren que el nivel de presión arterial (PA) puede ser el FR más importante entre la población China en donde existe un nivel de colesterol más bajo que contrasta con la importancia que tiene este último en otros estudios poblacionales realizados en países europeos. Por otra parte estas variaciones pudieran ser debido a diferencias entre el diseño e interpretación de los estudios poblacionales.

Para aclarar las diferencias entre países y grupos étnicos se planteó realizar un gran estudio entre diferentes países que representara la diversidad de regiones y grupos étnicos usando un método estandarizado "caso-control de infarto agudo al miocardio" y con única perspectiva evaluar los FR asociados con EC. Un total de 15152 casos y 14820 controles de 52 países se incorporan en el estudio: "**INTERHEART study**: Efecto de los factores de riesgo modificables asociados al infarto del miocardio en 52 países: estudio caso-control". La relación del fumar, historia de hipertensión o diabetes, relación cintura/cadera, patrón de dieta, factores psicosociales para infarto al miocardio.

Se estima riesgo relativo y el riesgo atribuible poblacional (PAR). Riesgo relativo/PAR: Fumar (RR 2.87 fumador/no fumador, PAR 35.7%), ApoB/ApoA1 (3.25 percentil bajo/alto, PAR 49.2%, historia de HTA (1.91, PAR 17.9%), diabetes (2.37, PAR 9.9%), obesidad abdominal (1.12 percentil bajo/alto, PAR 20.1%), factores psico-sociales (2.67, PAR 32%), consumo diario de frutas y vegetales (0.70, PAR 13.7%), actividad física regular (0.85, PAR 12.2%), consumo regular de alcohol (0.91, PAR 6.7%). Todos estos factores se correlacionan positivamente con el infarto agudo del miocardio $p < 0.0001$ para todos los riesgos y $p = 0.03$ para el alcohol. Fue notada en hombres y mujeres, viejos y jóvenes y en todas las regiones del mundo. Estos resultados permiten concluir que las estrategias preventivas pueden ser basadas en principios similares en todo el mundo.

Estrés Laboral y Enfermedad Cardiovascular

Lya Feldman, PhD y Lila Goncalves, MSc

Universidad Simón Bolívar

E-mail: lfeldman@cantv.net , lgoasesoria@cantv.net

Las enfermedades coronarias del corazón constituyen la primera causa de muerte en nuestro país así como en la mayoría de los países occidentales. El ambiente laboral constituye una fuente de estrés que afecta a todos los grupos ocupacionales. Se han estudiado un conjunto de factores de riesgo psicosocial asociados a ECV muchos de los cuales han estado asociados a las condiciones del trabajo.

Los que se enumeran a continuación son los que han tenido una mayor evidencia basada tanto en estudios transversales como longitudinales.

- 1.- Reporte persistente de síntomas de fatiga y dolor de cabeza.
- 2.- Sobretiempo laboral (más de 10 ½ horas de trabajo). De acuerdo a algunos autores, los trabajos donde tienen que trabajar ese promedio de horas tienen un mayor riesgo de hospitalización por infarto al miocardio que las mujeres que no trabajan sobretiempo.
- 3.- Se tienen muchas responsabilidades y demandas pero muy poco control para tomar decisiones y bajo apoyo social. En este sentido, Karasek y Theorell desarrollaron un modelo denominado de Demanda Control el cual establece que aquellas personas que trabajan en condiciones laborales que se caracterizan por altas demandas, poca capacidad de decisión y bajo apoyo social tienen mayores probabilidades de desarrollar problemas de salud y en especial enfermedades cardiovasculares. Ocupaciones tales como oficinistas, secretarías, enfermeras, cajeras, mesoneros, constituyen ejemplos de trabajos altamente riesgosos para la salud de acuerdo a este modelo. Este tipo de trabajos están mayormente ocupados por mujeres.
- 4.- Alta sobrecarga, combinada con trabajos monótonos y ajetreídos Incrementos significativos en hospitalización por infarto al miocardio expresados en ratios estandarizados de mortalidad se encontraron para trabajos monótonos y ajetreídos, horario irregular, falta de vacaciones, falta de apoyo social por parte de los compañeros y largas horas de trabajo cuando se comparaban con otras condiciones de trabajo. Los trabajos ajetreídos y monótonos también se encontraron asociados con enfermedades asociadas al consumo de alcohol y enfermedades gastrointestinales. Los trabajos por turno también están asociados a enfermedades isquémicas del corazón tanto en mujeres como en hombres.
- 5.- La falta de apoyo de los compañeros. Estos aspectos serán tratados y discutidos en la

conferencia.

Rehabilitación Cardíaca

Perspectivas de la rehabilitación cardíaca en el siglo XXI.

Mitos y Realidades del Entrenamiento Físico en Pacientes con Afecciones Cardiovasculares.

Control de Estrés y la Depresión durante la Rehabilitación Cardíaca

Perspectivas de la Rehabilitación Cardíaca en el Siglo XXI

Dra. Norka Antepara A.

Facultad de Medicina. Universidad Central De Venezuela.

E-mail: antepara@cantv.net

El término Rehabilitación Cardíaca se refiere a un grupo de intervenciones multifactoriales, coordinadas y diseñadas para optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social del paciente cardíopata, además de estabilizar, enlentecer y a ún revertir el progreso del proceso aterosclerótico subyacente y, por lo tanto, reducir su morbilidad y mortalidad.

La investigación permanente de la enfermedad aterosclerótica ha demostrado, desde hace ya varias décadas, tener una evolución que va desde el inicio de la vida de cada persona ya que se observan estrías de grasa en la aorta de niños tan tempranamente como lo es la primera década de la vida.

En consecuencia, actualmente hay una tendencia a cambiar la rigidez entre los conceptos de Prevención Primaria y Prevención Secundaria, cuyos límites de separación cada vez se hacen más difusos y nos está haciendo cambiar el pensamiento hacia una idea de Prevención General que involucre todas las intervenciones multidisciplinares, que antes solo estaban reservadas para aquellos pacientes con enfermedad arterial evidente como es el caso de los pacientes con diagnósticos de infarto del miocardio, enfermedad cerebro-vascular y enfermedad arterial periférica.

Actualmente vemos como existen campañas por diferentes medios comunicacionales que nos incitan a llevar un estilo de vida sano, pero lamentablemente las situaciones propias donde nos desenvolvemos en la cotidianidad, nos hace más propensos a desarrollar enfermedades cardiovasculares.

El ritmo de vida acelerado, una alimentación inadecuada, poca disponibilidad de tiempo para hacer ejercicio, el control deficiente de las enfermedades diagnosticadas que constituyen los factores de riesgo para desarrollar las obstrucciones arteriales (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.) y además, el hábito tabáquico que es la gran constante que conseguimos en nuestros pacientes, hacen entonces más necesaria la toma de conciencia por cada individuo acerca de los riesgos para su salud.

Nunca va a estar de más, ningún esfuerzo que se haga para educar a la población acerca de la necesidad de iniciar esta nueva forma de vida para protegernos de la enfermedad que constituye la primera causa de muerte tanto en Venezuela, como en la gran mayoría de los países, independiente de si son desarrollados o no.

En Venezuela existen Unidades de Rehabilitación Cardíaca, tanto en Caracas como en el resto del país, pero resultan insuficientes en relación con la inmensa población de pacientes que requieren de sus servicios y no pueden tener acceso a ellas. Se tienen programas continuos de formación de personal apto para trabajar en Unidades de este tipo y a nivel mundial se observa que existe una tendencia a crear Programas Comunitarios que sean supervisados por personal paramédico especializado, quienes son capaces de atender grupos poblacionales en cuanto a la realización de actividad física (Fisioterapeutas) y educación para las actividades de la vida diaria (Terapeutas Ocupacionales). También se ofrecen programas de ayuda para el control nutricional y control y supresión del hábito tabáquico a nivel extra institucional. Todo este personal especializado es la vía de enlace del paciente con el cardiólogo que labora en la Institución de Salud.

Como vemos, los programas de rehabilitación cardíaca no deben basarse exclusivamente en ejercicio físico sino que deben aportar todos los beneficios de una intervención multidisciplinaria.

En conclusión, el futuro de la Rehabilitación Cardíaca / Prevención es muy amplio y procurará llegar a toda la población de manera que se pueda reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

Mitos y realidades del entrenamiento físico en pacientes con afecciones cardiovasculares

Llc. Ennio Sánchez Brzozowski.
Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.
E-mail: enniobros@hotmail.com

El entrenamiento físico es "una cantidad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y con un propósito, el cual es mejorar o mantener el nivel de acondicionamiento físico" (1), mientras que el acondicionamiento físico "incluye una serie de atributos que los individuos tienen o alcanzan que se relacionan con su capacidad de realizar actividades físicas" (1). Desde mediados del siglo XX se han incluido diferentes modalidades de entrenamiento físico para pacientes con enfermedad cardiovascular, sobre todo cardiopatía isquémica. En esta breve revisión se plantean algunos mitos que pueden ser confrontados con la evidencia actual, a fin de clarificar aquellos aspectos que podrían prestarse a confusión entre los profesionales de la salud y los pacientes.

Las siguientes afirmaciones se basan en diferentes niveles de evidencia, calificados comenzando por la letra A (datos obtenidos de múltiples estudios clínicos randomizados), la B (datos originados de un estudio randomizado o varios no randomizados) y la C (datos obtenidos por consenso de expertos).

- Existe una clara evidencia (A) de que el entrenamiento aeróbico incrementa el consumo máximo de oxígeno (VO_{2max}) y la tolerancia al ejercicio en pacientes cardiopatas.
- El entrenamiento aeróbico debe formar parte esencial de los programas de rehabilitación cardiaca (A)
- Existe cierta evidencia (B) de que el entrenamiento físico mejora el bienestar psicológico y el ajuste social en sujetos cardiopatas.
- El entrenamiento físico puede (B) mejorar la perfusión miocárdica en pacientes con Enfermedad Arterial Coronaria (EAC), así como síntomas de isquemia miocárdica como la angina de pecho. Algunos estudios han demostrado una reducción significativa en defectos de perfusión inducidos por isquemia en pacientes con EAC después de un programa de entrenamiento físico, así como un aumento del DP antes de la aparición de cambios isquémicos o angina en estos pacientes.
- El entrenamiento físico (B) puede reducir la mortalidad cardiovascular y por todas las causas en sujetos cardiopatas. Sin embargo, el entrenamiento físico no ha podido demostrar por sí solo una disminución de la tensión arterial, regresión de la placa aterosclerótica, o formación de circulación colateral en pacientes con cardiopatía isquémica. Estos aspectos y otros de interés, son discutidos brevemente en la revisión.

Bibliografía

- 1- **Shephard RJ, Balady GJ:** Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation*, 1999; 99: 963 - 972.
- 2- **Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al:** Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No: CD001800.* 2001, Issue 1. Art. No: CD001800.
- 3- **Leon AS:** Exercise Following Myocardial Infarction. *Current Recommendations. Sports Med*, 2000; 29 (5): 301-311.

Control de Estrés y la Depresión durante la Rehabilitación Cardiaca

MSc. María Isabel Parada
Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.
Hospital de Clínicas Caracas.
E-mail: laparadita@cantv.net

Para las personas que han sido víctimas de un evento cardiaco resulta beneficioso el inicio de un proceso de rehabilitación que le brinde recursos y orientación para realizar los cambios necesarios y lograr una calidad de vida integral. En el siglo XXI ningún profesional de salud puede ignorar las reacciones psicológicas que coexisten a la enfermedad y considerarlas en todo programa de rehabilitación, pues la inestabilidad afectiva y la dificultad para aceptar las restricciones a las que debe someterse, puede impedir una adaptación adecuada a su condición de enfermo.

En la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario de Caracas la psicóloga de la salud, a través de dinámicas de grupos semanales, interviene para combatir la ansiedad y la depresión, principales sentimientos o disforias afectivas. La ansiedad está presente y asociada a la personalidad típica del cardiopata, perfeccionista, exigente consigo mismo, irascible, ahora acrecentada por el dolor, miedo a la muerte y a la discapacidad, tal como lo describe el Daseinanalyse de Binswanger "nace cuando el universo del hombre se tambalea o amenaza con hundirse" (Luban , pag.113). La depresión, por su parte, se asocia con factores intrapsíquicos

que tienen sus raíces dinámicas en el miedo reprimido a la incapacidad y el abandono. (Bellak, 1993).

Estos sentimientos acarrear trastornos de insomnio, con sueños paradójicos y sueños profundos, los pacientes se despiertan varias veces en la noche, tienen despertares tempranos, lo que les produce tensión, irritabilidad, labilidad emocional, fatigas, pérdidas de energías, etc. La intervención psicológica, acompañada de actitudes de afecto, empatía y comprensión, se basa en la expresión de sentimientos liberadores, en el entrenamiento en técnicas de control de stress: respiración, relajación, concentración, etc., a la vez se les instruye sobre Normas de Higiene al Sueño.

Talleres

- Estrategias psicoterapéuticas, conductuales y humanistas ante situaciones críticas.
- Inteligencia emocional y salud en las organizaciones.
- Hacia una mejor salud: ¿Cómo lograr cambios efectivos en mi estilo de vida?
- Mentes Ligeras: Un Programa para el Control del Peso.
- Psiconeurología: el abordaje multidisciplinario en la actividad del trasplante en Venezuela.

Estrategias psicoterapéuticas, conductuales y humanistas ante situaciones críticas

MSc. María Isabel Parada B.

Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

Hospital de Clínicas Caracas.

E-mail: laparadita@cantv.net

El profesional de la salud, en atención directa al paciente que sufre, aprende a reconocer los aspectos universales del hombre y a discernir sobre las diversas formas de proporcionar ayuda.

Las dificultades de la existencia se comprueban al analizar las historias vitales de las personas que desgranar su dolor ante el profesional que debe cuestionarse y cambiar sus propios conceptos de vida y muerte y colocarse al servicio de una causa y entregar lo mejor de sí para darse a aquel que clama alivio y consuelo.

La persona en una situación en crisis, o situación límite, se halla en estado de debilidad, dependencia, sin saber responder o reaccionar, con eficacia, a la problemática de una manera integral. El profesional no sólo debe reforzarle los recursos personales de afrontamiento sino que también, principalmente a través de sus actitudes personales y de su visión del mundo, debe brindarle herramientas que lo sostengan, que le sirvan de apoyo emocional, suficiente para extraerlo de la desolación y del fatalismo.

¿Cómo desarrollar en la persona que sufre un sentido de la vida, a partir de su sufrimiento, cómo considerar éste como un "regalo" en el sentido que da la oportunidad de entender las cosas, de ser compasivos y de renovarse como personas?

En el taller se analizará la forma de ver la vida alcanzada por las vivencias (experiencias de vida cargadas de emoción), la fortaleza obtenida luego de sufrimientos personales y se revisarán las respuestas a la Escala de Bunge de "Afrontamiento a la Muerte" para definir el proyecto y sentido de la vida.

El objetivo es formar al profesional para ser el intermediario que acoge el dolor del que sufre y lo transforma en un dolor simbolizado. Al entrar en concordancia con el sufrimiento del otro, al vibrar con él en esta resonancia, en esa empatía con el que sufre, recibir á nuestro amor, y crecerá junto a nosotros.

Inteligencia Emocional y Salud en las Organizaciones

Lic. Víctor Sojo Monzón

Universidad Central de Venezuela.

E-mail: victorsojo@gmail.com

El interés por estudiar las emociones en general y la Inteligencia Emocional (I.E.) en particular dentro de la Psicología sigue creciendo con el pasar del tiempo, aunque en algunas oportunidades pareciera un ejercicio más intuitivo que científico, en virtud de esto el presente taller tiene por objetivos:

1.- Desarrollar una revisión de la evolución del concepto de I. E., para encuadrarlo dentro de un paradigma específico de la Psicología.

2.- Comparar los modelos actuales de la I. E. (Mayer, Salovey y Caruso; Goleman; Bar-On; Cooper; Boyatzis y cols.), con la finalidad de identificar las coincidencias entre estos.

3.- En función de los modelos presentados, discutir los procedimientos de evaluación de la I. E. más apropiados para compararlos con los instrumentos más utilizados actualmente.

4.- Analizar situaciones de manejo emocional específicas y su efecto sobre la salud de las personas en contexto organizacional y hospitalario, apelando a resultados de investigaciones previas.

Metodología

- Exposición teórica sobre conceptos fundamentales y resultados empíricos.
- Ejercicios prácticos para la identificación de coincidencias y evaluación de los modelos expuestos; construcción de reactivos y evaluación de las implicaciones de dicho proceso.
- Discusión de casos.

Hacia una mejor salud:

¿Cómo lograr Cambios Efectivos en mi Estilo de Vida?

Dr. Isidoro Zaidman y Lic. Carolina Paris
Cátedra UNESCO - UCV "Hacia Una Cultura de Paz".
Clínica Esmeralda.
E-mail: izaidman@cantv.net

Objetivo: Motivar cambios exitosos en los estilos de vida que conduzcan a una mejor salud.

1- ¿Que es la salud?

La salud integral es un proceso dinámico que implica entender y valorar el propio estado, permitiendo al individuo que se percibe como sano pensar, sentir y actuar en consecuencia; y al individuo que se percibe en desequilibrio, iniciar procesos y acciones que lo conduzcan hacia la autorregulación y la recuperación de su homeostasis. Así, el concepto de salud integral tal como lo entendemos, no está determinado por la calidad o la cantidad de síntomas y signos que en un momento dado una persona presente. Está influido por la posibilidad de percibirse y la capacidad de generar respuestas autorreguladoras adaptadas a la valoración de dicha percepción.

Concretamente estar sano, consiste en percatarse del estado general de salud, hacer a una evaluación adecuada y actuar en consecuencia.

2. Conductas y Estilos de vida que conducen hacia una mejor salud.

Somos un todo.

Reconocimiento de la contribución psicológica, ambiental, social y espiritual al proceso de salud-enfermedad.

Participación activa de la persona en el proceso homeostático.

Énfasis en la medicina preventiva y en los estilos de vida que puedan disminuir la probabilidad de enfermar.

Aprender a vivir con estrés.

Reconocer y combatir la depresión.

Atender a la alimentación.

Actividad física.

Atención médica-preventiva en salud.

3- ¿Como lograr cambios exitosos?

El motor del cambio es el querer. Inteligencia emocional.

Preguntarse realmente si vale la pena hacer el esfuerzo por cambiar.

Elegir reforzadores. El mundo de las imágenes. Elegir Imágenes motivadoras.

Los recuerdos.

Elaborar el plan de cambio.

Qué quiero lograr. Definir las metas y los indicadores.

Actuar.

Como sabré que estoy logrando lo que quiero.

Ayudas.

Mentes Ligeras: Un Programa para el Control del Peso.

Eleonora Vivas, PhD y MSc. Zoraide Lugli

Universidad Simón Bolívar

E-mails: eleonoravivas@cantv.net y zlugli@usb.ve

Mentes Ligeras es un taller dirigido a profesionales de la salud que estén interesados en generar responsabilidad individual en sus pacientes con problemas de sobrepeso y obesidad.

Tiene por objetivos:

- 1.- Conceptuar la obesidad como una enfermedad multifactorial cuyas consecuencias se manifiestan en diversas áreas del ser humano afectando el funcionamiento general de quien la padece.
- 2.- Establecer la importancia de un enfoque de tratamiento multidisciplinario de la obesidad.
- 3.- Discutir el papel de las creencias en el génesis y mantenimiento de la obesidad, así como de sus implicaciones en el tratamiento multidisciplinario.

Metodología:

- Breve exposición teórica sobre la obesidad, sus efectos y tratamientos.
- Ejercicio grupal para la identificación de áreas de intervención.
- Estudio de caso para la identificación de elementos importantes a tomar en consideración para un tratamiento integral.
- Actividad de cierre.

Psiconeurología: el abordaje multidisciplinario en la actividad del trasplante en Venezuela.

Calvanese N, Hernández E, Coordinadores ONTV, García H, Redondo A.

Universidad Simón Bolívar. Hospital Clínico Universitario

Email: simonico@intercable.net.ve

El taller sobre el abordaje multidisciplinario de la actividad del trasplante de órganos y tejidos en Venezuela se encuentra enmarcado en la reciente disciplina de Psiconeurología y está dirigido a los distintos profesionales de la salud para conocer el proceso de la solicitud de órganos y la entrevista familiar para el consentimiento familiar. Como propósitos fundamentales el taller pretende brindar a los asistentes:

- Conocimiento sobre la situación actual de la donación y el trasplante en Venezuela.
- Facilitar la comprensión conceptual y práctica de los procesos relacionados con el sistema de procura de órganos para trasplantes.
- Promover la participación multidisciplinaria y del psicólogo dentro del proceso de la entrevista para el consentimiento familiar y manejo de las emociones en el proceso de duelo.

La dinámica del taller incluirá una encuesta de opinión sobre el tema, tres actividades individuales y grupales relacionadas con un video, discusión de un caso, técnicas de entrevista, observación participante y de registro para fomentar la participación y discusión del tema de la donación como miembros de la sociedad venezolana.

Los Coordinadores que estarán presentes son Eddy Hernández, Leyda González, Haidee González, Deyanira Balza, Virginia Martínez, Tamaira Cubillán, Alejandro Cisneros.

Carteles interactivos

1. Tratamiento Preventivo del Cáncer Pulmonar Tabáquico
2. Síndrome de Intestino Irritable. Aspectos Psicológicos.
3. Trastornos Anorrectales: Una Aproximación Desde El Modelo Conductual.
4. Efectos de un Programa Psicológico para Reducir la Depresión y Ansiedad en Adolescentes Femeninas con Enfermedades Autoinmunes
5. Factores de Riesgo de Infección con el Virus de Hepatitis B del Personal de Enfermería que Labora en la Unidad Clínica de Emergencia del Hospital Universitario de Caracas al momento de Cateterizar Vías Periféricas
6. La Satisfacción Del Paciente: Variables Asociadas
7. Satisfacción de Pacientes Hospitalizados en el Sector Médico-Asistencial Público y Privado: Componentes y Predictores
8. Actividad Simpática y su Impacto en Variables Cardiovasculares en Adolescentes.

9. Evaluación de la Respuesta Cardiovascular al Estrés y Variabilidad Ambulatoria en Normotensos
10. Presión Arterial Elevada en Niños de 2 A 6 años en el Área Sur-Oeste de Caracas

Cartel 1

Tratamiento Preventivo del Cáncer Pulmonar Tabáquico

Dr. Felipe Martin Piñate

Institución: Medico Neumonólogo. Cirujano de Tórax. Doctorando en Ciencias Médicas.

E-mail: felipemartinp@yahoo.es

El propósito del trabajo es promover una cultura de vida, que iniciada desde la etapa prenatal debe mantenerse en el sistema educativo como eje transversal a través de la escuela y otros medios, utilizando criterios abiertos que contribuyan a solucionar un grave problema de salud publica mundial Elevada mortalidad producto del Cáncer Pulmonar a consecuencia del cigarrillo.

Para contextualizar se revisaron trabajos científicos incluyen dos estudios previos del autor así como otros de fuentes diversas. En la investigación de campo la metodología fue guiada por el paradigma de la Complejidad: Momentos cuantitativos (deductivos), cualitativos (inductivos), y dialécticos (teoría crítica), emergiendo la estrategia como método durante la vivencia. Del estudio e interpretación del material explorado, observamos marcada desproporción entre los procedimientos terapéuticos empleados por el modelo biomédico y los resultados obtenidos: Cáncer Pulmonar; primera causa de Mortalidad por cáncer para ambos sexos, Cáncer Pulmonar de origen tabaquico, 90% de los carcinomas de pulmón, enfermedad avanzada loco-regional y sistémica generalizada, exenta de tratamiento efectivo: 91%, sobrevivida a los 5 años: 5-16%.

Esta situación de incertidumbre nos induce a presentar propuestas complementarias, emergentes, de enfoque interdisciplinario; conjugando Ciencia Acabada regida por el modelo Biomédico con modelo Biopsicosocial reflexivo, del cual se derivan ventajas terapéuticas preventivas: El Aprendizaje Transformacional contribuye a que las personas revisen su visión ontológica a objeto de construir su proyecto de vida.

Palabras claves: Prevención, Cáncer Pulmonar, Aprendizaje Transformacional.

Cartel 2

Síndrome de Intestino Irritable. Aspectos Psicológicos.

Mariela González y Mónica de Ascençao

Institución: Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: marie18@cantv.net

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional de la motilidad intestinal que constituye una de las problemáticas que en mayor medida compromete la calidad de vida y el bienestar de un sinnúmero de personas al presentar una sintomatología física muy variada (dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento) que por lo difusa e imprecisa únicamente ha podido ser manejada de manera paliativa desde el punto de vista médico. La presente investigación abordó la vinculación de las variables psicológicas con el SII. Ahondando así en una intervención de la problemática conductual en la cual se encuentra inmersa la persona que posee ese diagnóstico, en parte por la necesidad de caracterizar el SII y por otro lado, de establecer relaciones entre las dimensiones propias del comportamiento del individuo y la prevalencia de su sintomatología física. Con una guía de entrevista, se trabajó con 17 pacientes diagnosticados con SII, los resultados obtenidos indican que la mayoría de los pacientes son personas que se irritan con frecuencia, tienen dificultad para tomar decisiones, han experimentado fatiga, taquicardia, agitación, preocupación, ansiedad en exceso, inquietudes y sobresaltos, sensaciones de ahogo; además de mareos, dolores de cabeza y contractura muscular. Esto revela que son personas con elevados niveles de ansiedad y estrés a pesar de que refieren llevar una vida satisfactoria. En consecuencia, se puede decir que en los pacientes con SII predominan los desajustes emocionales al no encontrarse un bienestar psicológico a pesar de reportar satisfacción en los demás planos de su vida.

Descriptor: Síndrome de Intestino Irritable, Variables Psicológicas, Patrones conductuales, Desajustes Emocionales.

Cartel 3

Trastornos Anorrectales: Una Aproximación Desde El Modelo Conductual.

María Gabriela Ochoa y Riceliana Moreno

Institución: Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: gabycute23@yahoo.com.ar

Frente al incremento considerable de la recidiva en los trastornos anorrectales y por la ausencia de una explicación clínica consistente, los especialistas en el área de coloproctología, buscan ampliar la visión del problema incorporando factores psicológicos como eventos disposicionales o coadyuvantes. Dada la visión funcional del análisis conductual, se propuso un estudio exploratorio que incluyó el diseño de una Guía de Entrevista que permitiera identificar y caracterizar una unidad de análisis y de medida de manera que se pudieran establecer aquellas dimensiones conductuales de las áreas sensibles a la problemática anorrectal, la misma fue validada tanto a nivel empírico como de constructo. Por otra parte, se aplicó un programa estadístico complementado con un análisis clínico permitiendo observar que las distintas áreas del desarrollo del individuo interactúan entre sí, y que además el aspecto emocional es el componente con mayor incidencia en el desenvolvimiento de las demás áreas y en la manifestación y recurrencia de las patologías anorrectales.

Descriptor: Trastornos Anorrectales, Medicina Conductual, Validación.

Cartel 4

Efectos de un Programa Psicológico para Reducir la Depresión y Ansiedad en Adolescentes Femeninas con Enfermedades Autoinmunes

Charlott Delgado y Mónica Guerra

Institución: Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela

E-mail: ch8jc8@hotmail.com

Se diseñó y aplicó un programa psicológico de 9 sesiones, basado en estrategias de afrontamiento, manejo adecuado de los afectos displacenteros, calidad de vida con respecto a la salud y relaciones interpersonales, para disminuir la Depresión y Ansiedad, en un grupo de 8 adolescentes femeninas con enfermedades autoinmunes entre 14 y 17 años de edad. Se trató de un experimento de campo con diseño de tipo pre-experimental. Se realizó una evaluación pre y post intervención de la Depresión y de la Ansiedad. Los resultados se evaluaron con la prueba de Wilcoxon, encontrándose una disminución significativa en los niveles de ansiedad (rasgo-estado) y depresión (total depresivo), sin disminución significativa en la dimensión total positivo. Se concluye eficiencia del programa psicológico.

Descriptor: Afrontamiento, Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida y Adolescencia.

Palabras Claves: Enfermedades Autoinmunes, Afectos Displacenteros, Relaciones Interpersonales.

Cartel 5

Factores de riesgo de infección con el virus de hepatitis B del personal de Enfermería que labora en la Unidad Clínica de Emergencia del Hospital Universitario de Caracas al momento de cateterizar vías periféricas

Badillo Y. y Pérez, Y.

Institución: Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: ydik3@hotmail.com

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptiva de tipo no experimental. Cuyo objetivo principal fue identificar los factores de riesgo a infección de Hepatitis B del personal de enfermería al momento de cateterizar vías periféricas.

Para su realización se diseñaron tres instrumentos de recolección de información, una guía de inspección, una guía de cotejo y por último un cuestionario. Los instrumentos se aplicaron al personal de Enfermería de la Unidad de Emergencia; la población está constituida por profesionales de enfermería (T.S.U. y Licenciadas) y auxiliares de enfermería, de las áreas de Quirofanito, Ventiloterapia y Cubículos, donde predomina el sexo femenino y con un promedio de edad de 30 años, con una población total de 34 enfermeras (os).

Con relación a las conclusiones obtenidas se pueden enumerar de la siguiente manera, en las características del ambiente de trabajo se pudo observar que en las áreas se cumple con un 66,7% de las condiciones básicas. En relación con la diseminación de desechos existen algunas deficiencias tales como la identificación de los recipientes, la colocación de tapas a estos, además de los recipientes para el descarte de los materiales punzo cortantes. En el caso del control médico presenta faltas porque solo un 59,2% realiza un control médico frecuente; en cuanto al lavado de las manos, el 62,7% mantiene sus uñas cortas y las manos sin ornamentos y el 52% realiza el lavado de las manos. En relación al uso de las barreras físicas el personal

incumple en un gran porcentaje con el uso de las mismas. En el caso de la utilización del protocolo de seguridad, la mayoría del personal expuesto (35,3%), que inicia el tratamiento no lo continúa.

Cartel 6

La satisfacción del paciente: variables asociadas

Feldman, L.; Vivas, E.; Lugli, Z., Bustamante, S. & Gisbert, C. y Cordido, G.
Instituciones: Universidad Simón Bolívar y Universidad Central de Venezuela.
E-mail: lfeldman@cantv.net

La satisfacción del paciente, entendida como una evaluación positiva de las diferentes dimensiones de la atención médica recibida, es considerada, hoy en día, un indicador fundamental de la calidad de los servicios médicos. El presente estudio de campo ofrece un panorama de las diversas variables que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico Universitario de Caracas (HCU). Trescientos noventa y cuatro participantes voluntarios (M = 197, F= 197) de edades superiores a los 15 años, fueron entrevistados a través de un guión semiestructurado basado en los datos de investigaciones anteriores llevadas a cabo en la misma institución. El análisis factorial de los resultados arrojó que las variables incluidas en él se agrupaban en 6 factores para explicar un 57,38% de la varianza, a saber: evaluación de la actitud del personal de enfermería, médico, auxiliar; comodidades del centro de salud; sentimientos negativos experimentados durante la hospitalización; percepción de apoyo emocional externo y satisfacción de las necesidades de seguridad física por parte de otro personal.

Asimismo, se obtuvo a través del uso del análisis discriminante que, de ellos, el único criterio válido para predecir directamente el constructo en la población estudiada es la calidad de la atención del personal médico (F= 35,311;p< 0,01) específicamente en lo referente a la puntualidad del servicio (F= 10,668;p<0,01), interés demostrada hacia el paciente (F= 8,322; p < 0,01). Finalmente, se propone un modelo de cuestionario objetivo para la evaluación de la satisfacción de pacientes hospitalizados en el HCU.

Descriptores: Satisfacción del paciente hospitalizado, calidad del servicio médico, gestión de salud, relación médico-paciente.

Cartel 7

Satisfacción de pacientes hospitalizados en el sector médico-asistencial público y privado: componentes y predictores

Vanessa Alviarez, Laura Martín y Víctor Sojo
Institución: Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela.
E-mail: vane_alv1@yahoo.com

La satisfacción de los pacientes hospitalizados es una variable multidimensional referida a la reacción del usuario ante la calidad del servicio sanitario. En la presente investigación, no experimental cuyo diseño es transversal correlacional, se midió dicha variable con la finalidad de establecer si existen diferencias entre las valoraciones que hacen pacientes de centros públicos y privados, masculinos y femeninos, y establecer en qué medida los componentes organizacionales predicen los componentes proximales-individuales. Se adaptó el Inventario de Satisfacción de Pacientes en el Hospital, traduciéndolo y realizando una prueba piloto para, finalmente, medir la variable de estudio (n= 150). El análisis factorial del instrumento arrojó 4 componentes organizacionales (facilidades, actitudes del equipo tratante, información general y suministrada por enfermeras, e información suministrada por médicos) y 3 componentes proximales -individuales (proceso general de cuidado, salud física percibida y bienestar psicológico). Al comparar las evaluaciones que hacen los pacientes de centros públicos y privados se encontraron diferencias significativas entre las facilidades, actitudes del equipo tratante, información suministrada por médicos, proceso general de cuidado, salud física percibida y bienestar psicológico. El análisis de regresión múltiple indica que los componentes que predicen el proceso general de cuidado son la información suministrada por médicos, las facilidades y la información general y suministrada por enfermeras; por su parte, la información suministrada por médicos es el único factor organizacional que predice la salud física percibida; por último, las facilidades y las actitudes del equipo tratante son aquellos que predicen el bienestar psicológico de los pacientes durante la hospitalización.

Palabras Claves: Satisfacción, Hospitalización, Calidad del Cuidado.

Cartel 8

Actividad simpática y su impacto en variables cardiovasculares en adolescentes

Dra. Rosa Miranda y Dra. Elsy Rodríguez-Roa.
Hospital José Ignacio Baldó. Departamento de Pediatría. Consulta de Adolescentes.

E-mail: romimo@cantv.net

Se estudia la relación entre la frecuencia cardíaca (FC) y los resultados del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) durante las actividades laborales (horas de estudio), en adolescentes entre 10 y 19 años, de ambos sexos, que asisten voluntariamente a la consulta de Adolescentes, 33 con diagnóstico de Obesidad sin resistencia a la insulina (grupo A) y antecedente familiar de enfermedad cardiovascular en 1er grado y 20 sin obesidad (grupo B) ni antecedente de enfermedad cardiovascular. Una vez obtenido el consentimiento informado del representante, se realiza historia clínica, Exámenes de laboratorio, Medidas antropométricas y MAPA.

Resultados del MAPA: Se evidencia aumento del 18% de la FC (91,85 +/- 2,39; $p < 0.0001$) y de la Presión arterial (PAS 124,95 +/- 6,85 y PAD 81,79 +/- 2,43, $p < 0.0009$) en las horas laborales en los del grupo A con respecto a los del grupo B (FC 80,01 +/- 2,23, PAS 117,99 +/- 7,06 y PAD 76,83 +/- 4,79).

Resultados Bioquímicos: se observa mayor nivel de colesterol y de Triglicéridos en el grupo A con respecto a los del grupo B ($P < 0.005$)

Resultados Antropométricos: Prevalencia mayor de sobrepeso: Índice de masa corporal (26,5 +/- 3,53 $P < 0.0001$), Circunferencia braquial (29,5cms +/- 6,36 $p < 0.0011$) asociado a mayor área grasa (2744,5 +/- 1801 $p < 0.0058$) en los del grupo A que en los del grupo B (IMC 19,16 +/- 0,70 -CB 24,5 +/- 1,41 - AG 1571,66 +/- 267,28)

Se confirma que la Obesidad, así como los antecedentes familiares influye en el comportamiento de la FC y de la Presión Arterial durante las actividades laborales en adolescentes.

Cartel 9

Evaluación de la respuesta cardiovascular al estrés y variabilidad ambulatoria en normotensos

Evaluation of cardiovascular response to stress and variability in ambulatory measurement in normotenses

Melba Hernández y Evelyn Canino

Institución: Universidad Simón Bolívar.

E-mail: melbaht@yahoo.com, melbahernandez@gmail.com

Se propone en primer lugar, evaluar la respuesta cardiovascular durante estresores psicológicos de laboratorio y de campo (Test de Stroop, Tarea Aritmética y Examen Académico). Segundo, determinar la asociación entre las respuestas cardiovasculares de dichos contextos y, tercero, estimar la asociación de las respuestas cardiovasculares de laboratorio y de campo con la medición ambulatoria diurna de parámetros fisiológicos (Niveles de Presión Arterial y Frecuencia Cardíaca en el día y la Variabilidad Intraindividual), en un grupo de 17 estudiantes universitarios.

Los resultados generales indican una tendencia de incremento importante y significativa de la respuesta cardiovascular de los parámetros fisiológicos, ante los estresores psicológicos de ambos contextos (laboratorio y campo). Ante la Tarea Aritmética, el mayor incremento se produce en la Presión Arterial Sistólica y la Frecuencia Cardíaca, y ante el Test de Stroop, es la Presión Arterial Diastólica, la que se incrementa más; asimismo, el mayor incremento en campo se observa en la Frecuencia Cardíaca. Por lo tanto, se determinó que en este grupo, el parámetro susceptible de modificación es la Frecuencia Cardíaca. Se encontraron asociaciones de la respuesta cardiovascular de laboratorio con el nivel del parámetro fisiológico ambulatorio en Presión Arterial Sistólica y Diastólica, y entre la respuesta cardiovascular de campo y el nivel del parámetro fisiológico ambulatorio en Frecuencia Cardíaca, por lo cual hay una generalización limitada de los contextos de laboratorio y campo al ambulatorio, considerando la influencia de los factores psicosociales en su entorno natural. No se halló asociación entre la reactividad cardiovascular y la variabilidad intraindividual ambulatoria, dada la consistencia de la reactividad de los parámetros cardiovasculares en laboratorio y campo y la baja variabilidad en el registro ambulatorio, la cual parece estar explicada por la edad de los sujetos.

Cartel 10

Presión arterial elevada en niños de 2 a 6 años en el área sur-oeste de Caracas

Dr. Esteban Hamilton B.

Unidad de Hipertensión Arterial Ángel Vicente Ochoa, IVSS, El Cementerio, Caracas.

Actualmente, no contamos con datos estadísticos recientes de la prevalencia de presión arterial elevada en pre-escolares. Ese es el motivo de este trabajo. Se examinaron niños con edades comprendidas entre 2 y 6 años. Se usó la historia de Pre-diagnostico para Pediatría de la Unidad de Hipertensión Arterial. El personal médico fue homologado para la toma de presión arterial según las normas de las Unidades de Hipertensión Arterial. Se utilizó como parámetros de Presión Arterial Elevada, el IV Comité para el Diagnostico, Evaluación, Tratamiento de la Presión Arterial Elevada en Niños y Adolescentes año 2004. Para la altura, se utilizaron las Tablas de Peso y Talla realizadas por Fundacredesa en el año 2002. Se cambió el término de Pre-hipertensión por el de Normal Alto debido a que, consideramos que se estigmatiza al niño. Se examinaron un total de 107 niños con edades comprendidas entre 2 y 6 años observándose los siguientes resultados: Presión Arterial Normal 92%, Presión Arterial Normal Alta 6%, Presión Arterial Grado I 2%. Podemos llegar a la conclusión de que hay un porcentaje en la población de niños entre los 2 y 6 años con Presión Arterial Normal Alta y Grado I que no son tomados en cuenta. Deberían crearse programas de diagnóstico, prevención y tratamiento de la presión arterial elevada en niños y adolescentes para nuestro país. No utilizar el término pre-hipertenso debido a que, se crearía un niño minusválido con respecto a su entorno familiar.

Carteles interactivos (II)

11. Factores de riesgo y monitoreo ambulatorio de presión en Síndrome Metabólico: abordaje en adolescentes de alto riesgo
12. Comorbilidad psiquiátrica en pacientes con obesidad mórbida en periodo preoperatorio de cirugía bariátrica
13. Factores psicosociales asociados a la condición de embarazo en adolescentes
14. Determinación de parámetros psicológicos y polisomnográficos en adultos con y sin insomnio crónico
15. Diagnóstico psicológico asociado a la malnutrición infantil de una comunidad urbano marginal

Cartel 11

Factores de riesgo y monitoreo ambulatorio de presión en Síndrome Metabólico: sbordaje en adolescentes de alto riesgo

Dra. Elsy Rodríguez - Roa, Dra. Rosa Miranda, Thais. Cabrera y Lic. Nancy G ómez.
Institución: Hospital José Ignacio Bald ó "El Algodonal".
E-mail: roaflia@cantv.net

El perfil de riesgo cardiovascular y resultados del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) se estudian en adolescentes de ambos sexos, entre 10-19años que asisten a la consulta de adolescentes del Hospital José Ignacio Bald ó de forma voluntaria, 40 con un diagnóstico clínico de síndrome metabólico y antecedente familiar positivo de diabetes tipo II (A), y 20 adolescentes sanos sin síndrome metabólico y/o antecedente familiar de diabetes.

Después de obtener consentimiento informado del representante, se realiza una historia clínica, perfil bioquímico, antropométrico, cardiovascular y MAPA.

Resultados del MAPA: 1/3 de los catalogados con Percentil>95 en registro de la PAS y/o PAD en el consultorio tienen un MAPA normal ("Bata blanca") , 1/5 de ingreso con percentil >75 resultaron con promedio de MAPA > percentil 95 para edad y sexo. El grupo A tiene menor reducción de la presión arterial nocturna y frecuencia cardiaca mayor durante el día. La determinación de variabilidad por el cociente desviación estándar de la presión sistólica/desviación estándar de la frecuencia cardiaca fue mayor en el grupo A que en el B.

Resultados bioquímicos: Se confirma insulina -resistencia en el 44% del grupo A y en dos del grupo B. El nivel de glicemia e insulina, triglicéridos, ácido úrico fue mayor en el grupo A (P<0.05)

Variables antropométricas: mayor prevalencia de sobrepeso (p<0.05) asociado a mayor área grasa.

La estrategia de evaluación diseñada para adolescentes con diagnóstico clínico para s índrome metabólico permite una adecuada estratificación de riesgo global e intervención temprana.

Cartel 12

Comorbilidad psiquiátrica en pacientes con obesidad mórbida en periodo preoperatorio de cirugía bariátrica

Fábregas, L.; Hernández, A. & Rodríguez, E.

Institución: Hospital Universitario de Caracas.

E-mail: lufapell@yahoo.com; anathernandez@cantv.net & erodric@cantv.net

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes con obesidad mórbida que están en proceso de resolución quirúrgica y precisar la intervención terapéutica requerida en el período preoperatorio. La muestra estuvo conformada por 27 sujetos adultos (7 hombres y 20 mujeres), atendidos en el Hospital Universitario de Caracas. Se realizó evaluación preoperatoria por los servicios de cirugía, nutrición y psiquiatría, la cual comprendía: entrevista semiestructurada, y aplicación de Escala de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Hamilton, Dibujo de la Figura Humana (DFH), Índice de Calidad de Vida e Índice de Trastornos de Alimentación (EDI). Resultados: Se reveló comorbilidad psiquiátrica para depresión y ansiedad en un 40,73% y 70,37% respectivamente; el 85,19% de los pacientes se perciben con muy buena calidad de vida. Asimismo, las características de mayor prevalencia en DFH y en EDI fueron: preocupación excesiva por la dieta y el peso (56,52%), insatisfacción por su cuerpo (57,17%), inseguridad (8,7%), perfeccionismo (65,22%), temor a estrechar relaciones interpersonales (26,09%), conductas bulímicas (26,09%), tendencia a refugiarse en la seguridad infantil (95,65%), dificultad para la toma de decisiones en situaciones emotivas (17,39%).

Conclusiones: En todos los pacientes se encontraron síntomas psiquiátricos y rasgos de carácter; de los cuales el 44,44% de los casos se registró patología psiquiátrica severa (ansiedad y depresión) por lo que se consideró indispensable realizar un proceso psicoterapéutico en el período preoperatorio. El tratamiento debe dirigirse a la adhesión del paciente al proceso pre y post quirúrgico, interactuando con el equipo multidisciplinario, el cual debe mantenerse en constante comunicación.

Palabras Claves: Comorbilidad psiquiátrica, obesidad mórbida, resolución quirúrgica.

Cartel 13

Factores psicosociales asociados a la condición de embarazo en adolescentes

Balza, Beatriz; Cywiak, Vanesa; Ferrante, Michelle; Hoyer, Mayrelis; Orta, Andreina; Trebbau, Katharina, Vásquez Marcela y Angelucci, Luisa.

Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello.

E-mail: beatrizbalza@yahoo.com

Objetivo. Se pretendió, con base en el modelo de Creencias de la Salud de Rosenstock (1966), evidenciar si las variables nivel socioeconómico de la joven, creencias de la joven hacia el embarazo y la maternidad en términos de los costos-beneficios y gravedad que percibe el mismo, edad de iniciación sexual, nivel educativo de la adolescente, cantidad de parejas sexuales, ausencia del padre de la joven en el hogar, autoeficacia hacia el uso de métodos anticonceptivos y frecuencia de relaciones sexuales, permitían diferenciar entre adolescentes en condición de embarazo, y aquellas adolescentes sin esta condición. A la vez que se buscaba saber cuales de las variables mencionadas tenían mayor peso en la diferenciación de ambos grupos.

Método. A 141 adolescentes en edad reproductiva entre 12 a 22 años, pertenecientes al sexo femenino y teniendo en cuenta la condición de embarazo – no embarazo de las mismas, se le aplicaron los cuestionarios derivados de la escala modificada de creencias hacia la maternidad de Domínguez y Flores, de la escala modificada de autoeficacia de López y Padilla, de la escala Graffar, y del cuestionario que se construyó para medir la ausencia del padre, la frecuencia de relaciones sexuales, la edad de iniciación sexual y la cantidad de parejas sexuales.

Resultados. Se encontró que las jóvenes que tenían mayor probabilidad de pertenecer al grupo de embarazadas adolescentes eran: las de menor nivel socio económico, una edad de iniciación sexual temprana, las de más creencias favorables hacia la maternidad en general, las que no se sentían capaces de preguntarle a sus parejas acerca de su pasado riesgoso, las que tenían una menor edad actual, las que percibían una menor capacidad en el uso adecuado y adquisición de métodos anticonceptivos y las que tenían una mayor frecuencia de relaciones sexuales.

Conclusión. Ciertas variables psicosociales ejercen una gran influencia sobre el problema del embarazo adolescente; las cuales pueden variar desde lo más cultural como el nivel socioeconómico de las jóvenes y las creencias hacia la maternidad en términos de costos y beneficios que poseen las mismas, hasta lo más personal, como la edad de iniciación sexual, la percepción de autoeficacia hacia el uso de métodos anticonceptivos y para preguntar a la pareja acerca de sus conductas riesgosas pasadas y la frecuencia de relaciones sexuales que mantienen las mismas.

Cartel 14

Determinación de parámetros psicológicos y polisomnográficos en adultos con y sin insomnio crónico

Mireya Benaim-De Mann y Hecmy García Rivero

Universidad Simón Bolívar.

E-mail: hecmyg@yahoo.com y mhenbeck@yahoo.com

El insomnio es un problema de salud importante y prevalente entre personas adultas. Para abordar este problema, se compararon adultos insomnes y no insomnes con un diseño causal-comparativo, ex-post-facto. Veinticuatro adultos de ambos sexos y de educación superior (12 insomnes crónicos y 12 no insomnes) se compararon con base a medidas psicológicas y polisomnográficas. Se determinaron en ambos grupos los parámetros psicológicos (apreciación del sueño, estrés, afrontamiento, depresión, ansiedad y personalidad), e indicadores polisomnográficos (eficiencia del sueño y mantenimiento, etapa delta, etapa REM, saturación de oxígeno). De las 6 medidas psicológicas revisadas, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el 100%: Cuestionario del Sueño; Inventario de Estrés Diario (DSI), Cuestionario de Afrontamiento (CRQ); Inventario de Depresión de Beck (BDI); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); y, el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota-2 (MMPI-2). De las 5 medidas polisomnográficas se encontraron diferencias significativas en el 100 %: De acuerdo a los perfiles polisomnográficos obtenidos se concluyó que el 34% sufre de depresión distímica; 25% tiene insomnio primario; 17% presenta una depresión mayor; 8 % sufre de estrés no compensado, 8% presenta apnea central del sueño y 8% sufre de trastorno de pánico. Entre los aportes de este estudio se identificaron los instrumentos psicológicos pertinentes para mejorar la relación costo-eficiencia de este tipo de investigaciones y se ofrecen recomendaciones para el entrenamiento, tratamiento e investigaciones a realizarse en esta área. En estudios futuros se propone combinar las mediciones polisomnográficas con las mediciones neuroendocrinas y psicológicas para mejorar los perfiles diagnósticos.

Palabras claves: Sueño; insomnio; estrés; personalidad; polisomnografía.

Cartel 15

Diagnóstico psicológico asociado a la malnutrición infantil de una comunidad urbano marginal

MSc. Carmen Elena Brito

CANIA.

E-mail: accaniacp@cantv.net

El Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano - CANIA, a través de la Coordinación de Psicología, ha desarrollado una estrategia de intervención dirigida a los niños, madres, familias, comunidad y personal de las instituciones, basada en el diagnóstico realizado en un proceso de investigación - acción que ha sido llevado a cabo durante los 10 años que tiene la institución. Los datos más relevantes encontrados en el diagnóstico realizado son: carencia de recursos económicos, cognitivos y emocionales ; dificultad para proyectarse en el futuro y para desarrollar objetivos, planes y metas de vida; bajos niveles de organización y control personal, familiar y comunitario; bajos niveles de reconocimiento personal y de las propias fortalezas (baja autoestima); locus de control externo; naturalización de los problemas y necesidades; Inmediatismo; y baja orientación al logro.

El diagnóstico se ha realizado en niños, madres, familia, comunidad e instituciones como una aproximación lo más ajustada posible a la realidad, como una manera de intervenir la malnutrición desde sus orígenes.

A continuación se resumen en dos tablas los principales datos encontrados:

Niño	Madre	Familia	Comunidad
§ Malnutrición	§ Madres multiproblematizadas	§ Familias multiproblematizadas	§ Familias multiproblematizadas
§ Abandono (real, emocional)	⊃ Madres solas	⊃ Desempleo o subempleo	⊃ Desempleo o subempleo
§ Negligencia	⊃ Problemas conyugales	⊃ Problemas económicos	⊃ Problemas económicos
§ Maltrato	⊃ Violencia familiar	⊃ Hacinamiento	⊃ Hacinamiento

§ Falta de escolaridad, deserción escolar, repitencia.	▷ Problemas con familiares y vecinos	▷ Carencia de vivienda	▷ Carencia de vivienda
§ Problemas de aprendizaje	▷ Hacinamiento	▷ Familias extendidas	▷ Familias extendidas
§ Falta información y de experiencias enriquecedoras	▷ Problemas económicos	▷ Alcoholismo	▷ Alcoholismo
§ Ausencia o escasez de actividades recreativas.	§ Madres con pocos recursos personales: cognoscitivos y emocionales	§ Problemas conyugales (o de pareja)	§ Problemas conyugales (o de pareja)
§ Enfermedades crónicas	§ Fallas en la relación madre-hijo (manejo inadecuado) (Alteraciones en el vínculo madre-hijo).	§ Bajos o altos niveles de cohesión familiar	§ Bajos o altos niveles de cohesión familiar
	§ Locus de control externo. Dependencia de otros: pareja, familia, instituciones, gobierno, etc.	§ Bajos niveles de organización y control familiar.	§ Bajos niveles de organización y control familiar.
	§ Escasez de metas y objetivos de vida	§ Fallas en la comunicación y en las interacciones	§ Fallas en la comunicación y en las interacciones
	§ Énfasis en el presente (el aquí y el ahora)	§ Locus de control externo. Las soluciones vienen o deben venir desde afuera. No se ven como protagonistas para realizar los cambios. Las soluciones deben venir del gobierno, docentes, médicos, etc.	§ Locus de control externo. Las soluciones vienen o deben venir desde afuera. No se ven como protagonistas para realizar los cambios. Las soluciones deben venir del gobierno, docentes, médicos, etc.
	§ Resistencia al cambio.	§ Resistencia al cambio	§ Resistencia al cambio
	§ Falta de educación, información y de experiencias enriquecedoras	§ Baja orientación hacia actividades, culturales, recreativas e intelectuales.	§ Baja orientación hacia actividades, culturales, recreativas e intelectuales.
	§ Bajos niveles de autoestima y de orientación al logro.	§ Inmediatismo	§ Inmediatismo
	§ Manejo inadecuado de las conductas de los niños.		
	§ Poca conciencia de las implicaciones de la malnutrición en la salud y el desarrollo del niño y de la responsabilidad de los padres en su establecimiento, mantenimiento y recuperación.		
	§ Vulnerabilidad		

Docentes	Médicos	Enfermeras
§ Poca consciencia de la problemática nutricional y de salud de los niños	§ Poca consciencia de la problemática nutricional, mayor énfasis en otros aspectos de la salud.	Ÿ Falta de ética en los centros de salud y de los enfermeros de los recién graduados.
§ Interés en alguna medida por aspectos emocionales	§ Poca involucración en problemas	Ÿ Apatía y pérdida de la

§ Poco compromiso en su rol de docente con otras áreas distintas a la educativa	ya identificados. Naturalización.	motivación como consecuencia de la falta de recursos en los ambulatorios, rivalidad y sobrecarga para algunas enfermeras ya que los pacientes solicitan la atención de las más atentas, falta de reconocimiento,
§ Poca involucración en problemas ya identificados. Naturalización.	§ Locus de control externo. Las soluciones vienen o deben venir desde afuera. No se ven como protagonistas para realizar los cambios. Las soluciones deben venir de los entes gubernamentales, de CANIA. Þ paternalismo.	§ Falta de empatía con los pacientes, falta de sensibilidad, maltrato (en especial en los hospitales).
§ Locus de control externo. Las soluciones vienen o deben venir desde afuera. No se ven como protagonistas para realizar los cambios. Las soluciones deben venir de la familia, de los entes gubernamentales, de CANIA. Þ paternalismo.	§ Resistencia al cambio	§ Pérdida de la vocación
§ Resistencia al cambio	§ Falta de motivación y poco compromiso en su rol: problemas en el sistema, baja remuneración (diferencia de sueldos con relación a médicos cubanos), poca organización y control, escasez de recursos (materiales y humanos), ambiente físico inadecuado, casos multiproblemáticos, rutina abrumadora, falta de estímulo y reconocimiento como médico venezolano (Presencia y mayor reconocimiento a médicos cubanos –idealización-), dificultad para el trabajo en equipo (problemas interpersonales dentro de los equipos de trabajo, de comunicación), poca capacidad de respuesta de las instancias superiores. Sentimientos que generan estas situaciones o problemas: rabia, frustración, impotencia, malestar, inseguridad.	§ Pacientes Doble moral (desempeño diferente en el medio privado y en el público).
§ Falta de motivación: problemas en el sistema educativo, baja remuneración, poca organización y control, escasez de recursos, ambiente físico inadecuado, casos multiproblemáticos, entre otros.	§ Situación de deterioro de la alimentación y carencia de recursos de los pacientes, producto de la situación socio económica.	§ Agotamiento emocional como resultado de la sobrecarga, las características y demandas de los pacientes (conflictivos, chismosos, predisuestos).
	§ Inseguridad laboral. Amenazas de despidos.	§ Sentimientos de impotencia y frustración, por los problemas económicos de los pacientes, no pueden costear los tratamientos.
	§ Dificultad en la comunicación con los pacientes	
	§ Inseguridad en la zona	
	§ Burnout	

Se discuten los resultados a la luz del enfoque interdisciplinario que se ofrece en CANIA y de la orientación Psicológica de la Coordinación de Psicología. A partir de los datos obtenidos, la Coordinación de Psicología del CANIA ha desarrollado diversos programas y proyectos, cuyo principal objetivo es el de "fortalecer y desarrollar las capacidades y recursos personales, familiares y comunitarios, a fin de alcanzar una mejor calidad de vida, como estrategia para prevenir y superar los problemas de salud en el niño, incluyendo la malnutrición".

Carteles interactivos (yIII)

16. Adherencia al Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Adultos Mayores. Hallazgos del Estudio Maracaibo del Envejecimiento (EME)
17. Elaboración y Aplicación de un Instrumento para Determinar la Adhesión al Tratamiento y los Factores Asociados en Pacientes con Presión Arterial Elevada (PAE)
18. Comparación de la Efectividad de Intervenciones Educativas y Motivacionales en la Adherencia al Tratamiento del la Hipertensión Arterial en Adultos Mayores. Hallazgos del Estudio

Maracaibo del Envejecimiento (EME)

19. Cuidados Paliativos Proporcionados por el Profesional de Enfermería al Enfermo Oncológico en Fase Terminal en las Unidades Clínicas de Medicina I, II Y III del Hospital Universitario de Caracas

20. Unidad de Cuidados Paliativos como Alternativa de Hospitalización en el Hospital Universitario de Caracas

21. Conocimiento y Práctica de la Enfermera(o) sobre el Cuidado de Enfermería a Pacientes Postoperados de Cirugía Cardiovascular

22. Distancia Social hacia las Personas que Sufren de Esquizofrenia: Factores Asociados

23. Efecto de la utilización del ritmo musical como actividad terapéutica para mejorar el estado volitivo de 3 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual de la Clínica Santa María.

24. Disergonomías en la Sala de Parto del Hospital Central de Maracay

25. Evaluación de Puestos de Trabajo en el Área de Rehabilitación Física a través del Análisis Psicológico del Trabajo

26. Rabia, Apoyo Social y Salud en Profesionales

27. El Consentimiento Familiar y la Donación de Órganos en Venezuela

Cartel 16

Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Hallazgos del Estudio Maracaibo del Envejecimiento (EME)

Pino-Ramírez, G; Esqueda-Torres, L; D'Anello, S; Arocha, GE; Granados, MJ; Maestre, GE.

Institución: Escuela de Psicología. Universidad Rafael Urdaneta.

E-mail: gloriapino@cantv.net

La Hipertensión Arterial (HTA) tiene repercusiones en los principales órganos del cuerpo, siendo esta situación aun más delicada en adultos mayores, por ello se hace necesario estudiar la adherencia al tratamiento médico así como de los cambios en el estilo de vida en esta población.

Para ello se seleccionaron 287 sujetos de la base de datos del EME que habían tenido registros de HTA en estadios I o II según los criterios del JNC-VII. Para evaluar el cumplimiento se utilizaron medidas objetivas (peso, índice de masa corporal, asistencia a citas programadas) y subjetivas (Morinsky y Green, Batalla y Prochaska, y autorreportes de consumo de alcohol, cigarrillos, y ejercicio físico). El 71.8% de los evaluados fueron mujeres. 4,53% de los evaluados tuvo controladas su PA, siendo todas mujeres. La PAD fue estadísticamente menor en mujeres.

Hombres y mujeres tendieron a agruparse en sobrepeso. Hubo mayor número de mujeres no fumadoras y no consumidoras de alcohol. Los hombres consumen el doble de cigarrillos que las mujeres. La bebida preferida fue la cerveza para ambos géneros, y su frecuencia modal fue una vez al mes. El ejercicio físico fue realizado mayor cantidad de hombres, siendo la caminata la modalidad preferida. De acuerdo a los test de Morinsky y Green y de Batalla hubo más sujetos incumplidores para ambos géneros. En cuanto al modelo de Prochaska y Di Clemente hubo más cumplidores en la ingesta de medicamentos, existiendo una mayor proporción de mujeres cumplidoras, para ingesta de medicamentos e indicaciones dietéticas, que de hombres.

Palabras Claves: Hipertensión, Adherencia, Adultos Mayores.

Cartel 17

Elaboración y aplicación de un instrumento para determinar la adhesión al tratamiento y los factores asociados en pacientes con Presión Arterial Elevada (PAE)

Salazar, N. y Urdanibia, A.

Institución: Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: aurdanibia@gmail.com

La falta de Adhesión a las prescripciones terapéuticas es un problema que genera el mayor número de recaídas, hospitalizaciones y complicaciones que suponen el fracaso del tratamiento, con el consiguiente riesgo de la salud del paciente y su posterior malestar. Diversas investigaciones han encontrado que la adhesión es un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples variables y que ha resultado difícil de medir (problemas de confiabilidad, validez y practicidad de las medidas). Debido a la importancia del fenómeno y a la necesidad de contar con medidas válidas y confiables para determinar qué pacientes presentarán adhesión al tratamiento, el objetivo de la investigación era Diseñar, Construir y Validar un Instrumento para Medir la Adhesión al Tratamiento y los Factores Asociados en pacientes con PAE. Para la construcción del instrumento se siguieron las etapas propuestas por Tavella (1978), quedando constituido por 157 items, de diversos tipos (escala likert, completación y selección simple). Se realizó una Validación de Expertos, encontrándose que, el 80% de los expertos estuvo de

acuerdo en que un 82% de los ítems son congruentes con la variable que miden, 72% poseen buena redacción y que 85% de los ítems deben ser modificados. Igualmente se hizo una aplicación del instrumento y se realizó un Análisis Factorial confirmatorio, obteniéndose 4 dimensiones para la adhesión y 10 para los factores asociados. Se calcularon correlaciones ítem-dimensión y se aplicó un alfa de Cronbach; pudiendo concluirse que el instrumento presenta validez de contenido y de constructo.

Cartel 18

Comparación de la efectividad de intervenciones educativas y motivacionales en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Hallazgos del Estudio Maracaibo del Envejecimiento (EME)

Pino-Ramírez, G; Esqueda-Torres, L; Zambrano, RCh; D'Anello, S; Calmón, GE; Arocha, GE; Granados, MJ; Rotunno, A; Acerbo, MT; Maestre, GE.

Institución: Escuela de Psicología. Universidad Rafael Urdaneta.

E-mail: gloriapino@cantv.net

El 95,47% de los Adultos Mayores hipertensos incumple el tratamiento médico y los cambios del estilo de vida, de acuerdo a hallazgos del EME. Es por ello que el presente trabajo se propuso comparar la efectividad de intervenciones educativas y motivacionales en la Adherencia al Tratamiento de la HTA en esta población. Para ello 287 sujetos fueron asignados aleatoriamente a los tres grupos experimentales y un grupo control; de estos 87 aceptaron participar, y se distribuyeron en cuatro grupos Motivacional (GM), Educativo (GE); Ambos tratamientos (GEM); Control (GC). Los resultados de los test de Batalla, Morinsky y Green y Prochaska y Di Clemente fueron dicotomizados para establecer adherencia al tratamiento. Los GE, GM y GEM tuvieron cifras de Hipertensión estadio I, y el GC se ubicó en el Estadio II. Todos los grupos tuvieron promedios de PAS por encima del límite esperado, sin embargo las medias en las mediciones post test de la PAS para GM y GE fueron significativamente menores. Las medias de PAD de los GM y GE estuvieron dentro de límites normales, y las de los GC y GEM se ubicaron en Pre -Hipertensión. No se encontraron diferencias en peso ni Índice de Masa Corporal para ninguno de los grupos. La comparación intergrupo de las variables consumo de alcohol, cigarrillo y ejercicio físico después de los tratamientos no evidenció diferencias. Las comparaciones intragrupo para estas variables mostraron cambios en la variable ejercicio físico para el GE con una mayor número de sujetos practicando esta actividad después del entrenamiento.

Palabras Clave: Adherencia, Intervención, Hipertensión Adultos Mayores

Cartel 19

Cuidados paliativos proporcionados por el profesional de Enfermería al enfermo oncológico en Fase Terminal en las Unidades Clínicas de Medicina I, II Y III del Hospital Universitario de Caracas

Estrada Isabel C. y González María V.

Institución: Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: isabel_estrada13@yahoo.com

Este trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar los Cuidados Paliativos que proporciona el profesional de enfermería en cuanto al alivio del dolor total a enfermos oncológicos en fase terminal. La población estudiada estuvo conformada por 26 Profesionales de Enfermería (Lic. y T.S.U) de las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas. Para la recolección de datos se aplicó el método de observación participante en la realización de las actividades diarias de los profesionales de enfermería, en específico en la aplicación de cuidados a los enfermos oncológicos en fase terminal; el instrumento utilizado constó de una guía de observación con 44 preguntas con alternativas dicotómicas. Se pudo concluir en relación al dolor físico que sólo el 14,6% de las veces el profesional de enfermería realiza acciones destinadas a aliviar esta dimensión del dolor; En cuanto al alivio del dolor psicológico se obtuvo un 44,4% de acciones proporcionadas por el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal.

El 76.5% de las veces el profesional de enfermería realizó acciones para aliviar el dolor social del enfermo oncológico en fase terminal; En ningún momento se observó acciones relacionadas al alivio del dolor espiritual (0 %). Estos resultados evidenciaron que el 66% de las veces el profesional de Enfermería no realiza Cuidados Paliativos destinados al Alivio del Dolor Total; lo que pone en riesgo la calidad de vida del enfermo oncológico en fase terminal.

Cartel 20

Unidad de Cuidados Paliativos como alternativa de hospitalización en el Hospital

Universitario de Caracas

Cabriles, J.; Rios Z. y Machado, Z.

Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela

E-mail: eeeucv@yahoo.es

El estudio fue realizado en el Hospital Universitario de Caracas , en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos, por ser el punto de encuentro entre el enfermo terminal y los profesionales de la salud. Metodológicamente corresponde a un proyecto factible, en donde se propone el diseño de una unidad de cuidados paliativos, que consiga conjugar los esfuerzos institucionales con el propósito de ofrecer cuidados oportunos y de calidad a quien transita el camino próximo a la muerte. Para la identificación de la necesidad se procedió a realizar un diagnóstico situacional sobre el número de camas requeridas en esa institución para atender a los enfermos terminales que ingresan a la unidad clínica de Emergencia. La segunda fase del estudio corresponde a la formulación de la propuesta, para ello se tomo como referencia lo señalado por una variada fuente documental, nacional e internacional, además de la opinión de expertos en el área de la salud y ciencias sociales. Por último, para la factibilidad, se solicito la opinión de 10 expertos, entre los cuales se encontraban, médico intensivistas, emergenciólogos, oncólogos y enfermeras (os) intensivistas. Los resultados reportaron como principales motivo de consulta: ansiedad, disnea, debilidad, poco apoyo familiar, náuseas y vómitos, dolor, entre otros. La tasa de pacientes atendidos en la Emergencia en condición de No- hospitalizados fue de 12,9% y el porcentaje de pacientes de cuidados paliativos dentro de la tasa de pacientes de emergencia No-hospitalizados fue de 83,7%. Con estos datos y los cálculos necesarios se determinó que se requieren 18 camas de cuidados paliativos para responder a la demanda de atención que caracteriza a esta unidad. La propuesta incluye el diseño organizativo, donde se incluye al voluntariado y a la familia, así como las características de la planta física. El estudio de factibilidad reporto que todos los expertos consultados apoyan plenamente el diseño propuesto, sin desconocer que se requiere del compromiso administrativo, estatal y voluntad política para ejecutarlo.

Palabras Claves: cuidados paliativos, organización, planta física.

Cartel 21

Conocimiento y práctica de la enfermera(o) sobre el cuidado de Enfermería a pacientes postoperados de cirugía cardiovascular

MSc. Doris León Gutiérrez

Lic. En Enfermería. Magíster en cuidados críticos del adulto. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: doritaleon1@hotmail.com

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento que poseen las enfermeras(os) de la UCICCV sobre el cuidado de enfermería a pacientes posoperados de cirugía cardiovascular en su factor valoración cardiovascular, respiratoria y renal. El diseño de la investigación es descriptiva, de tipo correlacional y ex post facto. La población estuvo conformada por las 20 enfermeras que laboran en la UCICCV. La información se recolectó por medio de la aplicación de un cuestionario de 34 ítems para la primera variable: conocimiento; y una guía de observación con 126 ítems para la segunda variable: práctica. Si se aceptan tres de las 4 hipótesis que se plantearon este estudio corresponde a la línea de investigación cuidados de Enfermería al paciente crítico con problemas cardiovasculares.

Palabras Clave: cuidados de enfermería, postoperatorio, cirugía cardiovascular.

Cartel 22

Distancia social hacia las personas que sufren de Esquizofrenia: factores asociados

Angelucci, L.; Lazo, V.; Loaiza, G.; Montiel, L.; Mora, N.; Paez, V.; Perales, A.; Rojas C.; Rojas, J. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello.

E-mail: miskitina@hotmail.com

En esta investigación se evaluó en que medida la intención del individuo a distanciarse socialmente de personas que sufren de esquizofrenia está influida por factores sociodemográficos y psicosociales como la atribución causal hacia la enfermedad, la familiaridad con la enfermedad, la percepción de peligrosidad de las personas con esquizofrenia, el sexo y la carrera del perceptor.

Se aplicaron cuatro escalas: (a) distancia social hacia el enfermo, (b) atribución de causas a la enfermedad, (c) percepción de peligrosidad del enfermo y (d) familiaridad con la enfermedad. Esta fue aplicada a 398 (252 mujeres y 146 hombres) estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello de las carreras Psicología, Comunicación Social e Ingeniería.

Se propusieron relaciones directas e indirectas de los factores sobre la distancia social mediante

un diseño de ruta. Se encontró que la mayoría de los sujetos encuestados tendían a distanciarse de personas que sufren de esquizofrenia cuando la relación que se planteaba en la encuesta entre el encuestado y la persona que sufre la enfermedad era más íntima. Así mismo, los sujetos tendían a atribuir pocas causas al origen de la enfermedad, entre las que se encontraron causas como conflictos inconscientes, consumo de drogas, abuso infantil e inadecuado manejo del estrés. Estos igualmente tendían a percibir a los esquizofrénicos como peligrosos y reportaron tener poca experiencia o poco contacto con personas que sufren de esta enfermedad, lo cual llevaba a una mayor distancia social por parte del encuestado. Además, se encontró que la percepción de peligrosidad es la variable que mejor predice la distancia social, así como influencias indirectas de factores como atribución causal, familiaridad y carrera. Dentro de los hallazgos de la presente investigación resaltan la vigencia del estudio de la percepción de los pacientes esquizofrénicos y los principales factores asociados a la misma, con importantes implicaciones teóricas y para la práctica profesional.

Palabras Claves: Esquizofrenia, Distancia social, Atribución Causal.

Cartel 23

Efecto de la utilización del ritmo musical como actividad terapéutica para mejorar el estado volitivo de 3 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual de la Clínica Santa María

Ana María Vilafañe Cifre

TSU -Terapeuta Ocupacional. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: anavilaci@gmail.com

El Proyecto presentado, pretende analizar el efecto que tiene utilizar el ritmo musical como Actividad Terapéutica para mejorar el estado volitivo en 3 pacientes con diagnóstico propuesto, de la Clínica Santa María. El tipo de investigación fue exploratoria, y de diseño cuasi-experimental. La elección del ritmo musical, se debió principalmente a la evidente pérdida de los hábitos en los pacientes con la enfermedad (tomando los hábitos como actividades rítmicas). Si era posible de alguna forma hacer ver a los pacientes que tenían ese ritmo dentro de ellos, se podía dar un primer paso para que se involucraran en su tratamiento y mejoraran la volición. En la experimentación se procedió a aplicar ocho sesiones, (una sesión semanal) al grupo experimental. Para realizar la evaluación, se empleó el Cuestionario Volitivo (VQ), que es un test que organiza en catorce ítems los distintos niveles motivacionales, puntuando su aparición en cuatro niveles cualitativos. Una vez que se clasificaron los resultados, se procedió a realizar su análisis, obteniendo que el grupo experimental mostró un aumento cualitativo de la voluntad dentro de la actividad, así como también se evidenció una mayor asistencia y participación en el servicio de Terapia Ocupacional de la Institución; el grupo control, que no fue sometido al tratamiento, no presentó variaciones significativas en el estado volitivo, y la asistencia al servicio de TO continuaba siendo ocasional.

Con esto se infiere que la Actividad Terapéutica propuesta con el ritmo musical, contribuye a mejorar el estado volitivo de los pacientes que la realizaron.

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, MOH, Esquizofrenia Residual, ritmo.

Cartel 24

Disergonomías en la Sala de Parto del Hospital Central de Maracay

Basanta, Julia y Guzmán, Trina

Institución: Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: geovanny1210@yahoo.com

La presente investigación se realizó en la sala de parto del Hospital Central de Maracay, la cual tuvo como objetivo general determinar en el personal de Enfermería la presencia de disergonomías en el traslado de pacientes desde la sala hasta el pasillo de la unidad. Para poder cumplir con ese objetivo se seleccionó tres (3) de las personas de un total de 67, las cuales corresponden a las de mayor, medio y menor índice de masa corporal. La investigación fue de campo, de carácter descriptivo y exploratorio. El instrumento de recolección de datos fue una hoja de registro de observaciones y un video; se determinó la carga estática postural, carga física muscular y los compromisos antropométricos. Al final se presenta el resumen de cálculo de carga física de trabajo.

Con todo lo obtenido se puede concluir que es la posición bipedesté la que ocupa mayor tiempo de las personas estudiadas representando a su vez el mayor consumo de Kcal/hora, el desplazamiento, el uso de palanca es inadecuado y las condiciones de equipamiento es de deterioro lo cual incide en un mayor consumo de calorías. Por último en lo que corresponde a la congruencia antropométrica con el equipamiento, se diferencio los datos según cada individuo estudiado, encontrando que es el más alto (Z) el que tiene menos incongruencia. El consumo

total de Kcal/hora, para este día que se efectuaron las mediciones se ubico dentro de los límites máximos, aunque es necesario señalar que ese día se caracterizó por ser tranquilo, lo cual no se corresponde al comportamiento habitual de la sala de parto.

Cartel 25

Evaluación de puestos de trabajo en el Área de Rehabilitación Física a través del Análisis Psicológico del Trabajo

Luna Silvia; Quezada Giorsari

Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: giorsariquezada@hotmail.com

Los trabajadores del sector salud, específicamente del área de rehabilitación física, pueden presentar sobrecarga mental debido principalmente a la gran cantidad de tareas cognitivas que implica el puesto de trabajo. La presente investigación tuvo como objetivo principal comprobar la efectividad del Análisis Psicológico del Trabajo (APT) como instrumento de evaluación de los efectos negativos a nivel mental en puestos de trabajo del área de Rehabilitación Física específicamente Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales. Para ello se empleó una población de 16 profesionales, 9 Fisioterapeutas y 7 Terapeutas Ocupacionales todos trabajadores del "Servicio de Medicina Física y Rehabilitación JJ. Arvelo". De esta población 10 son de sexo femenino y 6 masculino, con una edad promedio de 35 años y una experiencia profesional de entre 6 y 26 años todos con cargo asistencial y 4 también ejercen cargos de coordinadores de área.

Los resultados arrojados por el Análisis Psicológico del Trabajo indicaron que todos los puestos evaluados presentaron condiciones desfavorables de trabajo siendo la causa principal el exceso de trabajo requiriendo el análisis de los efectos, que se realizó a través del Belastung Monotonie Saturation (BMSII) encontrando que 8 trabajadores presentaron efectos negativos siendo el estrés y la fatiga los síndromes mas frecuentes.

Por lo que se llegó a la conclusión que la aplicación del Análisis Psicológico del Trabajo como instrumento de evaluación de puestos de trabajo del área de rehabilitación física permitió conocer la presencia de condiciones no aceptables del puesto de trabajo, además constituye un instrumento adecuado para evaluar puestos de trabajo que se caractericen por exigencias cognitivas y por último debido a los resultados obtenidos se considera importante seguir evaluando puestos de trabajo del área de rehabilitación física.

Palabras clave: Rehabilitación Física, Ergonomía Cognitiva, Efectos Negativos del Trabajo, Análisis Psicológico del Trabajo.

Cartel 26

Rabia, apoyo social y salud en profesionales

MSc. Lila Goncalves

Universidad Simón Bolívar.

E-mail: lila_go@cantv.net, lgoasesoria@cantv.net

La presente investigación se planteó como objetivos determinar la influencia la rabia sobre la salud física y psicológica auto-percibida, así como analizar el papel del apoyo social como variable moderadora en la relación de la rabia en la salud en una muestra de profesionales.

La muestra estuvo integrada por 441 profesionales de ambos sexos, cursantes de estudios de postgrado en dos universidades venezolanas, con edades comprendidas entre 22 y 58 años. Las variables sociodemográficas consideradas fueron edad, sexo, estado civil, ocupación, tiempo en la ocupación y supervisión.

La rabia se midió mediante la subescala de Expresión de la Rabia Estado del Inventario de Spielberger. La rabia reprimida se relacionó de forma positiva con la depresión y la ansiedad, e inversamente con la autoestima y el bienestar. La rabia controlada se asoció con autoestima y depresión. No se obtuvieron resultados significativos de la rabia con los indicadores de salud física, la cual fue mayormente explicada por el sexo.

El apoyo social funcionó como moderador en la relación de la rabia controlada con la depresión y de la rabia reprimida con la ansiedad. Los resultados demuestran que se requiere un abordaje integral en la comprensión de la salud de los trabajadores y proporcionan una base para posibles programas de intervención en el área. Se discuten los resultados en función de la literatura actual y se hacen un conjunto de recomendaciones para futuras investigaciones.

Palabras claves: rabia, salud, apoyo social, profesionales.

Cartel 27

El consentimiento familiar y la donación de órganos en Venezuela

Sánchez, L.M.; Calvanese, N.; Redondo, A.; Torres, O. y Vergara, A.

Instituto de Psicología UCV; Dpto. Ciencia y Tecnología, USB; Programa Salud Renal, MSDS.

Financiado FONACIT.

E- mail: ligiasan@reacciun.ve

El consentimiento familiar necesario para la donación de órganos para trasplante ha resultado tema de fundamental importancia para la comprensión de las resistencias a la donación de órganos en Venezuela. Desde el año 1999 el Instituto de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, a solicitud de la Organización Nacional de Trasplante de Venezuela (ONTV) ha investigado los factores psicosociales asociados a la donación de órganos en el país. Estudio realizado en dos fases: una primera de carácter epidemiológico nacional con una muestra de 2200 informantes hombres y mujeres entre 18 y 65 años, en la cual se destacó la desinformación sobre el tema y el consentimiento familiar como exigencia para la extracción de órganos, aun cuando el/la difunto/a haya expresado su opinión favorable hacia la donación. En una segunda fase de profundización en población del Área Capital - utilizando técnicas cualitativas de recolección de información – se realizaron 5 grupos focales escogidos según criterios sobre su posición favorable o no a la donación de órganos para trasplante; esta información fue sometida a análisis de contenido empleando el programa Atlas.Ti. El tema del consentimiento familiar indispensable para la donación del órgano del familiar con muerte cerebral, estuvo teñido de los temores generales a la donación (temor a la extracción de órganos antes de estar realmente muerto, comercio de órganos, falta de confianza en el sistema de atención médica). Surgieron asimismo dilemas éticos tales como: la solicitud de los órganos en el momento de la muerte frente a la posibilidad de dar vida; el respeto al cuerpo frente a la solidaridad humana.

Descriptor: Donación, Trasplante, Psicosocial, Consentimiento.

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.