



Julio E. Enders

Doctor en Ciencias Químicas y Diplomado en Estadística aplicada a la Epidemiología. Profesor Titular Plenarío de Física Biomédica (KyF - FCM). Coordinador del Departamento de Admisión. Integrante del equipo de investigación de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas. Docente Investigador Categoría I. Evaluador en el área de salud de carreras de grado y de posgrado. Dirección de proyectos de investigación acreditados y subsidiados. Responsable de formación de recursos humanos en el área de investigación clínica y epidemiológica.

María Soledad Burrone.

Médica. Mgtr en Salud Pública. Recibió distintas becas y subsidios, participa en proyectos de investigación. Ejerció cargos directivos en el municipio y en el MSN. Docente categorizada. Integrante del equipo de Investigación Científica de la ESP de la FCM de la UNC Docente de grado en la carrera de Medicina y de cursos de postgrado de especialidades y maestrías. Investigadora con publicaciones en revistas nacionales e internacionales.



Roberto Ariel Abeldaño Zúñiga.

Lic. en Enfermería. Becario Doctoral de CONICET. Maestrando en Salud Pública, Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas, UNC. Doctorando en Demografía en la FCE de la UNC



Sirley Labadié

Licenciada en Nutrición. Tutora docente. Postgrado en Salud Social y Comunitaria. 6ª Cohorte. MSN. Programa Médicos Comunitarios. Integrante del equipo de investigación del centro de investigación científica (CIC) profesor asistente. Escuela de Salud Pública. FCM UNC





A. Ruth Fernández

Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista y Magister en Docencia Universitaria. Profesora Titular de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas. Directora del Área Científica de la Escuela de Salud Pública. Directora del Departamento de Admisión (FCM - UNC). Docente Investigadora Categoría I. Directora de investigaciones acreditadas y subsidiadas. Evaluadora externa en el área de la salud de acreditaciones de carreras de grado y de posgrado y de proyectos de investigación de instituciones académicas - científicas nacionales y de otros países latinoamericanos.

Marcela S. M. Lucchese.

Lic. y Prof. en Ciencias de la Educación. Mgter. y Esp. Didáctica. Prof. Adjunta y Directora de Proyecto de Investigación del Departamento de Admisión de la FCM. Asesor Pedagógica en carreras de Posgrado en el área de Salud. Profesora en el Instituto de Formación Docente. Integrante del equipo de Investigación Científica de la Escuela de Salud Pública de la FCM de la UNC



Magdalena Reches
Ilustraciones y arte de tapa.

Arquitecta y Artista Plástica
Master en Teoría y Práctica del Proyecto de Arquitectura,
Universidad Politécnica de Catalunya, Barcelona España.



Gallo Verónica del Valle.

Lic. en Psicóloga. Coordinadora del Curso de Posgrado en Prevención y Asistencia de las Adicciones, del Centro de Estudios y Estrategias en Adicciones, ESP UNC. Especialista en Terapia Familiar y Adicciones. Miembro del Equipo de Investigación de la ESP de la UNC.

María Belén Villacé.

Licenciada en Nutrición, Becaria de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNC, Integrante del equipo de Investigación Científica de la Escuela de Salud Pública, Profesora Adscripta de la Cátedra Medicina Antropológica, Docente del Ciclo de Nivelación de la Carrera de





Marta Raquel Muñoz.

Lic. en Fonoaudiología. Dra. en Ciencias de la Salud en el área de fonoaudiología. Prof. Adjunta en la asignatura Diagnóstico y Terapéutica de la Fonación (Escuela de Fonoaudiología, FCM de la UNC). Integrante del equipo de investigación del Departamento de Admisión (FCM - UNC). Docente Titular de las cátedras Educación de la Voz y Lenguaje Corporal en Escuela Superior de Periodismo y Locución Obispo Trejo y Sanabria. Docente Titular de las cátedras Educación de la Voz I y II en la Escuela Superior De Teatro Roberto Arlt. Gabinetista en la Escuela Especial Dr. Raúl Carrea.

Judith Miriam Zilberman

Médica del servicio de Hipertensión Arterial del ICBA) Médica del Servicio de Cardiología Preventiva del Hospital de Agudos "Dr. Cosme Argerich" Docente de la UBA. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Cátedra de Fisiología.



Daniel E. Romero.

Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia. Prof. Adjunto de Física Biomédica, Kinesiología y Fisioterapia e Integrante de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Escuela de Kinesiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Integrante del equipo de investigación de la Escuela de Salud Pública y el Departamento de Admisión de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

Prof. Titular de Física Biomédica, Kinesiología y Fisiatría, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista del Plata.





Federico Buonanotte
Doctor en Medicina. Especialista en Neurología.
Profesor Titular de Clínica Neurológica. FCM.
UNC. Jefe Neurología Hospital Nacional de
Clínicas y Sanatorio Allende Cerro. Integrante
del equipo de investigación en dolor crónico
del Hospital Nacional de Clínicas.

María López de Neira
edica Pediatra Magister en Salud Publica asesora de
la Organización Panamericana de la Salud, docente
de cursos de postgrado del Doctorado en Medicina y
Cirugía, de especialidad
es Medicas y de Maestrias. Investigadora con publi-
caciones en revistas Nacionales e Internacionales



Sandra Cerino
Licenciada en enfermería, egresada de la UNC
Magister en administración pública, egresada de la
UNC Profesora asistente de la cátedra de enfermería
en salud mental de la escuela de enfermería UNC
Jefa de servicio del hospital neuropsiquiatrico provin-
cial de córdoba

Patricia Fabiana Gómez.
Lic en Enfermería y Psicología. Especialista en Psicología
clínica. Prof Adjunta Coordinadora de la Cátedra de Enfermería
en Salud mental de la UNC. Consultora Experta de la OPS en al
Área de Salud Mental. Coordinadora de la Red Internacional de
Enfermería en Salud Mental. Integrante del equipo de Investi-
gación Científica de la ESP de la FCM de la UNC



Mauro Milesi
Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia.
Profesional Adscripto a la Asignatura
Física Biomedica, EKYF, FCM, UNC. Inte-
grante del Equipo de Investigación de la
Escuela de Salud Publica, UNC.

| | |
|--|-----|
| Prólogo | 9 |
| Introducción | 11 |
| Capítulo 1 | 17 |
| <i>AUTOCUIDADO DE LA SALUD</i> | |
| Capítulo 2 | 23 |
| <i>SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</i> | |
| Capítulo 3 | 31 |
| <i>DOLOR: ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA COMPARTIR CON EL EQUIPO DE SALUD</i> | |
| Capítulo 4 | 63 |
| <i>AUTOCUIDADO, POSTURA Y ACTIVIDAD FÍSICA</i> | |
| Capítulo 5 | 85 |
| <i>LA ALIMENTACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA PSICO-SOCIO-CULTURAL</i> | |
| Capítulo 6 | 103 |
| <i>CUIDADO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER</i> | |
| Capítulo 7 | 123 |
| <i>LA ESCUELA COMO ENTORNO PARA PROMOVER LA SALUD MENTAL</i> | |
| Capítulo 8 | 145 |
| <i>SALUD Y CRECIMIENTO EN LA ADOLESCENCIA</i> | |
| Capítulo 9 | 163 |
| <i>SALUD Y DISEÑOS CURRICULARES: UN ABORDAJE DE LOS CONTENIDOS, OBJETIVOS, COMUNICACIÓN Y ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA</i> | |

Es un orgullo prologar este libro realizado por el equipo de investigación de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, bajo la dirección de una investigadora que es un ejemplo para nuestra escuela, para la provincia y para el país la Prof. Ruth Fernández

Dos ejes claves de la Salud Pública son sin duda la Promoción de la Salud y su enfoque comunitario, y este libro justamente apunta a esos aspectos, y así lo hace desde una comunidad (Malvinas Argentinas), que en su totalidad, desde las autoridades, los líderes comunitarios y la población en general brindó una amplia colaboración. Es este hecho clave, el trabajo con la comunidad y los investigadores de la Escuela de Salud Pública en su trabajo territorial, lo que sin duda enriquece notablemente este libro.

Es interesante destacar, como bien se dice en el capítulo de Salud Pública y Promoción de Salud, como fue cambiando este concepto que era asociado en sus orígenes a la prevención de la enfermedad (como prevención primaria) y que hoy abarca todo un capítulo importantísimo de la Salud Pública como es la Promoción de Salud que fundamentalmente tiende a enfocarse sobre los determinantes de la salud, constituyéndose en un trabajo interdisciplinario y con participación plena de la comunidad. En este contexto las actitudes hacia el autocuidado de la salud se constituyen en un objetivo operacional de la Promoción de la Salud.

Tampoco debemos olvidar que casi al mismo tiempo que Henry Sigerist, acá en nuestro país un gran salubrista, Ramón Carrillo, Ministro de Salud Pública, en 1947 afirmaba con una claridad meridiana que existía tres tipos de medicina: la medicina asistencial, la medicina preventiva y la medicina social, con lo cual Carrillo ya en esa época le otorgaba una importancia muy especial a los determinantes sociales en la Salud de los Pueblos.

Prof. Dr. Juan Carlos Estario
Director
Escuela de Salud Pública
FCM - UNC

La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar.

Carta de Ottawa, 1986

El cuidado de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria.

Dedicatoria

Las recomendaciones de este texto están especialmente dedicadas a toda la comunidad de la localidad de Malvinas Argentinas de la provincia de Córdoba, con el profundo agradecimiento de todo el equipo de investigación de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Introducción

El presente artículo propone una serie de recomendaciones para la salud de los integrantes de la comunidad, basadas en la perspectiva del cuidado de sí mismos, con el convencimiento de que desde esa perspectiva se fortalece la promoción de la salud como práctica social.

Cuidar la vida y la salud requiere el desarrollo de habilidades personales para optar por decisiones saludables, y en ese proceso de cuidar la vida y la salud se integra el cuidado o asistencia a otros: "los cuidamos"; el cuidado entre todos, "nos cuidamos" y el cuidado de sí mismo, "me cuido", que corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera: *darle importancia a la propia salud para obtener una mejor calidad de vida.*

El autocuidado, como propuesta consignada en las cartas de promoción de la salud, tiene como objeto mantener el funcionamiento íntegro de la persona de forma independiente. Los autocuidados se entienden como actividades diarias, íntimas y personales. Esta definición deja entrever que el autocuidado se orienta específicamente a las prácticas, a las actividades que realizan los sujetos para el cuidado de su salud.

La noción del cuidado de sí está constituida no sólo por la relación que establecemos con el cuerpo sino también con los otros y con nuestro entorno. Precisamente en el capítulo "Una aproximación hacia el concepto del autocuidado", se hace mención al significado y las

referencias básicas del concepto de autocuidado. El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene características de acción intencionada. Éste se produce a medida que los individuos se ocupan de acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo. Las acciones de autocuidado llevadas a cabo durante un cierto período de tiempo son realizadas por las personas en su ambiente habitual y dentro del contexto de sus patrones de vida diaria.

En el marco de esta concepción, las organizaciones internacionales han expresado en sus declaraciones la necesidad de promover la responsabilidad que debe adquirir cada individuo frente a su salud. Así, desde la formulación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en la Declaración de Alma Ata en 1978, comienzan a estipularse pautas para promover el autocuidado a través de la educación en salud. Es la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986, la que define líneas claras que apuntan al fomento de prácticas de autocuidado, a través de estrategias de educación y participación de los individuos para el perfeccionamiento de las aptitudes esenciales para la vida. La línea histórica desarrollada en el capítulo "La Salud Pública y Promoción de la Salud", relata sucintamente la relación entre la promoción de la salud, la salud pública y las declaraciones internacionales que hacen referencia a esta perspectiva.

Al buscar responder a estos lineamientos internacionales desde el paradigma moderno de la salud pública – que en esencia pone el énfasis en la economía de la salud y en la epidemiología – se han desplegado una serie de acciones orientadas a promover conductas de autocuidado en las poblaciones, pero centradas en el tratamiento de la enfermedad. De esa manera, el tratamiento se confunde con el cuidado propiamente dicho, relegando así a un segundo plano los cuidados cotidianos individuales para promover la vida y la salud y prevenir la enfermedad. Por ello, en este texto se pone especial énfasis en la promoción del autocuidado que incluya los componentes psicosociales y socioculturales que le permiten al lector contextualizar las conductas que ayudarán a disminuir el riesgo de enfermar.

Otro desafío para los autores de estas páginas fue buscar puntos de encuentro entre el saber de los profesionales de la salud, que poseen el conocimiento técnico, y el saber cotidiano, que posibiliten la comprensión y la contextualización de la praxis en salud, para lograr el desarrollo de acciones eficaces. En este sentido, se propone capitalizar la capacidad que

tenemos los seres humanos para autorregularnos, es decir, para normatizar autónomamente nuestra existencia. La autorregulación implica la capacidad de generar nuestra propia salud mediante las interdependencias que se generan con el entorno, la sociedad y el sistema de atención de salud. Los capítulos que asumen este desafío son, a manera de conceptos introductorios las páginas de *Autocuidado de la Salud y de Salud Pública y Promoción de la Salud*, luego el capítulo acerca de *Dolor: algunas consideraciones para compartir con el equipo de salud*.

A medida que se conocen las relaciones entre los comportamientos individuales, las condiciones del entorno y los factores de riesgo existentes, desempeña un papel fundamental la educación en salud, orientada a proveer oportunidades de aprendizaje sobre cómo modificar los comportamientos que pueden afectarla o favorecer aquellos que resultan saludables. Este enfoque se ha proyectado y fundamentado en dos acciones: la primera, centrada en la implementación de metodologías educativas que le permitan a la persona apropiarse de conocimientos, actitudes y técnicas que apunten a mejorar sus condiciones de vida y al mantenimiento de su salud. La segunda, enfocada en el desarrollo de estrategias masivas de información, que buscan disminuir comportamientos no saludables en la sociedad, como el fumar, el consumo de bebidas alcohólicas y el sedentarismo, entre otros aspectos. Como respuesta a ello surge una nueva visión de la educación en salud, que reivindica el papel que cumplen los sujetos en relación con el autocuidado, así como la función de las redes sociales y del trabajo comunitario, no sólo en la identificación de sus principales necesidades en salud, sino también en la formulación de alternativas de solución. Esta nueva perspectiva de educación en salud va más allá de la simple transmisión de conocimientos acerca de los factores de riesgo que afectan la salud.

En este contexto se presentan los dos últimos capítulos de este libro, por un lado la propuesta de *"La escuela como entorno para promover la salud mental"* y, por otro, el texto referido a los lineamientos curriculares. Respecto a éste último cabe mencionar que entre los retos que se plantean en la salud pública, está el de procurar acciones que contribuyan al mantenimiento de la salud de las comunidades, y en ese contexto se encuentra el abordaje que se efectúa desde la educación formal acerca del conocimiento de la promoción de la salud. Así, avanzar en el campo de la enseñanza acerca del conocimiento de la promoción de la salud y la orientación en los lineamientos curriculares

respecto a propuestas educativas para la incorporación de contenidos de salud pública es un aspecto aún no resuelto en nuestro país. Precisamente el capítulo *“Salud y Diseños Curriculares: un abordaje a los contenidos, objetivos, comunicación y estrategias de enseñanza”* se refiere a cuestiones de salud, de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades en los Diseños Curriculares de la Provincia de Córdoba.

Finalmente, y valiéndonos de este medio de comunicación, queremos compartir una reflexión acerca de la percepción de los retos de la salud en un contexto globalizado. La globalización ha generado una serie de beneficios desde el punto de vista del desarrollo y el crecimiento económico para algunas naciones, pero de también se ha constituido en el origen de las grandes desigualdades sociales, debido a que propicia mayores condiciones de pobreza para algunos países.

La situación de pobreza incide directamente en el sector salud, puesto que conlleva dificultades para que los gobiernos generen otras fuentes de ingreso y garanticen adecuadas condiciones medioambientales y de infraestructura, lo que hace que cada vez se tengan menos recursos para financiar la atención en salud, y que de esta manera se aumenten las inequidades para su acceso. Las desigualdades sociales no sólo se dan en el interior de las comunidades, sino entre los diferentes países, lo que pone en evidencia que la inadecuada distribución de la riqueza influye directamente en las posibilidades de educación, en la calidad de vida, en las condiciones de trabajo y en las posibilidades de desarrollo económico que puedan tener los individuos. De allí resulta que la salud de la población se vea afectada por diversas situaciones, no sólo relacionadas con la pobreza, sino también por el impacto de las políticas públicas, por el rol que cumplen los prestadores de servicios y por el papel que ejercen el ambiente social y las redes comunitariasⁱ. El estudio de las desigualdades sociales en salud adquirió gran importancia a partir de las décadas de los setenta y de los ochenta; una de sus acciones más recordadas es la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, desarrollada en 1978, en Alma Altaⁱⁱ, que postuló la necesidad de promover la “Salud para todos”. Este movimiento tuvo una gran aceptación en muchos países; sin embargo, y a pesar de las estrategias que han sido

ⁱGarret M. Health futures: a handbook for health professionals. Geneve: World Health Organization; 1999. p. 193.

ⁱⁱ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. September 1978

promulgadas en todo el mundo, después de casi tres décadas los resultados siguen siendo desalentadores, ya que la situación económica de muchos países se ha deteriorado. En otros países, se adoptaron disposiciones de organismos internacionales para adelantar reformas a los sistemas de salud, que en muchos casos condujeron a mayores dificultades para la provisión de los servicios y a una mercantilización de la salud. Frente a este panorama, la salud para todos en el siglo XXI, propuesta por la OMS, da un giro en su orientación y centra sus principios en el respeto por los valores individuales y colectivos, en la equidad de los sistemas de salud, en el favorecimiento del desarrollo de la mujer y del niño, en el apoyo a los derechos humanos, en el respeto por la dignidad del hombre y la mujer, y en la creación de oportunidades para la participación de los individuos en la toma de decisiones en diferentes ámbitosⁱⁱⁱ. Todas las situaciones anteriores, conocidas y descritas desde hace décadas, evidencian un fuerte desafío para la salud pública, que obliga a generar un mayor compromiso en la búsqueda de alternativas para el logro de la equidad en salud^{iv}, frente al reconocimiento de las desigualdades sociales.

El mensaje que intenta transmitir este libro surge de la experiencia y del interés de sus autores en apoyar la salud en la comunidad. El convencimiento de que la estrategia óptima es aquella que provee una base para el desarrollo de las personas, pues les posibilite hacer uso de sus capacidades físicas, mentales y sociales, y de que la información brindada a las personas favorece su autonomía y promueve la búsqueda de alternativas de solución para sus principales necesidades, nos lleva a esperar que las ideas aquí compartidas sean provechosas para los lectores.

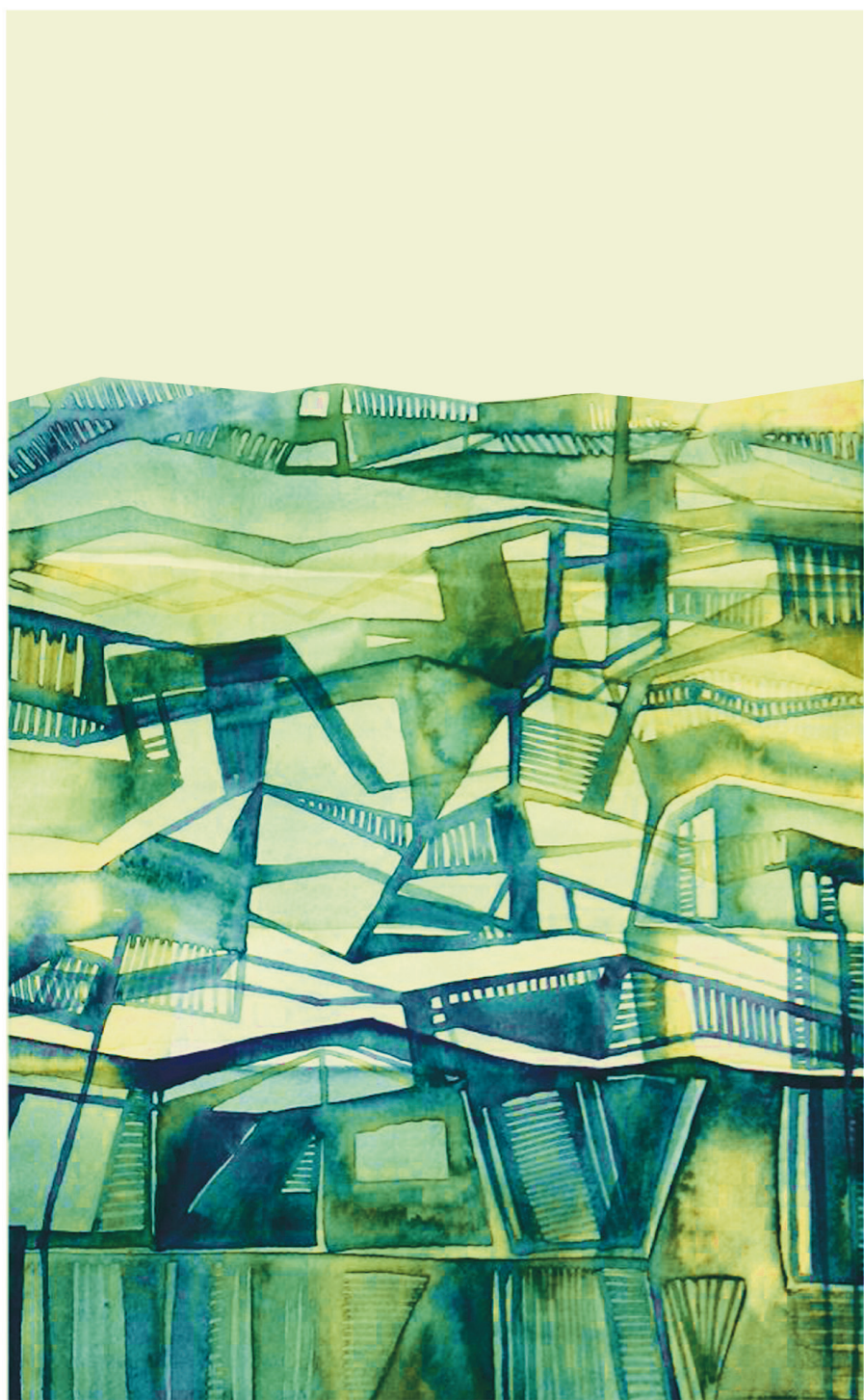
A. Ruth Fernández

Julio Enders

iii World Health Organization. Document A51/5. Health for all in the twenty-first century. Pan Am J. Public Health. 1998;4(2):132-41.

iv Gwatkin D. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? Bull World Health Organ. 2000;78 (1):2-17.

Moreno L, Reyes C, Perez A. Health and Health Promotion: an Approximation to Its Historical and Social Development. Rev. Cienc. Salud / Bogotá (Colombia) 3 (1): 62-77. 2005



La atención a la salud incluye no solamente prácticas terapéuticas, sino también elementos culturales, procesos de información y de toma de decisiones, de diagnóstico y de pronóstico, actividades de rehabilitación, de prevención y de promoción de la salud.

Durante el ciclo vital se producen grandes cambios, que afectan todas las áreas del ser humano. Cada etapa posee características fundamentales y propias a la edad correspondiente y el conocimiento de dichos cambios es necesario para un crecimiento y desarrollo sanos y adecuados.

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, que son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran presentes a lo largo de toda la vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas hasta la auto-realización a nivel personal, familiar y social.

Se pueden diferenciar tres grandes áreas de necesidades, siguiendo la descripción de la teoría del Autocuidado de la Enfermera Dorothea Orem:

- La primera corresponde a las necesidades universales de autocuidado, que incluyen las necesidades básicas como aire, agua, alimentación, eliminación, reposo y actividad, interacción social y seguridad.
- La segunda se refiere a las necesidades del desarrollo, en este caso cómo promover el desarrollo del individuo, cómo lograr la autopromoción de su desarrollo y cuáles son las interferencias que se pueden presentar.
- El tercer tipo corresponde a las necesidades de autocuidado en situaciones de desviación de la estructura o funcionamiento normales, es decir, en caso de problemas de salud, en las que la persona debe ser capaz de obtener la ayuda profesional que necesita, atender a las consecuencias que acarrea, llevar a cabo los procedimientos médicos prescritos, manejar los efectos negativos del tratamiento, modificar el concepto de sí, según el diagnóstico, y ajustar su diario vivir a los efectos del trastorno específico.

Para mantener estas necesidades en equilibrio y que la persona pueda desarrollarse, nace el autocuidado. El concepto de autocuidado de la salud puede ser definido como una conducta orientada al bienestar, que realiza o debería realizar la persona por sí misma. Está formado por las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud para lograr el equilibrio entre los factores externos y los factores internos que influyen en el desarrollo humano. También se define como las prácticas personales y familiares a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas.

El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y su actividad, en beneficio de la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado se inicia con los hábitos más personales e íntimos que constituyen parte del cuidado de nosotros mismos, como por ejemplo ducharse, lavarse los dientes, usar preservativo; también abarca la prevención de accidentes y contagios, los hábitos higiénicos y la nutrición, los cuidados del cuerpo, la actividad física. Por el lado de la familia, incluye el cuidado de los hijos, el aseo de la vivienda, la selección y preparación de los alimentos, las prácticas relacionadas con los vínculos familiares, sociales y afectivos más cercanos, el respaldo afectivo, la comunicación, la participación de actividades con grupos de pares, la utilización del tiempo libre, las responsabilidades frente a las exigencias del entorno, entre otros, todos los cuales constituyen el sustento de la salud.

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos cotidianos que contribuyen a su salud; todas estas actividades son mediadas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que se realizan muchas veces sin que la persona se de cuenta siquiera pues se han transformado en parte de la rutina de su vida.

Desde su nacimiento, el ser humano va realizando estas prácticas a través de la adquisición de nuevos conocimientos y aprendizajes hasta que logra proporcionarse sus propios cuidados y se convertirse en su propio agente de autocuidado.

Las personas tienen la capacidad para cuidarse y este autocuidado lo aprenden a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que tienen lugar en las relaciones interpersonales, por lo que es muy importante tener en cuenta que las prácticas de autocuidado se aprenden en el seno de la familia, en la escuela y con las amistades. Por todo ello, resulta imprescindible promover el desarrollo de estas conductas desde la infancia y en los contextos mencionados.

En el desarrollo de estrategias de promoción de salud hay que tener en cuenta las características propias de la población a la que se dirigen (edad, cultura, necesidades, aspectos socioeconómicos). Esto es aún más importante cuando se trata de la adolescencia, ya que a esa edad la persona está en pleno proceso de crecimiento y desarrollo físico, emocional e intelectual, iniciado desde el momento de la concepción. Consideramos que desde el nacimiento los diversos aspectos que conforman al ser humano, vale decir, lo biológico, psicológico y social, van evolucionando integralmente en vías de lograr un todo armónico. Las diferentes etapas que se viven en el desarrollo humano tienen características propias, muchas de ellas destinadas a alcanzar metas bien definidas, como una preparación para el paso siguiente, que es el de enfrentar una nueva etapa. La adolescencia se asume así como un período de transición que se extiende entre dos etapas, la de la niñez y la edad adulta. En este período ocurren cambios biológicos, tanto en el ámbito físico como en el endocrino, lo que acarrea una serie de inseguridades y problemas de autoestima que pueden llegar a prolongarse hasta la adultez. Junto con los cambios de interacción social que conllevan una necesidad mayor de independencia, se produce una etapa crítica en la relación con los padres, fruto de que está en curso la transición desde un sistema de apego centrado en la familia a uno centrado en una persona del otro sexo. Es decir, la adolescencia es una etapa en la cual se desarrollan aspectos tales como la autonomía personal, el locus interno de control y los procesos psicológicos que conducen a la individuación. Por lo tanto

es en esta etapa (a diferencia del niño) donde el cuidado personal es reclamado por el adolescente para sí y delegado por la familia.

Es necesario tener claro que sólo es posible promover el autocuidado a través de un aporte de conocimientos que se internalicen e impregnen en el individuo, como parte de un proceso educativo que se debe iniciarse desde la infancia y continuarse posteriormente en la adolescencia y en la vida adulta.

La capacidad de autocuidado constituye un equilibrio entre las acciones de protección y fomento de conocimientos, actitudes y conductas saludables, y aquellas acciones tendientes a promover conductas no saludables

La promoción de estilos de vida saludable apunta fundamentalmente a un cambio de hábitos o a la formación de hábitos cotidianos que mejoren la calidad de vida.

La participación en grupos de pares y la promoción del apoyo mutuo entre adolescentes, refuerza la necesidad de reconocerse como parte de un grupo y permite sentirse apoyado por el entorno.

Con la promoción de habilidades para la vida en la toma de decisiones saludables, los adolescentes construyen y aprenden prácticas protectoras de su cuerpo en relación con su sexualidad, su alimentación y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros aspectos.

La protección de ambientes, particularmente el ambiente personal del adolescente, y la mejora continua de los espacios en que desarrolla sus actividades promueve, conductas protectoras de la salud.

La adquisición de conductas saludables se promueve con la participación conjunta de los adolescentes y sus padres en la construcción de actividades familiares y sociales en las que ellos mismos sean generadores de los cambios de hábitos.



La salud pública como disciplina es la encargada de la protección de la salud de la comunidad. Esta disciplina ha registrado transformaciones de su área de estudio, tanto en el ámbito del conocimiento como en su campo de acción. Piédrola Gil, en 1991, la define como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. La salud pública se asienta en una comprensión global de la forma en que los estilos y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, se articula la participación de áreas gubernamentales y no gubernamentales, especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y de otras ciencias, profesionales y no profesionales. Esta manera de abordar integralmente los determinantes de la salud, permite considerar una nueva perspectiva en el campo de la salud pública, la que incluye las dimensiones social y política. Esto favorece una mayor participación comunitaria que tiende a mejorar la salud, prolongar y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria; todo esto hace visible un cambio en el enfoque de la práctica de la salud pública. En este marco, la Promoción de la Salud se considera esencial para las intervenciones de salud pública, en adecuado equilibrio con las acciones de prevención, incluyendo las de tratamiento y rehabilitación.

El concepto de Promoción de la Salud se fue modificando a través del tiempo y en su relación con la concepción de salud y salud pública. Esta expresión fue propuesta por Henry Sigerist en 1945, como una de las cuatro áreas de la medicina, junto a la prevención de la enfermedad, el tratamiento de los enfermos y la rehabilitación, visión que se universalizó 30 años después y que significó la búsqueda de la salud más allá de la simple curación de la enfermedad.

Con el transcurso del tiempo, la salud pública y la promoción de salud se convirtieron en temáticas prioritarias para diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con el propósito de atender a las problemáticas contextuales en la búsqueda de una respuesta efectiva e integral a las condiciones de desigualdad en el área de la salud.

Declaraciones y conferencias internacionales renovaron y fortalecieron el concepto de promoción de la salud, asignándole un rol orientado a mejorar el entorno y las condiciones de vida de la población, a partir de la interdisciplinariedad y la intersectorialidad. En este sentido, este texto se propone explicitar los sentidos que asume la promoción de la salud en documentos oficiales para responder a las diversas situaciones de salud en su contexto social y político como parte de una estrategia global.

-La **Carta de Ottawa (1986)** fue el resultado de la **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**. En ella se enuncia el concepto de salud y promoción de la salud. Propone el desafío de avanzar hacia la justicia social y la equidad como pre-requisitos para la salud. Teniendo en cuenta estos principios, establece como requisitos indispensables para la salud a los siguientes elementos: paz, vivienda, educación, ingreso, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Igualmente propone cinco áreas de acción para la promoción de la salud, tales como el desarrollo de una política pública saludable, la creación de entornos propicios, el fortalecimiento de la comunidad, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.

-El gobierno de Canadá publicó el documento **Obtención de salud para todos. Un Marco para la Promoción de la Salud (1986)**, el cual presenta una matriz de los retos de promoción de la salud que se justifica en la reducción de las desigualdades. Para llevar adelante dicho desafío se utilizan mecanismos de promoción de salud y estrategias de ejecución. En cuanto a los primeros, se indican la auto-asistencia, la ayuda mutua y los ambientes sanos; en relación con los segundos se incluyen el fomento de la participación pública, el fortalecimiento de los servicios de salud de la comunidad y la coordinación de políticas públicas saludables.

-En Australia, se redactó el documento **Las Recomendaciones de Adelaida (1988)** en el marco de la **Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**. En dicho documento se presenta un análisis exhaustivo de lo que significa la política pública saludable y se ahonda en la necesidad del compromiso político de parte de todos los sectores involucrados en la salud. Asimismo, se menciona una preocupación explícita por la alcanzar la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una aceptación de su responsabilidad en los efectos que pudiera tener en la salud. El principal objetivo favorable a la salud es crear entornos adecuados que permitan a los miembros de una comunidad vivir saludablemente, y de este modo se les proporciona la responsabilidad de efectuar opciones saludables. También, se identifican cuatro áreas prioritarias para la política pública saludable: el apoyo a la salud de las mujeres, la mejora de la seguridad e higiene alimentaria, la reducción del consumo de tabaco y alcohol y la creación de entornos saludables.

-En Suecia se elaboró **La Declaración de Sundsvall (1991) sobre los ambientes favorables a la salud**, a partir de la **Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud** que ratifica la importancia del desarrollo sostenible y respalda la acción social al nivel de la comunidad, con las personas como la fuerza motriz del desarrollo. En esta declaración, entonces, se demanda establecer entornos propicios a través de: fortalecer la defensa del proyecto por medio de la acción de la comunidad, permitir a las comunidades e individuos que asuman el control de su salud y ambiente, establecer alianzas para la salud y entornos propicios y mediar entre intereses opuestos en la sociedad.

-En Santa Fe de Bogotá (Colombia) durante la **Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina** se efectuó la **Declaración de Bogotá (1992)** la cual busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la existencia de una relación de mutua determinación entre salud y desarrollo.

-En el marco de la 13ª Reunión de los Ministros responsables de la Salud del Caribe en Puerto España, Trinidad y Tobago, durante la Primer Conferencia de Promoción de Salud del Caribe se elaboró **Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993)**. Este documento promueve el fortalecimiento de la capacidad de los individuos y la

comunidad para controlar, mejorar y mantener su salud, y sostiene que ésta es un recurso positivo para sus vidas. La promoción de la salud así concebida define enfoques estratégicos para la acción y las actividades intersectoriales.

-La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud dio como resultado la **Declaración de Yakarta (1997)**. Fue la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Esta conferencia reiteró el compromiso mundial con las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa y proporcionó una comprensión más clara de la importancia de establecer asociaciones para la salud. También determinó cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social por la salud, aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las asociaciones para la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y conceder poderes al individuo, y ampliar y mejorar la infraestructura para la promoción de la salud.

En función de los documentos presentados, se reconoce que cada vez más, la promoción de la salud se identifica como un elemento esencial para el desarrollo de la salud, que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, a través de inversiones y acciones, que actúan sobre los determinantes de la salud para crear ambientes saludables y contribuir la reducción de las desigualdades en salud, de manera de asegurar los derechos humanos y construir un capital social.

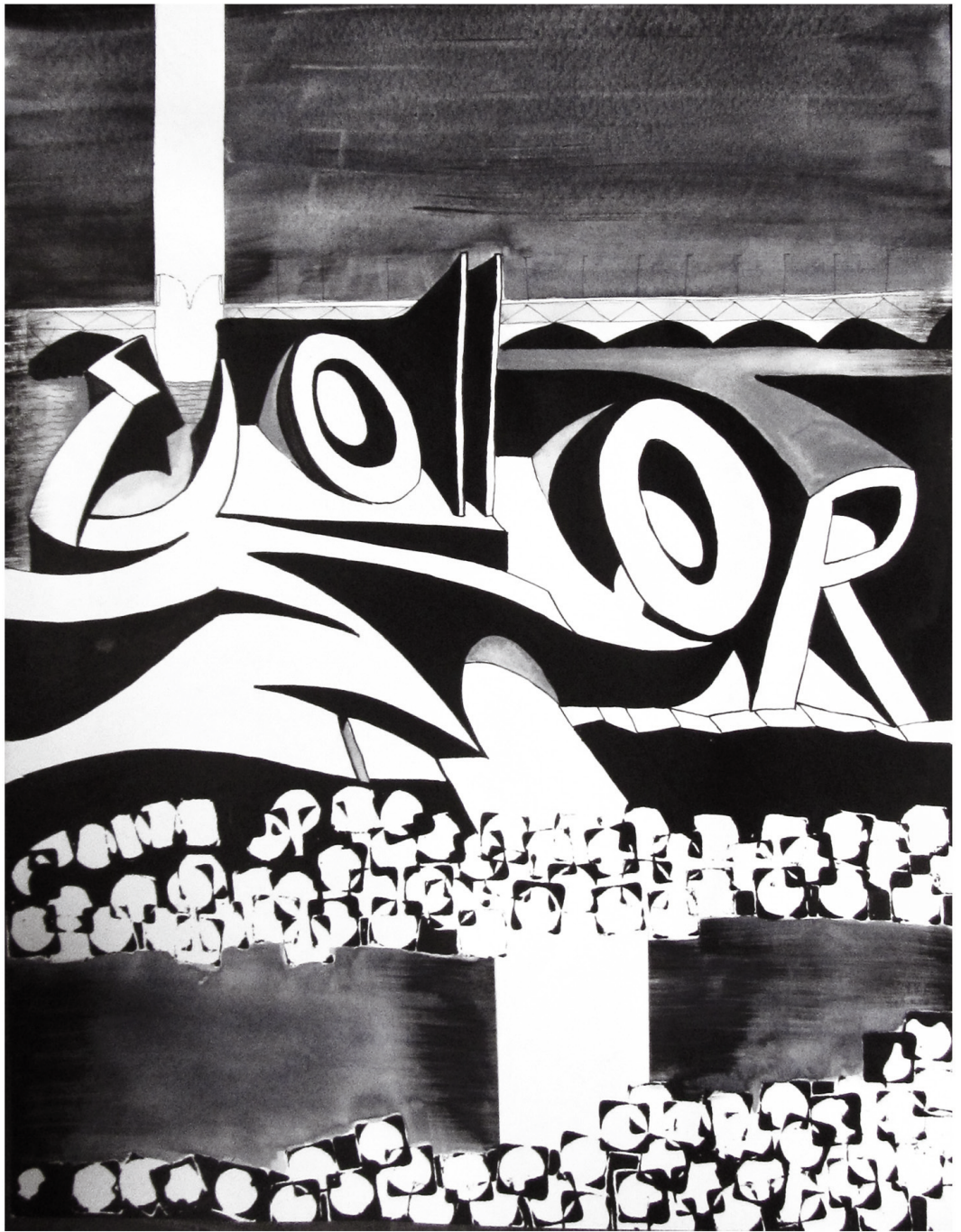
-En el año 2000 y durante la Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud se elaboró **Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud (2000)** en la que se plantea un compromiso renovado para el fortalecimiento de la planificación de acciones para la promoción de la salud. Los Ministros de Salud alcanzaron un acuerdo, bajo el lema “de las ideas a la acción”, en calificar a la promoción de la salud como una prioridad fundamental en las políticas y los programas locales, regionales, nacionales e internacionales, en fomentar la participación activa de la comunidad, y en establecer o fortalecer las redes nacionales e internacionales, entre otros aspectos.

-Los participantes en la **VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud**, copatrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública de Tailandia, han adoptado la nueva **Carta de Bangkok** para la Promoción de la

Salud (2005) que aporta como lema “*mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial*”. Este documento establece la estrategia para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, a partir de cuatro compromisos, a saber:

“Que la promoción de la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial”, “Que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos”, “Que forme parte de las buenas prácticas institucionales” y “Que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil”.

En función del recorrido presentado en este capítulo respecto a la “Promoción de la salud” se identifican diferentes focalizaciones que se orientan a una política pública saludable que incluye, en diferentes órdenes, al individuo, al individuo en su contexto y a la comunidad. Asimismo, desde esas focalizaciones, se reconocen diversos aspectos que se fueron articulando a través de los distintos documentos como la coordinación de políticas saludables, el compromiso político, los ambientes saludables, la importancia del desarrollo sostenible y la acción social, la responsabilidad social por la salud, la inversión para el desarrollo de la salud, la participación activa de la comunidad, el abordaje interdisciplinario e intersectorial y el establecimiento de redes. De esta manera se identifica a la promoción de la salud como un concepto complejo, debido a la diversidad de dimensiones que implica su abordaje y análisis en tanto comprende aspectos personales, ambientales, políticos, económicos, culturales y sociales, entre otros. Entonces, la Promoción de la Salud es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. También se identifica como una responsabilidad individual y colectiva que conduce al logro de la integridad de los sujetos que valoran sus propios deseos y actitudes y pueden ejercer sus derechos en relación a la salud, de manera que se incrementen las capacidades y se facilite el empoderamiento de individuos y comunidades. Una forma de hacer efectiva la Promoción de la Salud, desde el enfoque de derecho en el campo de la salud, es a partir de procesos de democratización del conocimiento, mediante el desarrollo de procesos educativos que orienten a estimular habilidades individuales para la vida cotidiana, en los contextos familiares, sociales y culturales.



El problema del dolor en la Salud Pública es considerable, ya que es una sensación desagradable que todos en mayor o menor medida hemos experimentado a lo largo de la vida, y es el motivo de consulta más frecuente. El dolor está concebido como un mecanismo de defensa que nos ha sido provisto por la naturaleza para avisarnos de que una situación amenazante está relacionada con nuestro cuerpo. Esto nos permite evitarla y preservar la salud o la vida. Ante un estímulo doloroso tenemos varios tipos de reacciones: algunas de evitación de tipo reflejo, como por ejemplo retirar la mano del agente que agrede (calor, pinchazo, etc.), y otras relacionadas con las emociones (como llorar, gritar, angustiarnos). Además, ese estímulo doloroso puede generarnos pensamientos relacionados con la consecuencia o el temor al significado del mismo. A modo de ejemplo, un dolor de espalda puede preocuparnos ya que tememos no poder trabajar y perder el trabajo o, en el otro extremo, tener un dolor de espalda que persiste y no se alivia rápido puede hacernos pensar que puede significar tener algo malo.

Este sistema, que conduce los estímulos que percibimos como dolorosos, tiene varias etapas en su proceso, que van desde el lugar que se generan hasta que se hace consciente. En primer lugar, la transducción, que interpreta un estímulo como doloroso (herida cortante, trauma), traduce el hecho al idioma electroquímico que el sistema nervioso puede interpretar; estos receptores son en su mayoría terminaciones nerviosas libres que se encuentran en todo el cuerpo. Luego, la transmisión, que se encarga de generar la señal de esta información originada en los transductores hacia el sistema nervioso. En tercer lugar, la conducción: es el sistema nervioso a través de vías específicas desde los nervios periféricos y médula espinal. La percepción es el acto biológico que nos hace identificar este estímulo como agresor y ubicarlo en la región del cuerpo correspondiente (Figura 1). La interpretación es el significado que le damos: ¿amenaza nuestra vida? ¿Es muy intenso? ¿Qué consecuencias tendrá? ¿Puedo evitarlo? y finalmente la conducta: qué es lo que hacemos frente a esto, y que abarca un espectro amplio que podría ir desde ignorarlo hasta temer por nuestra vida o tomar un analgésico.

Entonces cuando hablamos de dolor tenemos un sistema de varios componentes: cuando hay daño en un tejido se liberan sustancias que estimulan el dolor en el lugar del daño y la eventual respuesta inflamatoria local, vías que conducen el estímulo doloroso hacia el

cerebro, el que se encarga de ubicar el área del cuerpo afectada, y le da el componente emocional y significado eventual a ese estímulo agresor.

Junto a este mecanismo biológico, se encuentra otro sistema denominado “anti-dolor”, que actúa en sentido inverso. Es un mecanismo que parte del cerebro y se ocupa de “frenar” o limitar los estímulos dolorosos que llegan al sistema nervioso. Este sistema nos permite disminuir la gran cantidad de estímulos que llegan al sistema nervioso, producto de estímulos banales, que pueden generar dolor o molestias, ya que si tuviéramos que prestarles atención a todos nos sería muy difícil realizar nuestras actividades diarias. A modo de ejemplo: después de estar sentados un tiempo en una posición, de tener una prenda ajustada, o de golpearnos incidentalmente el codo con una puerta, este sistema inhibe este estímulo, evita que le prestemos atención y lo hace desaparecer de nuestra atención. Por otro lado, puede ayudarnos en situaciones extremas inhibiendo el dolor momentáneamente, como el clásico ejemplo de que quien lucha no siente las heridas en ese momento vital, las que aparecen después que pasa la situación crítica. Este sistema modulador, se llama antinociceptivo o “anti doloroso” y logra con el sistema doloroso o nociceptivo, que conduce el dolor, un equilibrio que nos permite disfrutar cada día (Figura 2).



Figura 1. Las etapas de la sensación de un estímulo doloroso.

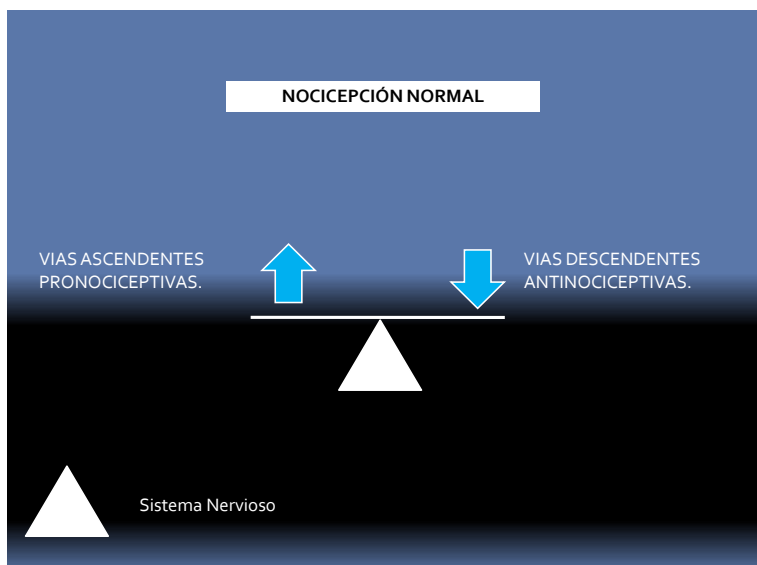


Figura 2. El sistema regulador del dolor y su equilibrio. Vías ascendentes que llevan el dolor y vías descendentes que “frenan” el dolor.

Este mecanismo biológico que nos protege de estímulos potencialmente dañinos que pueden afectarnos, funciona también para estímulos que se originan dentro del cuerpo por múltiples causas que pueden comprometer nuestro estado de salud. Ejemplos: infecciones, inflamaciones, tumores, entre otros.

En condiciones normales, todo estímulo doloroso tiene la posibilidad de autolimitarse. Es decir, una vez que el estímulo agresor se resuelve, el dolor se detiene. Este mecanismo biológico funciona regularmente en nuestro cuerpo y es este funcionamiento normal que nos hace muchas veces despreocuparnos. Por ejemplo, si nos golpeamos el dedo con un martillo tendremos un dolor intenso, que se irá aliviando con el transcurso de las horas hasta que ya no moleste más. Lo mismo puede ocurrir con una gastroenteritis donde, además de la diarrea, tenemos dolores cólicos en el abdomen, que desaparecen cuando el cuadro se resuelve.

Por lo dicho anteriormente, podemos entender que el dolor agudo ante un estímulo agresor de cualquier naturaleza, interno o externo, es un muy buen aliado que nos alerta de una

situación amenazante y nos permite protegernos del agente agresor, evitarlo si es posible, y que desaparece luego de que esta situación se resuelve o la corregimos.

Pero, ¿qué sucede cuando el dolor persiste?

En ciertas circunstancias, puede ocurrir que el dolor, provocado por algún agente identificable o sin ningún agente aparente, persista y no se resuelva como ocurre con el dolor agudo fisiológico. Cuando este dolor persiste más allá de lo esperado en cualquier circunstancia se denomina DOLOR CRÓNICO. También se denomina dolor crónico a aquel dolor que se extiende más allá de 3 ó 6 meses sin que se resuelva, habiendo descartado o corregido el agente causal.

Entonces, el dolor deja de ser un mecanismo protector para transformarse en un problema. El dolor crónico, o lo que se denomina Síndrome Doloroso Crónico, está constituido por todas las manifestaciones que ocurren en un paciente que sufre dolor por más tiempo del esperado. En este caso, el dolor comienza a interferir con nuestro funcionamiento habitual y con nuestra calidad de vida.

Hay diversas situaciones clínicas muy frecuentes que se caracterizan por presentar dolor crónico. El dolor de espalda o columna, la fibromialgia, la migraña, la artritis, la neuralgia post herpética, la neuropatía de los diabéticos, los dolores post amputación (dolor fantasma), entre muchos otros. En todas estas situaciones que se caracterizan por dolor persistente o recurrente con limitada posibilidad de alivio comienzan a sumarse otros problemas que hacen aún más compleja la situación.


Podemos mencionar entre ellas la alteración del sueño normal, con insomnio, o un sueño que deja de ser fisiológico y reparador. Se agregan también alteraciones de la esfera emocional como ansiedad o depresión que, junto con la disrupción del sueño, contribuyen a incrementar la sensación dolorosa. Ambas situaciones sumadas al dolor afectan la calidad de vida del sujeto, sus relaciones familiares, su situación laboral y sus eventos sociales, pues limitan su capacidad de interactuar normalmente. El problema del dolor comienza a ser el eje de su vida y el motivo de conversación casi constante, la preocupación al abrir los ojos cada la mañana y pensar si podrá enfrentarlo hoy y cuánta será su frustración por no poder hacer sus actividades habituales.

De lo anterior podemos interpretar que el Síndrome Doloroso Crónico pasa a transformarse en un problema serio para cualquier persona.

Por otro lado, al buscar asistencia profesional, muchas veces la respuesta que se obtiene es limitada, lo que surge como consecuencia de un modelo biomédico donde la enseñanza del dolor crónico está muy limitada en los planes de la formación del profesional de la Salud. En general, en la formación profesional se enseña a paliar el dolor agudo; el dolor crónico no tiene un abordaje específico.

De lo anterior surge el conflicto básico en el manejo del dolor crónico (Tabla 1A)

Tabla 1A. El conflicto básico del paciente con dolor crónico



| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ La idea del paciente sobre el sentido de urgencia, las discapacidades que lo limitan y la expectativa de que debe hacerse un diagnóstico para poder instituirse un tratamiento definitivo (concepto de urgencia), lo lleva a la frustración recurrente por la incongruencia del planteo |
|---|

A continuación desarrollamos los puntos clave en la problemática del dolor crónico

EL MODELO DE DOLOR

Definición de dolor.

“Experiencia sensitiva y emocional molesta asociada a una lesión hística real o potencial o descrita en términos de tal lesión” (IASP).

Habitualmente, la enseñanza del dolor se estructura según un modelo anatómico y fisiológico de vías de conducción relacionado con la liberación de neurotransmisores y sustancias dolorosas; posteriormente, en el contexto clínico, como un elemento más de un síndrome clínico. Actualmente el estudio del dolor contempla el concepto de “dolor total”. El dolor total es el abordaje del dolor que considera al individuo como un todo. Implica que el mejor y más efectivo acercamiento al paciente doliente debe incluir la consideración de todos los factores subyacentes del dolor total: área somática, estado emocional, personalidad, familia, ambiente, cuidadores, recursos materiales y espiritualidad.

El manejo médico actual del dolor crónico está sustentado sobre el desarrollo de una subespecialidad: “médico especialista en dolor”, constituida básicamente a partir de la anestesiología, que se desarrolla desde la problemática del cuidado paliativo y el intervencionismo para calmar el dolor como síntoma. En este marco, el comienzo del cuidado del paciente con dolor es tardío, por todas las barreras administrativas que se generan para el acceso al tratamiento específico de este cuadro de dolor. El modelo vigente se centra sobre el paciente oncológico terminal, lo que contrasta claramente con la realidad sobre la prevalencia del dolor crónico en la práctica clínica:

| | |
|--|-------|
| Dolor músculo esquelético: artritis | 23,7% |
| Dolor músculo esquelético: dolor lumbar: | 23,3% |
| Cefaleas: | 14,4% |
| Trauma: | 6,6% |
| Diabetes: | 3,2% |
| Fibromialgia: | 2,6% |
| Cáncer: | 1,3% |
| Otros: | 24% |

(Syllabus. Principles and Practice of Pain Medicine. Harvard Medical School. Boston. 2005.)

Los datos epidemiológicos sobre prevalencia de dolor crónico ponen en evidencia la necesidad de una educación médica dirigida a las patologías más prevalentes, que son las que se relacionan directamente con la práctica clínica habitual.

La rápida intervención y control del cuadro doloroso incidental (ej. trauma) o episódico recurrente (ej. migrañas) permite que el dolor agudo sea controlado en forma efectiva, que se evite y se prevenga la recurrencia, y que con esto se evite la generación de un dolor crónico.

Estos conceptos surgen claramente de los modelos actuales fisiológicos de sensibilización central, sensibilización periférica y alodinas, que son factores de riesgo para el dolor crónico recurrente.

Por esta razón, se pretende brindar a los profesionales de la salud los conocimientos sobre el problema del dolor en el paciente en la atención primaria, y revertir el concepto de la atención del doliente como un escalón superior, patrimonio del superespecialista.

En el modelo de especialidad actual, cuando se deriva el paciente al “médico del dolor”, puede que se lo someta a un tratamiento rutinario de alivio del dolor, a menudo sin una cuidadosa evaluación integral de su problema o de la relación costo-beneficio del tratamiento. La tendencia, a veces automática o rutinaria, al alivio exclusivamente sintomático del dolor en el modelo de especialización actual (“médico especialista en dolor”) consiste en brindarle o aplicarle al paciente doliente una variedad de procedimientos, como por ejemplo bloqueos o bombas de infusión de opioides, que

contrastan con el planteo actual de intervención, que consiste en una rehabilitación integral y de perspectivas a largo plazo que es aplicable a todos los cuadros de dolor crónico benigno. El paradigma actual del “médico especialista en dolor” está condicionado básicamente por la circunstancia que le dio origen: el paciente oncológico terminal, en el cual no está contemplado el largo plazo.

En función de las cuestiones planteadas respecto a esta situación en el campo de la salud, surge la propuesta de integrar el estudio del dolor con una concepción integral del problema, que busque promover la educación, salvar los escollos administrativos y de transferencia tecnológica, y que incluya el conocimiento del problema desde una visión interdisciplinaria y desde un abordaje orientado a la atención primaria.

La medicina del dolor desarrollada en el equipo de salud de atención primaria integrado a la comunidad, contribuye en un sentido longitudinal al manejo combinado y comprensivo, que combina el conocimiento íntimo de la salud de la familia con otros factores psicosociales y también los recursos de la comunidad que podrían influenciar en forma importante el pronóstico del tratamiento específico del dolor para cada individuo. Sin duda, cada uno de los integrantes del Equipo de Salud tiene un rol protagónico clave en el problema del dolor: la prescripción adecuada de un medicamento, la administración oportuna del mismo por el enfermero en el paciente internado, el consejo oportuno del farmacéutico, la intervención racional del fisioterapeuta, la opinión y pesquisa de factores moduladores por parte del psicólogo entre otros relevantes.

El dolor es un problema prevalente en todo el rango de grupos etarios. En los niños no sólo se relaciona con cuadros terminales, donde el 80% sufre alguna forma de dolor, sino que en niños sanos la prevalencia de haber tenido una experiencia dolorosa se da en el 50% de los niños en algún momento durante el último año. Las experiencias dolorosas crónicas que sufren más frecuentemente los niños, en cuanto a desórdenes de salud, son dolor de cabeza, dolor abdominal y dolores en miembros. Por otro lado la referencia a cuadros dolorosos crónicos se mantiene hasta los 14 años, edad en la que diferentes variables inciden en la disminución de la prevalencia del mismo.

En el otro extremo de la vida, el incremento de la edad aumenta la incidencia de cuadros dolorosos, con menor posibilidad de recuperarse de cuadros crónicos y una tendencia al mal

control del dolor. La prevalencia del dolor en la senectud es tan alta como el 25-50%, casi el doble de la población adulta. Se postulan numerosas explicaciones causales para esto: mayor incidencia de patología articular, neuropatía diabética y cuadros vasculares periféricos.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE DOLOR

El médico, humanista y ganador del Premio Nobel, Albert Schweitzer lo describe como “El dolor es el más terrible de los amos que agobian a la humanidad, más que la propia muerte” De acuerdo al estudio de Michigan del año 2000, uno cada cinco adultos (esto es, el 20% de la población adulta), sufre de dolor crónico o dolor recurrente. Este problema conduce a la desesperación, a la depresión, al abuso de medicación analgésica, a intentos de suicidio y alcoholismo. Además, cuando esta dolencia no es aliviada, lleva a complicaciones autonómicas del Sistema Nervioso y a manifestaciones neuroendocrinas, los que motivan nuevas quejas somáticas. En los síndromes de dolor crónico, el sistema inmunológico se encuentra alterado, lo que origina nuevas vulnerabilidades y cambia el pronóstico. El dolor que no se controla o persistente puede llevar a síntomas y signos del sistema cardiovascular, que incluyen taquicardia e hipertensión, o a disfunciones gastrointestinales, como vómitos y diarrea. Son también problemas de consideración las asociaciones con ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Entre la población geriátrica, el reconocimiento de los cuadros dolorosos y el adecuado manejo han sido factores de preocupación creciente, sobre todo teniendo en cuenta que el 80 %, o sea prácticamente todos los individuos por encima de 65 años van a experimentar al menos un problema de salud con manifestación dolorosa.

Es de destacar que a pesar de su importancia, se continúa manejando el dolor crónico sin considerar todos los aspectos de su complejidad. Hay una necesidad, claramente documentada a partir de la educación y transmisión de información, de mejorar la atención de los problemas dolorosos y de reducir las consecuencias económicas y sociales que éste trae, que dan una proporción de considerable severidad a este problema.

El dolor crónico: un problema en la salud pública

¿Por qué debería considerarse el dolor como un problema de la salud pública?

El dolor incidental se toma como parte de la condición humana. Sin embargo, a pesar de ser autolimitado, motiva habitualmente la búsqueda de atención médica. Puede ocurrir que, si este dolor no se maneja adecuadamente, se haga crónico y persista durante días o interfiriera con la actividad diaria normal. Un ejemplo claro de esto es el dolor lumbar.

Este puede ser resuelto sencillamente por un antiinflamatorio o un analgésico o una bolsa de hielo, pero en otra instancia puede tornarse crónico y recurrente y llevar al individuo que lo padece a un estado de debilitamiento, estrés existencial y sufrimiento que puede conducir al deterioro físico, financiero y personal, a la generación de nuevos problemas de salud y, en algunos, casos a la muerte.

Si bien el problema del dolor históricamente se ha relacionado con cuadros oncológicos, hoy tenemos plena conciencia de que la mayoría de las condiciones médicas de dolor crónico son cuadros no malignos, entre los que se cuentan la migraña, la cefalea tensional, la neuropatía diabética, la artritis, la fibromialgia, la neuralgia, los dolores de pecho, los dolores de espalda y de cuello, así como también los trastornos faciales, y los síndromes dolorosos orgánicos intestinales y pélvicos.

El costo que lleva este cuidado del dolor crónico no maligno supera el costo de las enfermedades cardiovasculares, oncológicas y el cuidado del SIDA juntas.

El problema del manejo del dolor crónico inefectivo.

El dolor crónico continúa actualmente sin resolverse adecuadamente. Como ejemplo, el estudio de Michigan revela que en más del 70 % de los pacientes con dolor crónico, los síntomas persisten después del tratamiento.

El dolor crónico sin control adecuado tiene consecuencias adversas para la salud, causadas por efectos negativos sobre el sistema nervioso central de la persona que lo sufre, sobre el

sistema inmunológico, sobre el estado psicológico y el estado socioeconómico. Gran parte de esta morbilidad y sufrimiento son innecesarios.

No es fácil explicar por qué aún hoy, a pesar de los esfuerzos de múltiples entidades que promueven el buen cuidado y el manejo del dolor, tales como la International Association for the Study of Pain y la Asociación Argentina para el Estudio del Dolor, en nuestro país no se promueven medidas para el mejor cuidado para este problema tan importante.

LAS CAUSAS DEL MANEJO INADECUADO DEL DOLOR CRÓNICO

Problemas Conceptuales

El modelo biomédico de formación actual sugiere que debe haber una lesión realmente objetivable u observable por algunos de los estudios complementarios que justifique el dolor y de esta manera se la cataloga como una lesión real y tratable.

En general, la falta de elementos objetivos en estudios por imágenes (I.R.M., T.A.C., Ecografía) o estudios neurofisiológicos, como la electromiografía, no permite interpretar adecuadamente los cuadros dolorosos crónico; este error surge del modelo biomédico al que estamos acostumbrados: si vemos una lesión, vamos a entender los síntomas, si no vemos la lesión o no podemos documentarla "no creemos" o no podemos interpretar los síntomas del paciente. Un ejemplo de esto es una patología de altísima prevalencia como lo es dolor lumbar crónico, que en más del 80% de los casos presentan estudios de imágenes y neurofisiológicos normales. Este hallazgo motiva, en general, intervenciones multidisciplinarias (búsqueda de una explicación o causa, a través de múltiples consultas) en vez de la intervención racional interdisciplinaria del equipo de salud como paradigma de trabajo.

De lo anterior surge que, en la práctica, el dolor crónico sin un factor etiológico evidente se atribuye a factores psicológicos y psiquiátricos, lo que cierra un círculo vicioso pues el dolor crónico persiste, no se trata adecuadamente, se presume que la culpa es del propio

doliente y se sugiere que los mecanismos mentales explican el dolor. El médico, interpreta estas situaciones como propias de un paciente neurótico, que busca un beneficio secundario y que está engañándolo. Una frase típicamente escuchada en este contexto, como explicación a quien consulta por un dolor crónico, resume en parte este problema: "Usted no tiene nada". Para cambiar este concepto hay que tener en cuenta que el actual modelo biológico de dolor propone que el dolor crónico causa problemas psicológicos y sociales como secuelas, los que frecuentemente llevan a depresión.

Estos factores, aunque no son causales de las sensaciones de dolor crónico pueden contribuir a la incapacidad asociada al dolor crónico, incrementar el costo que tiene el paciente con dolor e inclusive aumentar los niveles de dolor.

La cruel frase "va a tener que aprender a convivir con el dolor" es una expresión que, lamentablemente, aún prevalece en nuestro medio ante un sinnúmero de desórdenes crónicos benignos, en boca de muchos integrantes del equipo de salud. Sugerir al paciente convivir con esta situación es algo que se ve frecuentemente en nuestro medio, en el caso de desórdenes crónicos benignos como la migraña crónica, la cefalea tensional, el dolor lumbar, la fibromialgia y el dolor neuropático, entre otros, debido al preconceito del profesional de la salud ante la imposibilidad de manejarlo originada en el desconocimiento. Otros problemas de índole administrativo contribuyen al desmanejo del dolor crónico. En general, el dolor no está reconocido como problema, no se reconocen internaciones motivadas por dolor y, en la mayoría de las obras sociales o pre pagas, el tratamiento del dolor no está contemplado administrativamente.

Recetar opioides tiene hoy barreras conceptuales y administrativas considerables.

Pese al rápido crecimiento registrado en investigación clínica y básica, en gran parte esto no ha sido transferido aún a la clínica práctica. Aunque diversas instituciones, sociedades científicas, y paneles de expertos han generado evidencia en las guías clínicas para el tratamiento del dolor, la política no acompaña en velocidad de incorporación de las nuevas estrategias terapéuticas.

Asimismo, tampoco se incorpora hoy en día el problema del dolor como un tema de alto impacto en la formación curricular de grado en Salud.

EL DOLOR COMO UN ABORDAJE MULTIDIMENSIONAL

Se ha referido que el dolor es una experiencia y como tal es única y sólo quien la padece puede caracterizarla. Participan en esto diferentes áreas que intervienen en la resultante final, que es la vivencia del cuadro doloroso crónico, la experiencia personal. Las diferentes dimensiones que participan son:

Dimensión fisiológica:

Establece la relación causal o etiológica del fenómeno generador del dolor, y surge de una cuidadosa evaluación del impacto funcional del evento. Otra variable a considerar aquí es la duración del dolor.

Dimensión sensorial:

Se relaciona con la localización, la severidad o intensidad, y la cualidad del dolor. La distribución del dolor puede caracterizar una enfermedad: dolor epigástrico de una pancreatitis o dolor difuso de una fibromialgia. Esto se relaciona con el impacto funcional del individuo. También el nivel de intensidad se relaciona con esta dimensión. La severidad depende exclusivamente de la interpretación personal y subjetiva del paciente y está regulada por diferentes variables: emoción, cognición, conducta, afecto y estado fisiológico.

Dimensión afectiva:

Incluye diferentes respuestas emocionales del sujeto ante el estímulo, como depresión, ansiedad, miedo, angustia, sufrimiento, todas variables que pueden influir la modulación endógena de la sensación dolorosa resultante.

Dimensión cognitiva:

Se relaciona con la forma en que el sujeto interpreta el dolor, con el modo en que el dolor influencia su pensamiento, y con el significado que le atribuye. También se incluyen en esta dimensión la forma de enfrentarse al problema, la actitud, la creencia o el nivel de cognición que le permite al paciente caracterizarlo en la descripción. Un aspecto clínico interesante al evaluar este aspecto es pedirle al paciente que describa su opinión sobre lo que él cree que hace que el dolor persista como problema. Esta dimensión es importante en la evaluación de estrategias para enfrentar el manejo del cuadro doloroso.

Dimensión conductual:

Este aspecto se relaciona con actitudes evidentes y manifiestas del sujeto, como sus expresiones verbales, gestos, posturas y expresiones emocionales como llanto o gritos. Puede a veces no expresarse visiblemente, pero pueden tener conductas como la evitación, el reposo, o la disminución del nivel de actividad. Esta dimensión también incluye las conductas hacia el dolor, como abuso de sustancias, manipulación, aplicaciones de presión y maniobras de distracción.

Dimensión sociocultural:

Incluye variables como edad y sexo, así como bagaje cultural, creencias, actitudes familiares, roles laborales, cuidadores, nivel de ingresos que pueden condicionar preferencias.

DOLOR CRONICO

Definimos como dolor crónico a cualquier dolor que persista por un lapso específico que se fija de manera arbitraria (por ejemplo de 3 a 6 meses, o que excede el periodo previsto de curación)

Hay factores ambientales y psicológicos que contribuyen a que el dolor se perpetúe. Es un problema complejo que genera una gran carga financiera para la sociedad y los sistemas de salud. Son ejemplos comunes de este tipo de dolor: la artritis, las migrañas y el dolor lumbar.

MECANISMOS DEL DOLOR: DOLOR SOMÁTICO Y DOLOR NEUROPÁTICO

Dolor somático

Dolor somático es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos (nocicepción: percepción del dolor). Estrictamente, debería incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo, excluyendo nervios periféricos o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de **dolor somático propiamente dicho** cuando los receptores están ubicados en estructuras anatómicas superficiales como la piel, músculos o articulaciones, y de **dolor visceral**

cuando los receptores activados por el estímulo están ubicados a nivel profundo, como puede ser en una víscera.

La información relacionada con el dolor (nocicepción), se transmite desde el tejido lesionado (piel, músculo o víscera) a la corteza cerebral a través de vías nerviosas ascendentes. La **vía** más rápida involucra tres neuronas: las fibras aferentes primarias que van desde los receptores nociceptivos (terminaciones nerviosas libres) hasta la neurona de la raíz posterior de la médula espinal (primer neurona), la cual a su vez hace sinapsis con la segunda neurona ubicada en el asta posterior de la médula espinal, cuyas aferencias se cruzan al lado contralateral y ascienden por el haz espinotalámico lateral. Estas proyecciones van hacia el núcleo ventral posterolateral del tálamo (tercer neurona) y desde allí la información se dirige a la corteza cerebral (área somatosensitiva primaria). En cada punto a lo largo de la vía hay varias opciones alternativas para rutas más largas y para la **modulación y/o integración de la información**.

Distinguir **dos componentes** del dolor ayuda a entender esta complejidad: el componente sensorial discriminativo, que señala la ubicación, intensidad y calidad del estímulo doloroso, y el componente afectivo-motivacional del dolor, que señala la calidad desagradable de la experiencia, y permite la activación autónoma que sigue a un estímulo nocivo (la clásica reacción de lucha o huida). Se cree que el componente discriminativo depende de las vías que se dirigen a las áreas tradicionales somato-sensoriales de la corteza, mientras se cree que el componente afectivo-motivacional depende de vías adicionales corticales y del tronco encefálico.

El **dolor somático** propiamente dicho es habitualmente bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en describirlo. El **dolor visceral**, en cambio, frecuentemente es menos localizado y puede ser referido a un área cutánea que tiene la misma inervación. Por ejemplo, el estímulo de receptores en el miocardio activa aferentes viscerales que terminan en los cuatro primeros segmentos medulares torácicos; esta información converge sobre las mismas estructuras neurales que reciben los estímulos cutáneos, por lo que el dolor es referido muchas veces a la región torácica precordial, hombro y brazo izquierdos.

Dolor neuropático

Las sensaciones dolorosas pueden desaparecer o disminuir cuando existen lesiones del sistema nervioso central y periférico. Paradójicamente, las lesiones o trastornos funcionales del sistema nervioso pueden producir dolor. El **dolor neuropático** es el que resulta de lesiones o alteraciones en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. Por ejemplo, las lesiones de los **nervios periféricos** (como ocurre en la neuropatía diabética) o de las neuronas aferentes primarias (como en el herpes zoster) producen dolores irradiados en la región del cuerpo que normalmente está inervada por los nervios lesionados. También, aunque con menor frecuencia, hay dolores que se vinculan a ciertas lesiones del **sistema nervioso central**, especialmente las del tálamo y el haz espinotalámico.

El paciente frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo, por ser una experiencia nueva. En general, el dolor neuropático tiene **propiedades particulares**; semeja un hormigueo, quemazón o descarga eléctrica, y puede desencadenarse por roces muy suaves, datos todos que son diferentes en otras clases de dolor. Los síntomas pueden ser **focales o más generalizados**. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (**disestesia**), con **hiperalgesia** (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (**alodinia**). Estos términos se agrupan en el de **hiperpatía** y son característicos de una hipersensibilidad alterada. En la exploración, es característico que se descubra un **déficit sensorial en el territorio del dolor**.

Estos dolores neuropáticos suelen ser intensos y bastante refractarios a los tratamientos habituales del dolor.

En este sentido, posee interés clínico el hecho de que la lidocaína tópica al 5%, aplicada en la forma de parches, sea eficaz en individuos con neuralgia posherpética, cuyo signo sobresaliente es la alodinia.

Diversos mecanismos contribuyen a la aparición del dolor neuropático. Al igual que ocurre con los nociceptores aferentes primarios sensibilizados, las fibras aferentes primarias y también los nociceptores, una vez lesionados, se vuelven muy sensibles a los estímulos mecánicos y empiezan a emitir impulsos en ausencia de todo estímulo.

Existen pruebas de que este aumento de la sensibilidad y de la activación espontánea se debe a una concentración alta de los canales del sodio. Cuando las fibras aferentes primarias se lesionan, también pueden sensibilizarse a la noradrenalina. Curiosamente, las neuronas medulares transmisoras del dolor, que por lo regular interrumpen los impulsos aferentes, también pueden activarse espontáneamente. De ese modo, los cambios lesivos tanto del sistema nervioso central como del periférico contribuyen a la aparición del dolor neuropático.

| COMPARACIÓN ENTRE EL DOLOR SOMÁTICO Y NEUROPÁTICO | | |
|--|--|--|
| | Somático | Neuropático |
| Estímulo nociceptivo | Generalmente evidente | No hay estímulo obvio |
| Localización | Bien localizado Visceral puede ser referido | Irradiados en la región del cuerpo que normalmente está inervada por las estructuras neurales lesionadas |
| Características | Similar a otros en la experiencia del paciente | Inhabitual, distinto (hormigueo, quemazón, descarga eléctrica) |
| Efecto de analgésicos comunes | Bueno | Alivio parcial |
| Efecto de placebos | 20% - 30% | 60% |

Consideraciones generales en la evaluación del paciente con dolor

Cuando estamos frente a un paciente cuyo motivo de consulta es el dolor, son numerosas las hipótesis que comenzamos a plantearnos. En muchas oportunidades el dolor está relacionado con una causa específica y determinada, pero en muchos otros casos, el dolor es el problema y entonces debemos caracterizarlo y evaluarlo en su total y real magnitud. El

alivio del dolor es una prioridad. Se mencionan a continuación elementos de juicio clínico que pueden contribuir al diagnóstico del tipo de dolor.

Evaluación Inicial:

Momento de inicio: cuando comenzó, cómo comenzó, en qué contexto o circunstancia.

Con estas preguntas nos orientamos para saber si es un problema agudo, subagudo o crónico y esto nos orienta a decidir acciones. La circunstancia de inicio es importante pues puede orientarnos acerca de si fue en reposo, luego de un esfuerzo o relacionado con trauma y nos orienta al probable mecanismo causal.

Descripción: cómo lo describe el paciente. Quemante, caliente, hipersensibilidad, eléctrico, con parestesias-disestesias. Estos datos son muy importantes pues nos orientan a considerar si es un dolor propio de estructuras somáticas musculoesqueléticas o si involucra estructuras nerviosas (compresión de raíces)

Localización/Irradiación: define la topografía del dolor. Es superficial o profundo, focal, multifocal o generalizado (podemos generar un dibujo de un mapa corporal). Tiene un trayecto, si corre por el miembro, responde al territorio de una estructura nerviosa (ej: ciática). Si se irradia a pelvis, glúteos, genitales, pie, etc. O si está sólo en la región lumbosacra en la espalda (dolor axial)

Duración: desde el inicio del cuadro. Lo consideramos agudo o crónico. Esto tiene fundamental importancia para definir la causa probable, la conducta terapéutica, y si avanzamos o no con estudios para establecer la causa.

Periodicidad: ¿es continuo? ¿es intermitente? ¿en qué momento se presenta? (describe el “tempo” del dolor) ¿se presenta en paroxismos? ¿persiste más allá después de la aplicación de un estímulo? ¿es peor de noche y en reposo?, que generalmente tiene componente

neuropático u oncológico? ¿es un dolor que se empeora con el movimiento?, generalmente mecánico. ¿mejora sólo al acostarse?, característico de aplastamiento vertebral.

Severidad: el dolor debe evaluarse y su evolución debe seguirse utilizando escalas uni- o multi-dimensionales, lo que nos permite dimensionar en forma real y completa la evolución del cuadro clínico doloroso. A partir de allí se debe evaluar la medicación analgésica uni- o multimodal, la dosis, y el tipo de fármaco.

Factores de alivio o factores agravantes: ¿El paciente refiere alodinia-hiperalgesia? ¿empeora con estímulos?, entonces tiene componente neuropático. Modalidades de tratamiento o medidas que contribuyen al alivio del dolor. Reposo, movimiento, sentado (dolor propio de un disco), síntomas de alarma en dolor lumbar.

Conducta ante el dolor: ¿qué hace cuando le duele? ¿evita el contacto físico? ¿le afecta el ánimo? ¿aislamiento social? ¿conducta hacia lo laboral?

Afecto: ¿cómo le afecta el carácter o los momentos de su vida diaria? ¿impacta en la calidad de vida? ¿tiene síntomas de ansiedad? ¿depresión? ¿insomnio?

Síntomas asociados generales o locales en la región del dolor: ¿se presentan cambios autonómicos, como piel roja, o músculos atrofiados?

Terapias previas y resultados: Los AINEs son inefectivos en dolor neuropático. Debe tenerse en cuenta que los neuromoduladores son inefectivos en dolor músculo-esquelético.

Evaluar con los elementos clínicos según las características sindromáticas del dolor con todos los elementos, donde podemos considerar 3 grandes grupos (tabla 1)

Tabla 1. Causa de dolor referido a la región lumbar

| Dolor mecánico con dolor en columna o pierna | Dolor producido por enfermedades que afectan la columna | Dolores referidos a la columna de otro origen |
|--|--|--|
| Distensión lumbar musculoesquelética: 70% Degenerativas discales, articulares: 10% Hernia discal: 4% Canal estrecho: 3% Fractura por osteoporosis: 4% Espondilolistesis Fractura por trauma Espondilólisis Otras congénitas Dolor discogénico | Neoplasias (0,7%): mieloma múltiple, metástasis, linfomas, etc. Infecciones (0,01%) Artritis inflamatorias Otras reumáticas | Enfermedad de órganos de la pelvis: prostatitis, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica Enfermedad renal Aneurisma de aorta Enfermedades gastrointestinales: pancreatitis, colecistitis, úlcera |

Etiologías a considerar. Para establecer tratamiento específico y contribuir a la mejoría del cuadro doloroso según su causa (Tabla 1)

La descripción del dolor es muy importante ya que nos orienta sin duda al tipo de dolor y su relación causal. El dolor limitado a la región lumbar, que NO se irradia puede ser dividido en forma práctica por arriba o debajo de la cintura. Por arriba tenemos dolor discogénico, dolor miofascial, dolor facetario (de la articulación), fractura de vertebra. Por debajo: dolor de la articulación sacroilíaca o miofascial.

Cuando el dolor que refiere el paciente claramente se “corre” o “irradia” hacia la pierna y en especial si llega hasta el pie o pantorrilla entonces consideramos que un nervio se encuentra afectado. Esto se denomina “Ciática”. Lo característico de la descripción de un dolor de ciática muchas veces es particular y se usan los denominados descriptores, que son las palabras con las que el paciente describe el dolor (Tabla 2)

Tabla 2. Descriptores comunes en dolor Neuropático

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Quemadura● Quemadura solar● Tiro● Apretar● Pinchazos● Corte● Cosa que molesta (zapato)● Frío● Algo ajustado● Lacerante / arrancar● Desgarrante | <ul style="list-style-type: none">● Clavado● Profundo● Doloroso● Balazo● Alfileres y agujas● Sordo● Estallido● Perforante● Mordedura● Eléctrico● Calambre |
|--|---|

El dolor crónico como problema

Por definición el dolor crónico es el que dura más de 6 meses o, desde una visión más práctica, es aquel que no se resuelve en el tiempo previsto para la resolución de un daño tisular.

Es una condición patológica y una enfermedad en sí mismo y este es un concepto claro que el profesional de la salud debe tener. Es un síndrome complejo que puede tener una manifestación sintomática focal (ej. migraña) o general (fibromialgia).

Durante los últimos 20 años han sido numerosos los avances en el estudio del dolor crónico, particularmente de los mecanismos relacionados con procesos centrales y periféricos.

Dentro de este síndrome clínico denominado “Dolor crónico”, podemos describir diferentes situaciones generadoras: dolor artrítico, neuropático, diabético, miofascial, entre otros y el área de dolor involucrada: lumbar, cervical, craneal. Complica más aún la particularidad de que un mismo síndrome doloroso se expresa de diferente manera en dos personas distintas. Un paradigma de este modelo es el dolor lumbar, para el cual es difícil establecer el origen

del dolor, el tipo de tejido y estructura involucrada, la intensidad, la variabilidad en la presentación, los factores de alivio, entre otros.

Hay factores que relacionan la transformación de un dolor incidental o agudo con la aparición de un síndrome doloroso crónico. Uno de estos es la variabilidad anatómica relacionada con la estructura involucrada, por ejemplo en la anatomía de la región lumbar, la relación entre nervios, ligamentos, estructuras óseas, diámetros del canal, entre otras variables. A esto se le suma la genética que determina estas variaciones, subyacente al problema. Otros factores son los psicosociales, entre los que tenemos el tipo de actividad, las circunstancias económicas, el entorno afectivo, el medio social, el carácter, las conductas preestablecidas (ejemplo: catastrofización), co-morbilidad psicológica asociada, como rasgos depresivos o ansiedad. Aunque se han propuesto diferentes variables relacionadas, no es posible definir particularmente uno de estos como condición necesaria o suficiente para padecer dolor crónico.

Algunos cambios fisiopatológicos relacionados con el dolor crónico

Parte de la complejidad de este problema es que NO hay un marcador biológico de laboratorio, de imágenes, neurofisiológico, ni patológico que nos permita confirmar este cuadro clínico. El diagnóstico se basa en la visión clínica del conjunto, apoyada por la historia clínica y el examen clínico neurológico.

A pesar de esto se han estudiado piezas de este “rompecabezas” que sostienen cambios relacionados con la aparición de este modelo fisiopatológico de dolor crónico.

En modelos experimentales, las neuroimágenes han mostrado la relación entre diferentes áreas del cerebro y la persistencia del dolor crónico. Hay distintas estructuras claramente relacionadas anatómicamente y funcionalmente con el dolor crónico como el cíngulo, áreas del tálamo, girosgingularis, áreas frontales y amígdalas, para nombrar algunas. Además, los cambios cognitivo-conductuales se relacionan como se demuestra en la diferente capacidad de toma de decisiones, los trastornos atencionales y los déficits de memoria. Los cambios morfológicos puestos en evidencia mediante estudios volumétricos de neuroimágenes muestran que en el cerebro de los pacientes con dolor crónico varias áreas, como la corteza

somestésica relacionada con la topografía, así como las estructuras talámicas reducen su volumen con el dolor crónico, aparentemente por pérdida de sustancia gris.

Se postula que dos condiciones biológicas principales son condicionantes de la generación del dolor crónico: el tipo de daño y la duración del tiempo de la injuria. Los mecanismos generadores inflamatorio, neuropático o mixto activan áreas cerebrales diferentes, las que condicionan la reorganización de redes neuronales, la neuroplasticidad, lo que genera conexiones funcionales que favorecen y mantienen el dolor. En relación con esto, la memoria previa o condicionante del evento y la información adquirida a partir de la injuria podrían ser críticas en la reorganización anatómo-fisiológica para la transición de un estado de dolor agudo a uno de dolor crónico. Otro rol importante en este contexto es la modulación descendente y su “fallo” en el control antinociceptivo en los estados dolorosos crónicos.

A partir de los múltiples mecanismos postulados, relacionados con la posibilidad de que un sujeto sano genere un cuadro de dolor crónico a partir de un evento doloroso, podemos entender y trasladar a la práctica clínica la complejidad del Síndrome Doloroso Crónico, lo que da justificación al concepto de “dolor total”, donde intervienen mecanismos generadores, circunstancias actuales y pasadas del sujeto, la posibilidad genética de generar circuitos aberrantes que mantienen el cerebro excitado, dificultan los mecanismos fisiológicos antinociceptivos y generan cambios anatómico-funcionales en el cerebro del paciente, entre otros múltiples mecanismos estudiados. En consecuencia, este cuadro crónico debe tener múltiples áreas de abordaje. Es irracional pretender contener o modular todo este contexto de mecanismos biológicos que se activan en el paciente doloroso crónico con el solo acto de indicar un analgésico.

Aspectos sobre los pacientes con dolor crónico

Las personas que sufren dolor crónico acuden al médico en busca de un alivio mágico e instantáneo para su problema. Este problema crónico desconcierta a quienes lo sufren, ya que no pueden concebir que la medicina, con tantos avances, no pueda resolverlo. Parte de este paradigma se relaciona con las quejas de dolor crónico y la frecuente ausencia de una causa identificable. Hay pocos estudios que manifiesten la gran discapacidad que tiene el

doliente crónico. A medida que el tiempo transcurre la discapacidad que genera el dolor se incrementa y se van agregando al problema los otros factores ya descritos en las distintas dimensiones. Debemos tener cuidado al enviar a estos pacientes para evaluación psicológica pues el doliente supondrá que no se le cree su dolor como real y que el médico presume que son fantasías o simulaciones del paciente. Dar una buena explicación y mejorar la relación del profesional de la salud y el paciente son herramientas eficaces.

Dentro de este marco biomédico, carente de marcadores específicos que cuantifiquen la magnitud del problema, se destaca la frustración que genera dentro de la comunidad científica, profesional y médico-legal. El esfuerzo considerable con que inicia todo profesional el manejo de este problema choca prontamente con la frustración mutua de lograr un alivio y devolver la funcionalidad al paciente, lo que es característico del dolor crónico.

Hay situaciones comunes que caracterizan a los pacientes con dolor crónico. Suelen presentar un cuadro clínico “particular”, que genera insatisfacción tanto en el médico como en el doliente. También existe necesidad de buscar un alivio instantáneo y mágico, motivado por los múltiples fracasos anteriores en intentos terapéuticos. Es frecuente la tendencia a obtener compensaciones por el problema. Se genera la idea fija de que “algo malo debe tener”, que nadie encuentra y para lo que no obtiene alivio. Con el transcurso del tiempo se van agregando disfunciones sociales, conductuales y socio-familiares.

La compleja situación que se plantea al paciente que enfrenta un cuadro de dolor crónico tiene algunas características generales (ver síntesis 1).

La suma de eventos relacionados con el dolor crónico, la alteración de la calidad de vida, las alteraciones fisiológicas, las preguntas sin respuestas, las frustraciones y otras sensaciones desagradables hacen que el paciente sufra las consecuencias de esta carga que tiene que sobrellevar (ver síntesis 2).

Síntesis 1. Características comunes a las personas que sufren dolor crónico.

- Todos refieren dolor por meses o años
- El dolor actual es similar al de inicio pero que ha empeorado con los procedimientos
- El relato del problema es detallado y minucioso.
- Sometidos a variados tratamientos. Consumen a pesar del no beneficio
- Todos refieren su dolor como una emergencia
- Lo describen como incapacitante.
- Manifiestan la voluntad de someterse a cualquier tratamiento o dx.
- Expresan que todo andaría bien si no fuera por el dolor.
- Se muestran a la defensiva.
- Vida en torno al dolor.
- Es la causa de todos sus problemas
- No hay relación entre hallazgos y discapacidad.
- Manipulación del médico que "accede" a nuevos estudios y ttos.
- Depresión-adicción.

Síntesis 2. Impacto en la esfera personal del paciente con dolor crónico

- **DOLOR CRÓNICO**
- Sensación de dolor mayor que hallazgos físicos.
- Menos actividad y más descanso.
- Trastornos del sueño.
- Depresión, fatiga, inactividad, ↓ sexo.
- Polimedicación.
- La vida entorno al dolor.
- Acapara la atención del entorno social.
- Baja autoestima.
- Frustración en el trabajo.
- ↓ actividad social y recreativa.
- Inseguridad y desconfianza del tratamiento.
- Uso excesivo de productos médicos.

Sobre las generalidades del tratamiento

Tenemos un conocimiento general sobre lo que implica la afectación fisiológica y funcional de un paciente que sufre dolor crónico y desarrollaremos a continuación consideraciones generales sobre el abordaje del problema.

Un aspecto a considerar como principio fundamental: ¡¡“el **tratamiento no es solo una receta**”!!.

Tenemos dos grandes aspectos: el manejo farmacológico y el no farmacológico.

Algunos puntos clave en el manejo farmacológico del dolor crónico se detallan a continuación:

Las enfermedades crónicas con componente inflamatorio activo son muy limitadas.

Un factor importante en el dolor crónico y en su mantenimiento obedece a cambios plásticos del Sistema Nervioso. De lo anterior surge la limitación de los antiinflamatorios en los dolores crónicos, salvo en aquellas enfermedades que cursen con inflamación.

El control efectivo del dolor agudo nos da la posibilidad de prevenir en alguna medida que ese dolor se transforme en crónico.

El manejo efectivo del dolor es el que disminuye verdaderamente el dolor en el paciente y es sólo éste quien puede decirnos esto. Es necesario contar con escalas para cuantificar los cambios y resultados

El buen analgésico es el que alivia el dolor, NO el más moderno ni el más caro.

Es necesario conocer el manejo y las características farmacológicas de los medicamentos que usemos.

La Escalera de la OMS en analgesia sigue vigente en sus principios básicos del uso de analgésicos (Figura 5)

En esto consideremos los analgésicos simples, los coadyuvantes y los opioides. Todos los médicos pueden manejar adecuadamente estos medicamentos.

Existen otras medidas para tratar síndromes dolorosos específicos: bloqueos anestésicos, y otras más complejas.

El dolor PUEDE y DEBE tratarse.

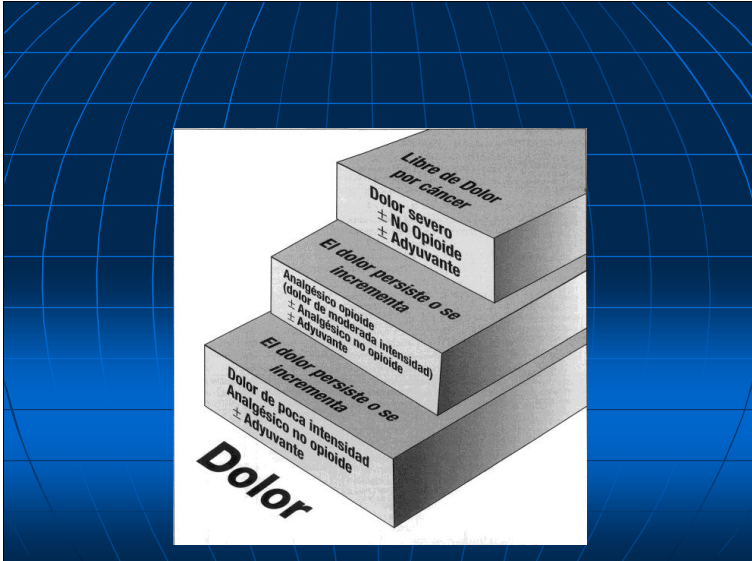


Figura 5. Escalera analgésica de la OMS y el uso de niveles de medicación para el dolor.

Síntesis 3



Principios del abordaje del dolor crónico

- El contacto longitudinal del paciente le posibilita la prevención del dolor crónico.
- Actitud del médico ante síntoma recurrente:
 - Como afecta el funcionamiento? como lo enfrenta?
 - Qué perpetúa o empeora el dolor? Como lo minimiza?
 - Como enfrenta esta situación? Animo?
 - Como está su energía? Sueño?
 - Interés por las cosas? Concentración? Culpa?
 - Siente que así no vale la pena vivir?

El otro abordaje SIEMPRE necesario es el NO farmacológico, que debe siempre acompañar el manejo adecuado de un cuadro doloroso crónico. Las siguientes son consideraciones generales para tener en cuenta:

- *El dolor no es un problema psicológico.*
- *Los factores psicológicos no manejados pueden perpetuar el dolor crónico*
- *Tener un dolor crónico no implica estar loco.*
- *Que no se encuentre la causa, NO implica que el paciente no tiene nada.*
- *Apoyarse en el manejo de las emociones es fundamental para mejorar las oportunidades de éxito.*
- *Cambiar a un rol activo tanto al profesional como al paciente.*
- *La modificación de hábitos y conductas es necesaria. Hay técnicas para esto.*
- *Evaluar el impacto global del dolor en cada paciente hace que podamos tener una visión real del problema y trabajar juntos paciente y profesional.*

- *Mejorar hábitos fisiológicos contribuye a la mejoría. Ejemplo: sueño, actividad física, alimentación.*
- *Los pacientes con dolor crónico no son adictos a los analgésicos.*
- *Planear objetivos y metas en el camino hacia la solución.*
- *Todo lo que contribuya al alivio será bienvenido.*
- *Los tratamientos complementarios pueden ser de gran ayuda y son necesarios.*
- *El mejor tratamiento es el que genere alivio en el paciente.*

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ES SOLO UNA RECETA. IMPLICA CONSIDERAR LA SEVERIDAD DEL DOLOR, EL IMPACTO PERSONAL, LAS ESFERAS AFECTADAS Y TRAZAR UN PLAN QUE INCLUYA MEDIDAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS.



El Autocuidado, es una conducta de la persona, dirigida hacia sí misma o hacia su entorno, destinada a regular aquellos factores que pudieran afectar su propio desarrollo y funcionamiento y destinada al beneficio de su vida, su salud y su bienestar. Es una actividad que el individuo aprende y que se orienta hacia un objetivo, “cuidarse a sí mismo”. Busca promover condiciones saludables, prevenir la aparición de situaciones adversas y aminorar los efectos de dichas situaciones, en cualquier etapa de la vida evolutiva de la persona. La estructura musculoesquelética no escapa a la mirada del autocuidado. Las actitudes posturales, la actividad física y la ergonomía en los ambientes domésticos y laborales afectan directa o indirectamente la estructura y función del sistema locomotor de una persona, tanto en el sentido de cuidar el cuerpo, como de dañarlo o predisponerlo a sufrir dolencias.

El dolor de espalda es una de las consultas más frecuentes en el primer nivel de atención y el dato más interesante es que, en la gran mayoría de los casos, esta dolencia es prevenible. El propósito de este capítulo de Autocuidado, Postura y Actividad Física, no es hablar del dolor de espalda, huesos y articulaciones, sino más bien desarrollar en forma breve, clara y concisa, pautas para la protección de nuestro cuerpo en lo que hace a posturas y movimientos. Para ello, introduciremos algunos conceptos básicos acerca de la estructura y función de la columna vertebral y de la postura, y luego avanzaremos hacia conceptos y pautas referidas a la higiene postural y a ejercicios.

La columna vertebral es una de las estructuras más importante del esqueleto. Da sostén al cuerpo, protección a la médula espinal del Sistema Nervioso Central (SNC), sirve de anclaje de los miembros inferiores y superiores, lo que nos permite desplazarnos en el entorno físico (caminar, correr, sentarnos) y poder acercarnos al entorno hacia nosotros (tomar una taza, cepillarnos los dientes, pelar papas). A pesar de llamarse columna, para nada se asemeja a una estructura de sostén y anclaje rígida y firme. Su función está asegurada por las múltiples articulaciones que existen entre las vértebras que la conforman. Es decir, posee movilidad de flexión, extensión y rotación en cada uno de los segmentos vertebrales, lo que permite trasladar sus funciones a distintos puntos del espacio alrededor del individuo. Los segmentos de la columna vertebral: cervical, dorsal y lumbar, se ubican en

ese orden desde la base de la cabeza hasta la pelvis, justo por encima de los glúteos, y describen curvaturas funcionales: las lordosis cervical y lumbar (curvaturas cóncavas del cuello y la cintura), que le da independencia y movilidad a la cabeza, tronco y pelvis; y la cifosis dorsal (curvatura convexa de la media espalda), que cumple más bien una función estructural junto con las costillas y el esternón, conformando la caja torácica (figura 1). El sacro y el cóccix, que también forman parte de la columna vertebral, son dos piezas óseas formadas por vértebras soldadas y están incorporadas en la pelvis.

Higiene y Postura

Según la Real Academia Española (RAE), la higiene se define como la parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades. La Higiene Postural comprende los hábitos que tienden a depurar, limpiar y descontaminar las distintas posturas que podemos adoptar. El objetivo de practicar hábitos de higiene postural es aprender, e incorporar a la vida diaria, formas adecuadas de pararse, de sentarse, de acostarse y de realizar movimientos de tal manera que disminuyamos el riesgo de llegar a padecer problemas de espalda. Además, para quienes ya padecen dolores de espalda, el conocimiento de cómo realizar los esfuerzos cotidianos puede mejorar su autonomía y mejorar la limitación de su actividad.

La postura es la forma en la que cada uno coloca su cuerpo y lo mantiene en el tiempo. Podríamos clasificar las posturas en correctas o incorrectas. Se acostumbra decir que una postura es “buena” o “mala”; sin embargo, esta clasificación nos libera de la responsabilidad que tenemos al adoptar ciertas y determinadas posturas, y terminamos culpando a “doña postura”, cuando en realidad, cada uno es responsable de adoptar una u otra. Así, adoptando posturas correctas o incorrectas, asumimos la responsabilidad del cuidado de nuestro cuerpo.

La postura correcta, desde un punto de vista fisiológico, es aquella que no es fatigante, no es dolorosa, no altera el equilibrio, el ritmo ni la movilidad humana. Analizaremos la higiene postural en tres posturas, según la ubicación espacial de nuestro cuerpo. Podríamos dividir las posturas estáticas: de pie (bipedestación), sentado (sedestación), acostado

(decúbito); y posturas dinámicas, donde incluiremos aquellas posturas asociadas a distintas actividades de la vida diaria (AVD). Para todas ellas, tendremos en cuenta las siguientes recomendaciones generales: 1) evitar pasar demasiado tiempo en una postura determinada, 2) intercalar periodos de descanso entre las tareas habituales y 3) adecuar el entorno en el que nos desenvolvemos normalmente a los fines de proteger nuestro cuerpo de factores externos que pudieran perjudicar nuestras intenciones de tener una conducta saludable.

Bipedestación: estar de pie

No es recomendable pasar mucho tiempo en esta posición en forma estática, dado que entorpece el retorno venoso desde los miembros inferiores hacia el corazón, aumenta el consumo de energía en los músculos erectores para mantener la postura, y facilita la aparición de malas actitudes posturales. Sin embargo, cuando es necesario estar de pie se recomienda hacerlo con los pies ligeramente separados para aumentar la base de sustentación, alternar la descarga de peso sobre los dos pies, o sobre uno y luego sobre otro en tiempos iguales; la cabeza debe estar alineada, manteniendo la horizontalidad de los ojos y oídos, órganos sensitivos y sensoriales que participan en la obtención de equilibrio del cuerpo. La columna erguida, debe mantener (pero sin exagerar) las curvaturas normales. Es necesario evitar las rotaciones, las flexiones y extensiones del tronco desde esta posición, sobre todo si se las lleva a posiciones extremas, es decir de máxima rotación, flexión o extensión.

En esta posición es importante reparar en un accesorio: el calzado. Se dice que todos los extremos son malos, y el calzado goza de esta premisa: el calzado con taco elevado y de poca superficie de apoyo, favorece a la aparición de inestabilidad, retracción muscular y la consecuente pérdida de movilidad compensatoria. Sin embargo, el calzado bajo, “chatito”, sin ningún tipo de elevación en el talón, ni adaptaciones para el arco del pie, produce una descarga disarmónica del peso del cuerpo. Un calzado con una elevación que puede ir ente los 2 y 5 cm, de amplia superficie de apoyo, con soporte interior para el arco del pie responde a estándares mínimos y necesarios de buen calzado. Estas recomendaciones son aplicables para un pie estructural y funcionalmente normal, pero debe atenderse a las

particularidades de cada persona si tuviese alguna alteración en el pie, como pie plano (planta sin arco), halux valgus (desviación del dedo gordo), etc. No se Usted, pero yo... ¡ya me cansé de estar de pie! Analicemos la siguiente postura que es un poco más cómoda.

Sedestación: estar sentado

En esta posición, a diferencia de la bipedestación, el gasto de energía y el efecto gravitatorio sobre el retorno venoso son menores. Ahora, el apoyo dejó de estar sobre los pies para estar en la zona glútea. A pesar de ello, no es recomendable pasar demasiado tiempo sentado, dado que la flexión de la cadera y de la rodilla genera acodaduras en los vasos venosos; por otro lado, la carga de peso que en la posición de sentado pasa, en la columna vertebral, por los cuerpos y discos vertebrales de la región lumbar, lo que sumado a la falta de movilidad del segmento produce deshidratación y deterioro progresivo del tejido discal.

Para la postura de sentado existen parámetros que dependen de si es para trabajar en escritorio, para conducir un vehículo o para descansar. Para trabajar en escritorio, la espalda debe estar erguida, alineada y apoyada sobre respaldo. Lo más importante del apoyo en respaldo es que la columna lumbar descansa sobre el respaldo. No se recomienda el uso de taburetes o banquetas, ya que, al no poder apoyar la espalda, se tiende a adoptar una de dos posiciones incorrectas: o estar inclinado hacia adelante (“encorvado”, con aumento de la cifosis dorsal), o estar erguido con un exagerado aumento de la curvatura lumbar en busca de mantenerse derecho, con un estado de contracción permanente de la musculatura de la espalda. La superficie de asiento debe ser almohadillada, y a su vez firme. Debe ser horizontal y regulable en altura. Los pies deben estar siempre apoyados, sobre el piso, en un aro incorporado en la silla o sobre un realce de madera que permita tener las rodillas a la misma altura que las caderas. Deben evitarse las rotaciones del tronco desde la posición de sentado, para lo cual será necesario contar con una silla giratoria.

Es común que los niños, adolescentes, jóvenes y algunos adultos se sienten sobre una de sus piernas. Esto genera un apoyo asimétrico de la pelvis, acompañado de una inclinación y

rotación de la columna vertebral que, en la búsqueda de la alineación de la cabeza y los ojos con la horizontal, adopta una posición espacial tortuosa y serpenteante.

Para conducir, en el asiento del vehículo la espalda debe estar apoyada en su totalidad sobre el respaldo. Son escasos los automóviles con diseño anatómico de sus butacas, por lo que a veces es necesario adicionar algún suplemento para el apoyo de la columna lumbar. El conductor debe sentarse bien atrás en el asiento y a su vez, debe llegar con los pies a los comandos de aceleración y frenado sin estirarse, con comodidad.

Bien, llegó la hora de sentarse a descansar. El asiento puede tener una inclinación hacia atrás de unos 25°, permitiendo que las rodillas queden un poco por encima de las caderas. Se recomienda que el respaldo tenga también cierta inclinación, pudiendo llegar hasta los 15° para realizar lecturas y hasta 20° para el descanso. A veces, los apoyabrazos no ayudan a adoptar una posición relajada, cuando son demasiado altos y obligan a encoger los hombros.

Decúbito: estar acostado

La postura más adecuada para estar acostado o dormir es aquella que respeta las curvaturas normales de la columna y que evita el aumento de tensión en los segmentos vertebrales. La posición de costado sobre un lado (preferentemente el derecho), con flexión de caderas y rodillas es la más recomendable. También puede flexionarse sólo una de las piernas y colocar la otra extendida. En cualquiera de las posiciones, el cuello y la cabeza deberán estar apoyados sobre una almohada y alineados con el resto de la columna. Para ello debemos tener en cuenta la altura de la almohada, que deberá asegurar la ubicación de la cabeza y el cuello como lo planteamos anteriormente. Otra posición para acostarse o dormir es la de recostado, boca arriba con una almohada colocada debajo de las rodillas.

Acostarse boca abajo no es recomendable, porque aumenta la curvatura de la zona lumbar y obliga a rotar la cabeza generando tensión en la columna cervical. Por otro lado, en todos los casos debemos tener en cuenta las características del colchón y su vida útil. El colchón debe ser firme, y su densidad dependerá del peso del paciente. Además, el colchón tiene

una vida útil que obliga a su renovación. Si el colchón se hunde cuando nos acostamos, se pierde la alineación de la columna, y nos levantamos con dolores aunque se hayan respetado las posturas correctas. Si después de levantarse, la huella del cuerpo permanece, su colchón está dando señales que no está en condiciones de seguir en uso. Recuerde que el descanso es fundamental en la recuperación del organismo para las actividades a realizar durante el día. Por ello, debemos considerar la importancia tanto de la postura como de los elementos a emplear durante esas horas de descanso.

Hay más posturas...

Hasta aquí hemos desarrollado posturas estáticas, que se adoptan a los fines de ubicarnos en posiciones aptas para realizar tareas que no involucran desplazamiento de los segmentos corporales. Sin embargo, buena parte de la higiene postural tiene que ver con la posición que adoptamos para hacer actividades que implican desplazamientos de nuestro cuerpo, como por ejemplo, levantar un peso desde el suelo, incorporarse de la cama, o de una silla, higienizarse o vestirse. Algunas actividades estáticas específicas merecen algunas consideraciones ya que son actividades diarias, habituales y muchas veces favorecen la aparición de dolores de espalda totalmente prevenibles.

Para recoger algo del suelo, se recomienda agacharse flexionando las rodillas, manteniendo la espalda recta y evitando curvar la columna hacia delante. Podemos ayudarnos apoyando las manos en algún mueble o pared cercanos. Para levantar y/o transportar pesos desde el suelo debemos doblar las rodillas, no la espalda, y tener un apoyo de pies firme. Levantarse con las piernas y sostener los objetos junto al cuerpo, lo más cerca posible del tronco.

Para levantarnos desde la posición de sentado en silla o sillón, debemos apoyar las manos en el apoyabrazos, sobre borde del asiento, en muslos o rodillas; luego, desplazarse hacia el borde anterior del asiento, retrasando ligeramente uno de los pies, que sirve para apoyarnos e impulsarnos para levantarnos. Debemos evitar levantarnos de un salto, sin apoyo alguno, o pivotar sobre un pie, rotando mientras nos estamos poniendo en pie. Para incorporarse desde la posición de acostado, lo ideal es flexionar primero las rodillas, girar para

colocarnos de costado, e incorporarnos de lado hasta sentarnos, ayudándonos del apoyo en los brazos.

Para vestirse, se procurará estar sentado para ponerse las medias y el calzado, elevando la pierna a la altura de la cadera o cruzándola sobre la contraria, pero manteniendo la espalda recta. Para atarnos los cordones del calzado, podemos agacharnos con las rodillas flexionadas o elevamos el pie y lo apoyamos en un banco, taburete o silla.

En lo que se refiere al aseo personal de pie frente al lavamanos, hay que tener en cuenta la altura del lavabo, porque la excesiva flexión del tronco para asearnos, puede provocar dolores lumbares. La postura correcta será agacharnos con la espalda recta y las piernas flexionadas.

Actividad Física

Hasta aquí, hemos tratado sobre las posturas y movimientos realizados en las actividades de la vida diaria que tiende a proteger la estructura y la función del sistema locomotor. Otro de los aspectos que decidimos enfocar para generar una conducta de autocuidado es la Actividad Física. Para ello, abordaremos algunos conceptos generales, su influencia en la salud del individuo, y pautas para la realización de una actividad física saludable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como actividad física “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Partiendo de esta definición, comprendemos que la actividad física abarca el ejercicio (aunque no deben considerarse como sinónimos, ya que este último es una actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física), el deporte (actividad física ejercida como competición que se rige por determinadas normas), y otros movimientos que se realizan como parte de juegos, de la actividad laboral, del transporte activo, de tareas domésticas y de todo tipo de actividades recreativas”.

¿Por qué es bueno realizar actividad física?

La actividad física regular disminuye la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, el riesgo de hipertensión arterial (HTA), Accidente Cerebro-Vascular (ACV), obesidad, cáncer de mama y de colon, depresión y osteoporosis.

Por otro lado, la inactividad física es responsable de 3,2 millones de muertes anualmente (5,5% del total), impactando fuertemente en mujeres y adultos mayores. Se estima a nivel mundial una prevalencia de sedentarismo de 17%, aunque si consideramos también a la actividad física insuficiente o inactividad física, esta cifra asciende al 41%.

Algunas soluciones para contrarrestar el sedentarismo y estimular la actividad física, son propuestas individuales y poblacionales; estas últimas incluyen programas escolares o laborales que generen cambios en el entorno, como por ejemplo la creación de lugares para realizar actividad física, cambios de urbanización y transporte, reorganización comunitaria y cambios en las currículas escolares. Si analizamos específicamente el ámbito escolar, estos programas aumentan la realización de actividades físicas principalmente cuando se combinan con actividades donde intervienen la familia y la comunidad. En el ámbito laboral, aquellas medidas que modifiquen la actividad rutinaria del empleado, mediante la creación de espacios para que puedan realizar actividad física, o utilizar medios de transporte activos (medios que demanden actividad física para movilizarse), o incentivos para realización de actividad física recreativa, resultan beneficiosas tanto para el empleado como para el empleador ya que mejoran las relaciones laborales, la salud de los empleados y disminuye el ausentismo.

Antes de comenzar a realizar actividad física, debemos tener en cuenta algunas características importantes para su correcto desarrollo:

- Tipo de actividad física (¿qué actividad?): Puede ser de diversos tipos: aeróbica (como por ejemplo caminar a paso vivo, correr, andar en bicicleta, saltar la cuerda, nadar o bailar) o para mejorar la fuerza (con la utilización de elementos como mancuernas, bandas elásticas, etc.), o de flexibilidad (como yoga, elongaciones, etc.)

- Duración (¿por cuánto tiempo?): Tiempo durante el cual se debería realizar la actividad o ejercicio. Suele estar expresado en minutos.
- Frecuencia (¿cuántas veces?): Número de veces que se realiza un ejercicio o actividad. Suele estar expresado en sesiones, episodios, o tandas por semana.
- Volumen (cantidad total): Los ejercicios aeróbicos se caracterizan por su interacción entre la intensidad de las tandas, la frecuencia, la duración y la permanencia del programa. El resultado total de esas características puede conceptuarse en términos de volumen.
- Intensidad (Ritmo y nivel de esfuerzo que conlleva la actividad): Grado en que se realiza una actividad, o magnitud del esfuerzo necesario para realizar una actividad o ejercicio. Según el Cuestionario Internacional de Actividad Física (*IPAQ, del inglés International Physical Activity Questionnaire*) que permite discriminar a la población en inactivos y activos, y medir el nivel de actividad en la última semana. Para ser utilizado con adultos jóvenes y de mediana edad (15-69 años). Se categoriza el nivel de actividad física de la siguiente forma:
 - Nivel bajo: sin actividad o no incluido en niveles moderado o alto.
 - Nivel Moderado: cualquiera de los siguientes:
 - 3 o más días de actividad intensa de al menos 20 minutos por día.
 - 5 o más días de actividad moderada y/o caminata de al menos 30 minutos.
 - 5 o más días de cualquier combinación de caminata, moderada o intensa.
 - También podemos definir las como actividades que requerían respirar algo más rápido y realizar algún esfuerzo (por ejemplo tareas domésticas, andar en bicicleta lentamente, natación recreativa, etc).

- Nivel Intenso (o elevado): cualquiera de los 2 criterios siguientes:
 - Actividad intensa 3 días acumulando.
 - 7 o más días de cualquier combinación (caminata, moderada, intensa).
 - Otra definición: actividades que requieran respirar mucho más rápido y realizar un esfuerzo físico mayor (por ejemplo correr, trabajos manuales como construcción, deportes como fútbol o tenis, etc.).

Como todo sabemos, no es lo mismo que un niño o un adulto realice actividad física. Por este motivo, daremos algunas recomendaciones a tener en cuenta cuando se desee planificar una actividad.

Actividad física para niños y jóvenes de 5 a 17 años

Para este grupo de edades, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Es muy importante el contexto donde realizará la actividad el niño, ya que puede contribuir su desarrollo social, al darle la oportunidad de expresarse y fomentar la autoconfianza, la interacción social y la integración. Otro beneficio es el relacionado con los efectos psicológicos, ya que facilita un mejor control de la ansiedad y la depresión.

Dentro de este grupo etario, todos los niños sanos de 5 a 17 años están, en principio, en condiciones de realizar actividad física, a menos que su estado médico aconseje lo contrario. Los niños y jóvenes con discapacidades deberán incluirse en este grupo; siempre es conveniente que consulten con un agente sanitario para determinar el tipo y cantidad de actividad física que mejor se adapte a sus capacidades.

La actividad física diaria recomendada es, en su mayor parte, aeróbica, con una duración mínima de 60 minutos y de intensidad moderada a elevada, todos los días o al menos tres veces en la semana. Se puede realizar también, distintas actividades de cortos periodos de duración (por ejemplo dos sesiones de 30 minutos) y luego sumarlos para completar la

totalidad de minutos recomendados. Será conveniente, alternar como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas; la duración de estas será de unos 30 a 45 minutos.

Si, por ejemplo, el niño realizó 60 minutos diarios de juego los 7 días de la semana, su volumen total de actividad será de 420 minutos semanales de actividad de intensidad moderada.

Se pueden realizar actividades con un objetivo específico, para aprovechar mejor el tiempo. Por ejemplo, actividades de fortalecimiento muscular que se incorporen espontáneamente en el transcurso de los juegos, en instalaciones apropiadas, como trepar a los árboles, o realizar movimientos de empuje y tracción; las actividades de esfuerzo óseo pueden realizarse como parte de carreras, volteretas o saltos.

Con el fin de reducir el riesgo de lesiones, se fomentará el uso de equipos de protección (por ejemplo, cascos) en todos los tipos de actividad que pudieran entrañar ese riesgo.

En el caso de los niños y jóvenes inactivos, se recomienda un aumento progresivo de la actividad hasta alcanzar finalmente el objetivo indicado más arriba. Es conveniente empezar con una actividad ligera y, con el tiempo, aumentar gradualmente la duración, la frecuencia y la intensidad. También hay que señalar que, para los niños que no realizan ninguna actividad física, cualquier actividad inferior a los niveles recomendados será más beneficiosa que no hacer nada en absoluto.

Adultos de 18 a 64 años de edad

Todos los adultos sanos de este grupo de edades, y también los que padezcan enfermedades crónicas no transmisibles y no relacionadas con la movilidad, como la hipertensión o la diabetes, son capaces de realizar actividad física. Las mujeres, durante el embarazo y el puerperio, y las personas con trastornos cardíacos tendrán que adoptar precauciones adicionales y recabar asesoramiento médico antes de tratar de alcanzar los niveles de actividad física recomendados para este grupo de edades, ya que sus capacidades físicas estarán condicionadas por su estado.

Estas recomendaciones son aplicables también a los adultos con discapacidades; no obstante, es necesario ajustarlas a cada individuo en función de su capacidad de realizar ejercicios y de los riesgos o limitaciones específicas que afecten a su salud. Para ello, deberán consultar con personal sanitario pertinente.

Los adultos realizarán su actividad física durante el tiempo libre o los desplazamientos (por ejemplo, pasear a pie o en bicicleta) y mediante actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados, en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Estas actividades tendrán una duración de 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. La actividad física total puede realizarse en varias sesiones breves (por ejemplo, 30 minutos de ejercicio moderado cinco veces por semana) o en una única sesión prolongada, con el fin de alcanzar el objetivo. Es decir, deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa. Con el fin de reducir el riesgo de lesiones, se alentará el uso de equipos de protección (por ejemplo, el calzado).

Los adultos inactivos o con limitaciones vinculadas a enfermedades pueden mejorar su salud simplemente pasando de la categoría de “inactivas” a “un cierto nivel” de actividad. Los adultos que actualmente no cumplen las recomendaciones sobre actividad física deberían tratar de aumentar la duración, la frecuencia y, por último la intensidad de su vida activa como objetivo para cumplir las directrices recomendadas.

Adultos de 65 años en adelante.

Estas recomendaciones son aplicables a las personas, de este grupo de edades, sanas y con enfermedades no transmisibles crónicas. Los adultos con dolencias específicas (por ejemplo, enfermedad cardiovascular o diabetes) tendrán que adoptar precauciones adicionales y solicitar asesoramiento médico antes de tratar de alcanzar el nivel de actividad física recomendado. También son válidas para los adultos de mayor edad con

discapacidades, aunque es necesario adaptarlas a cada individuo en función de su capacidad para hacer ejercicios y de los riesgos o limitaciones específicas para su salud.

La actividad física está asociada a una mejor salud funcional, a un menor riesgo de caídas y a una mejora de las funciones cognitivas. Los adultos físicamente activos tendrán probablemente un menor riesgo de fractura de cadera o vértebras, ya que la actividad puede aminorar la disminución de la densidad ósea.

En este grupo etario la actividad física consiste en la práctica de ejercicios durante el tiempo libre o los desplazamientos (por ejemplo, mediante paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados (de bajo impacto como la natación), en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Es muy importante el contexto en el que realizarán su actividad, dado que en nuestro país se corresponde con el periodo en que la mayoría adquiere su jubilación y se generan gran cantidad de cambios asociados a la modificación de su rutina laboral. Por este motivo, es conveniente realizar actividades en conjunto.

Los adultos de mayor edad deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa. Recordemos que se puede realizar varias sesiones o una única sesión prolongada. Para obtener aún mayores beneficios, los adultos de este grupo deberían aumentar hasta 300 minutos semanales su actividad física mediante ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, o bien practicar 150 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa.

Los adultos de mayor edad con dificultades de movilidad deberían dedicar tres o más días a la semana a realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio y evitar las caídas.

Una vez finalizada la actividad física, debemos realizar elongaciones de la musculatura empleada, con el fin de obtener una mejor flexibilidad. Esta última, se define como la capacidad física de amplitud de movimientos de una sola articulación o de una serie de

articulaciones. Un adecuado trabajo de flexibilidad permite un rango óptimo de movimiento en cada grupo muscular para prevenir la aparición de lesiones.

Los estiramientos que proponemos, se ejecutarán de manera lenta y siempre en tiempo espiratorio, la intensidad será moderada lo cual estará determinado por la sensación de estiramiento o tensión en la estructura muscular, respetando la regla del no dolor. El tiempo que se mantendrá cada estiramiento es de aproximadamente entre diez y quince segundos, y se repetirán tres veces cada uno. Inmediatamente después de cada estiramiento, se realizará una pausa de otros quince a veinte segundos, aproximadamente, antes de la siguiente elongación.

A continuación, daremos algunos ejemplos de estiramiento que consideramos los más importantes y que no deben faltar después de cualquier actividad física.

Estiramiento de los músculos posteriores de muslo (Músculos Isquiotibiales): La posición de partida será parados y colocando el pie de uno de los miembros inferiores sobre una tarima, una silla o cualquier elemento que esté a una altura en la cual podamos colocar el pie y mantener la posición de parado sin esfuerzo. Luego, colocamos la pierna que está elevada bien extendida, es decir, la rodilla no debe quedar flexionada; y el pie que se encuentra apoyado en el suelo apuntando hacia adelante. Una vez ubicados es esta posición, empezaremos a inclinar el tronco hacia el pie que está elevado, pero ¡cuidado!, no hay que encorvarse hacia adelante, sino colocar la espalda bien derecha y desde esa posición ir hacia el pie de adelante. Una vez que llegamos a la sensación de tensión o estiramiento en la zona posterior del muslo (también se puede sentir la misma sensación en la zona baja de la espalda y glúteos, esto no quiere decir que esté mal, sino que falta práctica de estiramiento) mantenemos esa posición durante el tiempo estipulado, de entre 10 a 15 segundos como ya dijimos. Transcurrido el tiempo, aflojamos suavemente la tensión elevando el tronco de manera suave hasta llegar a la posición inicial, bajo el pie de la silla, descansamos 15 a 20 segundos, elevamos el miembro inferior contrario y repetimos el mismo procedimiento.

Elongación de los músculos anteriores de muslo (Músculo Cuadriceps): nos ubicaremos parados junto a un compañero o alguna pared donde podamos sujetarnos y no perder el equilibrio. Desde esta posición, llevaremos el talón hacia la zona glútea y tomaremos, con la mano del mismo lado, el pie y lo intentaremos acercar lo más que podamos a esta zona. Debemos tener la precaución de no inclinar el tronco hacia adelante ya que estaríamos en una mala posición corporal y el estiramiento no será efectivo. Mantenemos esta postura durante el tiempo de elongación previamente determinado y luego aflojamos suavemente hasta que el pie vuelve a contactar con el piso. Descansamos el tiempo propuesto y continuemos con el miembro del lado contrario.

Estiramiento de los músculos de la pantorrilla o parte posterior de la pierna: nos colocamos con las palmas apoyadas contra una pared o en el suelo, luego colocamos la planta de los pies de tal manera que contacten en su totalidad con el suelo. Si se está apoyado con las palmas en el suelo, la figura que formará será un arco o puente ya que las caderas quedarán elevadas por encima de la cabeza. En esta posición, mantenemos unos de los miembros inferiores bien extendidos, sin que se doble la rodilla, y sentiremos el estiramiento en la zona posterior de la pierna, por encima del tobillo. Una vez finalizado el tiempo, doblamos la rodilla, descendemos la cadera y aflojamos suavemente el cuerpo para descansar. Luego estiramos de la misma forma la pantorrilla contraria.

Para elongar la mayoría de los músculos de la espalda, nos colocaremos sentados en el suelo, mejor si estamos sobre un suelo blando como el césped o sobre una colchoneta para estar más cómodos. Llevaremos los pies delante del cuerpo y tratando que los miembros inferiores queden lo más estirados y juntos posible. Luego tomaremos aire e inclinaremos el tronco hacia delante buscando llegar a tomarnos los pies con las manos, si no llegamos a tocarlos no nos preocupemos, la flexibilidad es una capacidad que se va adquiriendo con la práctica, por lo cual, cuanto más practiquemos las elongaciones más fácil será acercarnos. Mantenemos la posición descrita el tiempo programado, luego aflojamos suavemente y elevamos el tronco hasta la posición de partida. En este tipo de estiramiento, probablemente, haya sensaciones de tensión en varias zonas, como por ejemplo en la zona posterior de los muslos, en las pantorrillas, en los hombros, etc., lo que se debe a que en

esta posición estamos estirando gran cantidad de músculos y eso hace que sea una posición difícil.

Elongación de los músculos de los miembros superiores: estando de pie, colocaremos los pies uno delante del otro y separados a la altura de los hombros, para mantener la postura estable, llevaremos uno de los brazos hacia el otro lado del cuerpo buscando tomarnos del hombro con la mano. Con la mano que nos queda libre tomamos el codo del miembro superior apoyado en el hombro e intentamos acercarlo al cuello. La sensación de tensión se presentará en la zona lateral del hombro del brazo que está cruzando el tronco. Transcurrido los diez o quince segundos, aflojamos suavemente y volvemos el brazo a su posición natural, colgando al costado del tronco. Descansamos el tiempo estipulado y procedemos de igual manera con el miembro superior contrario.

Otra elongación para los músculos que realizan los movimientos del brazo es tomarnos las manos por la espalda, primero en la zona de los glúteos, entrelazar los dedos, y luego comenzar a subir ambos miembros superiores sin inclinar el tronco hacia adelante, ya que estaríamos colocándonos en una postura inadecuada para el estiramiento. La sensación de tensión aparecerá en los hombros. Recordemos que solo deben sentir tensión o estiramiento no dolor, si llegamos a la sensación dolorosa, deberemos retroceder y mantener la posición no dolorosa. Una vez transcurrido el tiempo estipulado, aflojamos suavemente y volvemos los brazos hacia adelante, relajándolos y descansando.

Estos son algunos ejemplos de elongaciones que usted puede realizar una vez terminada la actividad física, pudiendo agregar las que considere necesarias, siempre teniendo en cuenta el tiempo de aplicación, el tiempo de descanso y la cantidad de repeticiones que desea realizar.

Conclusión

Cada individuo es un administrador de su cuerpo y de su estado de salud. Si hacemos un buen uso de nuestro cuerpo, se reflejará en un estado de bienestar y confort a un bajo costo. No debíamos permitir que la frase: *“Me duele la espalda”* se instale en nuestra mente como un algo *“normal”*. Podemos no convivir con el dolor, si este tiene una causa conocida y es prevenible, y es una realidad que se da en la mayoría de los “dolores normales”, como dice la gente. Las pautas de higiene postural y ergonomía son claras, simples, económicas y altamente eficaces. Estar sano de su espalda es más barato de lo que parece.

Realizar actividad física genera grandes beneficios en el organismo ayudando a prevenir enfermedades y a mantener una vida saludable. No hace falta ser un deportista de alto rendimiento para obtener beneficios de la actividad física, simplemente con implementar cambios en la rutina diaria, tan simple como ir caminando al trabajo, ayuda a mejorar la calidad de vida.

Todas las personas, sin importar su edad o sexo, deberían realizar actividad física adaptada a sus capacidades. Aquellas personas con una enfermedad de base, las personas con capacidades diferentes y las embarazadas deben tener la precaución de consultar con un profesional de la salud.

A la hora de planificar la actividad es importante tener en cuenta principalmente cual es el objetivo que se ha propuesto; luego se deberá definir el tipo de actividad, la duración, la frecuencia, la intensidad y el volumen total, características determinantes para concretar una actividad ordenada. Una vez finalizada cada actividad, será el momento de realizar los trabajos de estiramiento de la musculatura involucrada, para obtener una buena funcionalidad y mejorar la flexibilidad de las estructuras del sistema locomotor.

En la estrategia del autocuidado, las prácticas de hábitos de higiene postural y de actividad física son efectivas para mantener el estado de salud y prevenir enfermedades. Su salud no depende tanto de los hospitales que existan en su comunidad, ni de los especialistas disponibles para atenderla, sino más bien de las actitudes saludables que usted mismo adquiera, desarrolle y promueva en su vida.

Bibliografía

- 1- Bull F AT, Dixon T, Ham S, Neiman A, et al. (2004) Physical inactivity. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO:729–882.
- 2- Diccionario de la Real Academia Española. 22° Ed. ESPASA-CALPE. ISBN: 9788467025965. 2008. MADRID.
- 3- Danaei G DE, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, et al. (2009) The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. PLoS Med 6(4): e1000058. doi:10.1371/journal.pmed.1000058.
- 4- Estiramientos Analíticos en Fisioterapia Activa. Esnault, M. Ed. Masson, S. A. 1996. ISBN 84-458-0555- X Versión española
- 5- Global Strategy on Diet , Physical Activity and Health. Geneva. World Health Organization; 2004.
- 6- International Physical Activity Questionnaire (Cuestionario Internacional de Actividad Física. Disponible en: www.ipaq.ki.se.) Argentina, 2002 de Agosto.
- 7- Lavandera A, Abadía O, Herrero JA. Influencia de un trabajo de flexibilidad en las clases de educación física en primaria. Revista digital Lecturas: EF y Deportes. Buenos Aires, año 11, n.º 100, septiembre de 2006.
- 8- Miralles RC. Spine Biomechanics. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 2-8.
- 9- National Health System. National Institute for Health and Clinical Excellence. Workplace health promotion: how to encourage employees to be physically active. 2008.
- 10- Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. ISBN 978 92 4 359997 7 Clasificación NLM: QT 255) © Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 11- Roberts JM, Wilson K. Effect of stretching duration on active and passive range of motion in the lower extremity. Br J Sports Med. 1999;33:259-63.

- 12-Roux L, Pratt M, Tengs TO, Yore MM, Yanagawa TL, Van Den Bos J, et al. Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008. 35(6):578-88.
- 13-Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles, Primera Edición. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
- 14-US Department of Health and Human Services CfDCaP. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. 1996. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/summary.htm>. Fecha de acceso: 9 de Febrero de 2010.
- 15-Van Sluijs EM, McMinn AM, Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ* 2007;335(7622):703.
- 16-Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical exercise: the evidence. *CMAJ* 2006; 14(6):801-809.)
(<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>).
- 17-World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva 2009.



Cultura y alimentación: sus significaciones

La cultura trasciende al hombre y lo comprende, y debe ser atendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias hasta el sistema tecnológico (conocimientos, costumbres, leyes, arte) que permiten al hombre vivir en sociedad. Tal significado puede completarse con lo expresado por *Geertz* que define cultura como el *conjunto de significados compartidos por un grupo, sus mensajes implícitos y explícitos, codificados en acción social, acerca de cómo interpretar la experiencia*. Entonces, si todos los individuos son miembros de una cultura y la cultura es una guía aprendida de comportamientos aceptables, cabe deducir que los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura.

Por modos de alimentarse entendemos a los hábitos alimentarios de una cultura en particular, incluyendo preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos. Por lo tanto, como dice *Archetti*, la comida es, al mismo tiempo, un código de conductas, un sistema de comunicación y un cuerpo de imágenes, gustos y procesos simbólicos, lo que puede sintetizarse diciendo que un sistema de comidas es un sistema de clasificación, evaluación y consolidación de posiciones y jerarquías sociales.

Los procesos sociales toman forma en un marco en el que los actores otorgan significado simbólico a sus acciones, por lo que la cultura no es un sistema fijo de clasificaciones y una construcción atemporal externa al modo en que los actores sociales resuelven sus problemas diarios ⁽¹⁾. Por ello, gran parte de la discusión sobre las formas nuevas de alimentación tiene relación con el ambiente y los cambios socioculturales y comprende aproximaciones que explican las nuevas costumbres de alimentación como manifestaciones simbólicas o de comportamiento de sistemas de valores y creencias.

De esta manera, el alimento es entendido como una representación o significación de valores, creencias, símbolos y costumbres que se desean comunicar. Hay valores que determinan cuales son los alimentos deseables, indeseables, o bien considerados; en definitiva son productos sociales que se han impuesto e internalizado lentamente en cada individuo. El simbolismo se vincula con las expresiones no racionales de significados que

se dan a las partes y formas aceptadas de los alimentos y del comer. Cada alimento es investido de significado y este significado es parte de la herencia cultural.

Las costumbres son normas de comportamiento que uno adquiere como miembro de un grupo social. Los individuos responden a presiones de comportamiento aprobadas, seleccionando de entre los alimentos disponibles aquellos que le son aceptables. Y a su vez, cada grupo cultural traspasa de generación en generación pautas alimentarias.

Entre las numerosas variables sociales que actúan sobre los individuos y sus modos de alimentarse están aquellas relacionadas con el cuidado de la salud, con el nivel socioeconómico, el nivel educacional, el empleo y los medios de comunicación.

Es así que los alimentos constituyen para el hombre al mismo tiempo fuente de energía y nutrientes para su biología, mercancías en la esfera económica y símbolos en los ámbitos social y religioso. Debido a sus muchos roles un análisis apropiado debe abordar la alimentación y los alimentos desde el punto de vista del ambiente sociocultural, así como en el contexto biológico y económico-político donde se consignan.

La transición epidemiológica, enmarcada en los cambios de la cultura alimentaria, puede llevar a una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a malnutrición por exceso, como obesidad, hiperlipidemias, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, osteoporosis. Para muchas de estas enfermedades crónicas asociadas con sobrealimentación, hay evidencias de que su desarrollo se inicia con la adquisición de pautas alimentarias en la familia.

Las estrategias preventivas de educación alimentaria para promover estilos de vida saludables son las que tienen mayor probabilidad de influir sobre la prevalencia de estas enfermedades. Se ha observado que resulta favorable que las estrategias sean implementadas en niños y que tengan en cuenta la cultura alimentaria de los grupos de la población.

Alimentación y emociones

La mayor parte de las decisiones que los sujetos realizan en relación con la comida y con la bebida no tienen ninguna relación con el hambre ni con la necesidad real de energía. Los seres humanos eligen comer por múltiples motivos.

Tal como refiere Jesús Contreras Hernández en su libro “Alimentación y Cultura”, la lista relativa a los usos que las diferentes sociedades atribuyen a la comida es larga y muy pocos de ellos responden exclusivamente a razones nutricionales. Ver Tabla 1.

Tabla 1. *Funciones socioculturales de la alimentación*

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente a estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

En. Baas, Wakefield y Kolasa, 1979.

Como se ha observado, la alimentación no está condicionada únicamente por factores biológicos, como el hambre y la saciedad. Otros factores (culturales, geográficos, religiosos, económicos) también influyen mucho en la alimentación. Pero, por encima de ellos, se destacan los factores psicológicos y emocionales.

Entre la alimentación y las emociones existe un complejo vínculo, tal es así que se denomina con frecuencia al intestino como el segundo cerebro, pues todo lo que se come puede tener su causa en las emociones y de igual manera, la alimentación diaria puede condicionar el estado anímico y emocional.



Comer nunca se ha limitado ni se limitará al simple hecho de satisfacer la sensación física de hambre. Mónica Katz menciona en su libro, que el hambre es una sensación corporal asociada al déficit de energía en el cerebro, es la forma en la que el organismo informa al control central que es necesario el ingreso de combustible. Las hipótesis más aceptadas y probadas científicamente a través de los años, que explican el origen del hambre, son las que proponen que se come en respuesta a la disminución de la disponibilidad de glucosa o grasas. Esta necesidad básica está biológicamente determinada. Sin embargo a lo largo de la vida, lo que se ingiere refuerza y recompensa el acto de comer, lo hace de tal forma que luego, sin hambre biológica o real, sin descenso de glucosa o de lípidos, se busca comida o bebida sólo para obtener ese placer memorizado. Al consumirlas, las personas se sentirán gratificadas. El cerebro aprende a asociar esa recompensa que otorga comer a las circunstancias que la anticipan; el lugar, la mesa, el clima emocional, la compañía o el afecto. Se aprende que el comportamiento de ingerir es gratificante y se memoriza. Luego, todo lo que ha sido asociado a la comida será estimulante en sí mismo, aún sin la presencia de ella, lo cual determinará la búsqueda del alimento o bebida, y no sólo el hambre biológico.

Existe un fenómeno que facilita aún más la confusión, mucha gente cuando siente determinada emoción, cree equivocadamente que siente hambre. Esa confusión entre un registro proveniente del cuerpo, como el hambre, y una emoción como el miedo o la ansiedad, se denomina alexitimia. La alexitimia, entonces, consiste en la incapacidad del

sujeto de identificar o describir sus emociones y la dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales, como por ejemplo, el hambre.

De esta manera, el deseo de comer cuando no existe la sensación de hambre es un buen indicador de que se desea algo menos perceptible que la comida, pero muchas veces no se sabe qué es. En estas ocasiones la comida se convierte entonces en un refugio y a veces se acude a ella por insatisfacción, aburrimiento, problemas cotidianos y también muchas veces para gratificar por logros alcanzados. Quizás, lo peor de todo sea que en muchas oportunidades se busca en la comida lo que ella no puede brindar y por eso, tampoco se encuentra lo que se desea.

Muchas veces se ha mencionado que se come por placer. La comida no sólo tiene una función nutritiva sino que el acto de comer es placentero, desestresante y por ello, cuando las personas se sienten cansadas pueden ir en busca de comida. Por ejemplo, el hecho de dormir poco está relacionado con la obesidad, pues la falta de sueño genera estrés y se incrementan en el organismo hormonas que elevan los deseos de ingerir alimentos.

La relación de las personas con los alimentos, tiene su origen en la infancia; desde niños se inculca la idea del alimento como premio, castigo o también como alivio a distintas dolencias: si se caen y lloran, se consuelan con la promesa de regalarles golosinas; si se rehúsan a tomar la sopa o comer pescado, se quedan sin postre; si sacan buenas nota en el colegio los premian con dulces y chocolates, etc. Es decir, desde la primera infancia, la comida se usa para celebrar algo, calmar, aliviar el aburrimiento o la depresión y consolar en momentos de tristeza o angustia. Por eso, aceptar un trozo de torta de cumpleaños porque rechazarlo sería antisocial, o premiar con un poco de chocolate o algunas galletas al terminar un trabajo difícil, o ir a beber una cerveza cuando se hace vida social son prácticas cotidianas. Por lo cual, es cierto que los alimentos gratifican, y alivian el dolor y la tensión creando un efecto biológico reconfortante, pero que sólo es temporal, luego del cual las personas se quedan con la consecuencia de los excesos cometidos y la confusión de no saber en qué momento el organismo necesita de los nutrientes esenciales para cubrir

las necesidades vitales. Es decir estos hábitos incorrectos construidos desde pequeños dificultan detectar las verdaderas necesidades alimentarias.

Las emociones influyen en la alimentación

El problema surge cuando el hábito de comer por un impulso emotivo impide llevar una alimentación sana y deriva en un aumento de peso sin control.

La primera idea que hay que destacar es que, ante una situación desagradable como es el hambre, la ingesta de comida (en especial, de ciertas comidas saciantes y apetitosas) elimina dicha sensación desagradable y desata sensaciones afectivas positivas. De esta manera, se va desarrollando una relación comida-sensación positiva, que puede funcionar, incluso, cuando no se tiene hambre. De igual manera, cuando se siente ansiedad o existen problemas emocionales, se puede ir en busca de comida para sentir bienestar, y en realidad, hay alimentos que ayudan a calmar la ansiedad porque en su composición incluyen triptófano, un aminoácido que estimula la liberación de serotonina y brinda la sensación de bienestar. Esos alimentos son por ejemplo el chocolate, las bananas, las frutas secas o el yogur.

Así, cuando las personas se encuentran mal por una causa ajena a la alimentación (por ejemplo, por un problema afectivo o laboral), tienen la tendencia a compensar esta sensación negativa con la comida, que se sabe que desatará en la mente emociones positivas. En caso de problemas psicológicos prolongados, esta indeseable asociación emocional entre ciertos alimentos y sensación de bienestar puede ocasionar problemas graves de alimentación, que no harán más que retroalimentar el malestar psicológico, debido a la obesidad y todo lo que esta lleva aparejado.

Por supuesto, es normal que a veces las personas se relajen y disfruten de un momento placentero como es comer una torta de chocolate, pero la alimentación emocional debe ser controlada, pues no siempre se puede comer cuando se siente cansancio, enojo, tristeza o alegría, de lo contrario, se culminaría con exceso de comida. No todo se soluciona comiendo.

Otro aspecto muy importante es el efecto del estrés en la alimentación. Cuando dicho estrés es ocasional, se producen respuestas psíquicas y fisiológicas que llevan a reducir la ingesta de alimentos. Sin embargo, cuando la situación de estrés se prolonga en el tiempo, la tendencia es la contraria y pueden darse casos de sobrealimentación. La razón podría estar en que ciertos alimentos dulces y cremosos aumentarían la producción interna de endorfinas y otras sustancias opiáceas similares, con las que el organismo intentaría combatir el estrés que lo acosa. Es frecuente escuchar a los pacientes en el consultorio decir que comen porque están ansiosos, sin embargo, generalmente los profesionales no se detienen en este punto. Mónica Katz menciona que toda vez que el cerebro al filtrar la realidad percibe algo y lo interpreta como una amenaza, pone en marcha una reacción específica y se prepara para huir, pelear o comer. Los seres humanos están sometidos a un nivel de conflicto, de exigencia, de cambios y el organismo reacciona frente a eso con el llamado estrés cotidiano, crónico, inevitable e impredecible. Pero, menciona además que no se puede ir por la vida peleando o huyendo, cada vez que se sienta estrés, lo único que se puede hacer sin condena legal o ética, es comer. Se ha mencionado con anterioridad que la función primordial de la comida es nutrir y otorgar placer, sin embargo además de las funciones tradicionales, comer disminuye el estrés.

Además, está comprobado que frente al estrés, la gente recurre a alimentos reconfortantes, tentadores, generalmente mezcla de grasa con harinas, utilizados para afrontar el nivel de tensión que padecen, lo cual puede desencadenar un exceso de grasas en la dieta, desequilibrando la misma y causando enfermedades. Es posible determinar el nivel de cortisol, una sustancia que se eleva en sujetos estresados y por lo tanto se utiliza como marcador biológico de estrés. Estos sujetos, al comer comidas altas en azúcares y grasas, presentan disminución de cortisol y por supuesto de estrés. La comida, de esta manera, se transforma en un estilo de afrontamiento, en una manera de responder a situaciones de la vida que se perciben como riesgosas. Así es como se transforma en hábito y se fija como patrón para toda la vida. No se desea comida, se desea menos estrés y mayor tranquilidad, lo que se obtiene con la comida, y siempre que se utilice este mecanismo de afrontamiento se está en riesgo de aumentar de peso. Esto podría explicarse a partir de nuestros

antepasados ya que los mismos pasaban mucho tiempo sin comer y en actividad, lo cual era una situación estresante, y su cuerpo fue adaptado genéticamente para que al momento de tener comida escogieran estratégicamente los nutrientes más concentrados en energía como son las grasas. Entonces, las grasas se asocian a una disminución del estrés en el cerebro. Por ello, cuando se siente cansancio quizá reduzca más el estrés una torta con crema que una manzana.

Es de destacar una asociación particularmente grave entre estrés y conducta alimentaria en el caso de los adolescentes. La tensión prolongada conduciría a estos, según ciertos estudios, a reducir la ingesta de alimentos sanos, como las frutas y las verduras, en favor de otros más calóricos y menos recomendables. Incluso, aumentaría la tendencia, sumamente perniciosa, a no desayunar.

Otra prueba de que las emociones afectan nuestra dieta es el hecho de que ante la tristeza muchas veces no cabe bocado o cuando se come con nervios la comida cae mal. Y en casos extremos las emociones pueden afectar negativamente la digestión provocando un síndrome de intestino irritable que condiciona posteriormente la calidad de la dieta.

En el lado positivo de este vínculo se encuentra la historia emocional, es decir, muchas veces las preferencias o elecciones alimentarias se basan según fueron las emociones en el pasado. Por ejemplo, hay personas que pueden preferir determinada comida porque le recuerda gratos momentos afectivos o rechazar una preparación porque se asocia mentalmente a un mal recuerdo.

El conocimiento de los factores emocionales que influyen en la alimentación puede ser muy útil para, en la medida de lo posible, poder controlarlos y hacer que trabajen a favor de la salud y no en contra. Por ejemplo, tratando de reducir el estrés en la vida diaria.

La comida está directamente relacionada con lo emocional por lo tanto se debe reconocer e identificar aquellas situaciones críticas que puedan afectar la alimentación y por lo tanto el bienestar.

De esta manera resulta de gran importancia reconocer cuándo se come motivado por un impulso emotivo es decir si se consumen alimentos a pesar de no sentir hambre. Es de mucha utilidad tomar nota de todo lo que se ingiere, también prestar atención al entorno, como por ejemplo, si las personas están solas o acompañadas, cual es el estado anímico (aburrido, triste, alegre), si el lugar es agradable o no, cual es el tiempo destinado a la alimentación. etc. El presente registro tiene como finalidad permitir saber exactamente qué, cuánto y cuándo come una persona y qué condiciones emocionales o qué tipo de situación han desencadenado las ansias de comer. Explorar todos estos datos y volcarlos en un registro diario es de mucha utilidad para examinar la conducta y qué situaciones emocionales influyen a la hora de alimentarse. Además, el ser consciente de ciertas asociaciones indeseables puede ayudar a las personas a combatir contra ellas.

La vida cotidiana enfrenta a los seres humanos todos los días a distintas situaciones más o menos complejas que resolver y de las cuales no podremos huir, por lo tanto buscar otras alternativas para canalizarlas será más saludable que solo tratar de resguardarse a través de la comida.

La alimentación influye en las emociones

La alimentación y las emociones están estrechamente vinculadas y eso lo demuestra el hecho de que al comer un dulce generalmente los seres humanos se sienten más relajados y mejor, también se ha mencionado que hay alimentos que por estimular la liberación de serotonina ayudan a sentir bienestar.

Montse Bradford, escritora y experta en nutrición defiende en su último libro, 'La alimentación y las emociones', que existe una causa-efecto entre lo que se ingiere y cómo los sujetos se sienten después, afirmando que "*Lo que pensamos genera emociones, pero también lo que comemos*". Además menciona que las emociones tienen dos orígenes: el pensamiento, lo que pensamos genera emociones, pero también lo que comemos. Dice que "*Si tomo un vaso de agua o de whisky mis emociones serán muy distintas. ¿Y por qué generarán distintas emociones? Porque atacarán a diferentes órganos. Si yo ingiero alimentos que me bloquean el hígado, o la vesícula biliar, tendré emociones de ira, cólera,*

agresividad, impaciencia... porque cada órgano, dependiendo de si funciona bien o mal, genera unas u otras emociones”. Esto está totalmente constatado en la medicina china desde hace tres o cuatro mil años.

Por otro lado, una dieta saludable ayuda a sentir bienestar, pues en el intestino existen muchas terminales nerviosas que envían información al cerebro y por lo tanto, prevenir alteraciones intestinales así como llevar una dieta de buena calidad, contribuye a mantener bajo control las emociones. Llevar una dieta suficiente en micronutrientes, con buena cantidad de fibra soluble, probióticos y agua, actúa como un factor protector del aparato digestivo.

En el opuesto de esta compleja relación se puede decir que una mala alimentación puede producir depresión, tal es así que es bien conocido que una dieta pobre en antioxidantes, rica en grasas trans y escasa en micronutrientes puede dar origen a un estado emocional alterado.

Una alimentación rica en grasas descontrola el reloj biológico, impidiendo la conciliación de un sueño adecuado lo cual se sabe que origina estrés y malestar emocional. Como se puede observar, existe un círculo cerrado que vincula a la alimentación con las emociones. Es una relación dinámica, pues tanto la comida afecta las emociones como a la inversa. Para que la salud y el bienestar sean el resultado que se obtenga de esta relación, claramente ninguna debe predominar por sobre la otra, sino que debe existir un equilibrio.

Equilibrio entre emociones y comida

Para que la alimentación no sea puramente emocional, es decir, para que la causa de la ingesta alimentaria no se encuentre siempre en las emociones sino que el consumo de alimentos se ajuste más al hambre real, se debe entender que la comida brinda placer y es un desestresante pero no soluciona los problemas y sólo calma la ansiedad temporalmente. Si ante la angustia la gente busca comida, no será la solución a esta emoción, las técnicas antiestrés son una herramienta eficaz para utilizar en lugar de comer. Dentro de ellas, el yoga, la meditación, la actividad física, contribuyen a volver sin comida a la seguridad

emocional. La terapia psicológica y los fármacos son las otras alternativas valiosas e importantes para afrontar la vida sin pagar el precio de la obesidad.

De esta manera, si se permite que ante cada emoción nuestro cuerpo ingrese comida, se culminará con un exceso de calorías que puede desencadenar obesidad a largo plazo. Pero si por el contrario se reprime el deseo de comer algo dulce ocasionalmente también se estará alterando el equilibrio entre emociones y comida, pues cuando las personas se permitan comer un pastel no lo disfrutarán y posteriormente a su ingesta sentirán culpa por haberlo hecho, cuando es totalmente normal sentir placer por un poco de dulce.

Es preciso comer siempre que se tenga hambre, se debe aprender a escuchar lo que dice el cuerpo; él sabe cuándo, cuánto y qué quiere comer por sus necesidades nutricionales; él es el que necesita de los alimentos para mantenernos saludable.

El ingerir al menos las cuatro ingestas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena) en los horarios (no dejando pasar más de 3 horas entre una ingesta y otra) y cantidades adecuadas ayudará a detectar con naturalidad la verdadera sensación de hambre.

Aprender a saborear los alimentos es otra premisa a tener en cuenta al momento alcanzar una alimentación saludable y equilibrada entre emociones e ingestas alimentarias. La comida debe ser una ocasión para compartir y disfrutar; es importante darle el lugar, el tiempo y la tranquilidad que merece. Comer rápido equivale a no registrar lo que se come y las ganas de saborear una buena comida seguirán intactas. En cambio cuando los minutos no apuran porque se está organizado le damos tiempo a la comida para que llegue al estómago y a los jugos digestivos para que comiencen el proceso de digestión, experimentando la sensación de saciedad totalmente liberados del malestar que produce devorar los alimentos por falta de tiempo.

Entonces, para establecer un equilibrio que no perjudique la salud, se debe controlar la alimentación por la sensación de hambre y al mismo tiempo, se debe permitir en ocasiones comer por placer, disfrutando de una preparación sabrosa y cargada de emociones, pero si se vuelve habitual este acto que vincula emociones y comida, se corre el riesgo de caer en un círculo perjudicial para el organismo.

Por lo tanto la buena alimentación es mucho más que proveer al cuerpo de los nutrientes que necesita para estar perfectamente sano; comer es placer y también un acto social destinado a establecer lazos afectivos.

Consejos para una alimentación y vida saludable

Estos consejos permiten orientarse en la elección de alimentos sanos, propios de nuestra cultura. Se trata de recomendaciones generales, diseñadas específicamente, para personas sanas y mayores de dos años de edad.

Una alimentación variada durante el día es agradable y necesaria para la salud.

Comer variado es importante para cubrir las necesidades nutricionales del organismo. Para obtener una dieta variada se debe seleccionar diariamente alimentos los grupos básicos (ver figura 1).

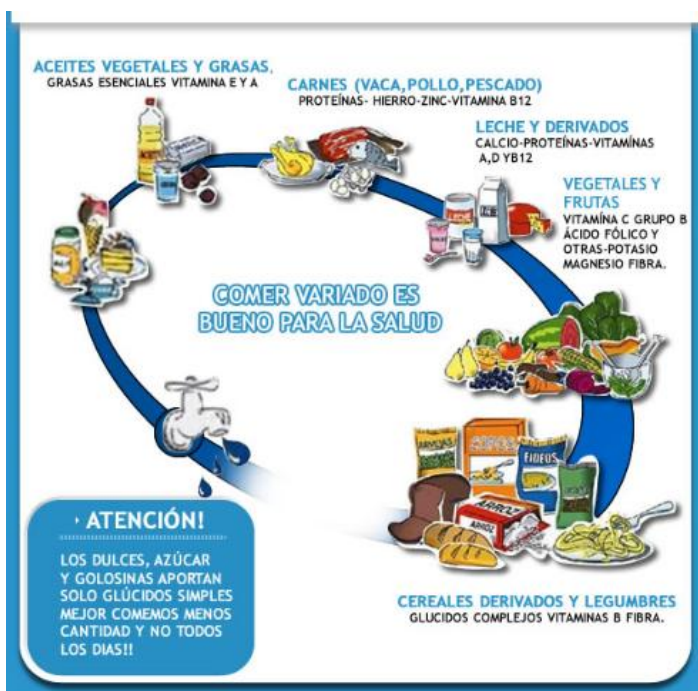


Figura 1. Gráfica de la Alimentación Saludable de Argentina

Fuente: Asociación de Dietistas y Nutricionistas Dietistas. 2002.

El consumo de vegetales y frutas naturales todos los días aumenta la vitalidad.

Las frutas y los vegetales son una fuente importante de vitaminas, minerales y fibra dietética. Las ensaladas crudas y frutas frescas aportan más vitaminas, ya que el contenido de ellas disminuye con la cocción. Como postre elegir frutas naturales y como bebida los jugos de frutas y vegetales. Lavar bien los vegetales y las frutas con agua potable antes de consumirlos.

Los aceites vegetales son más saludables. La manteca y margarina son perjudiciales para la salud.

Los consumos de grasa en exceso, ya sea esta de origen animal o vegetal, son factores de riesgo de muchas enfermedades. Si bien las grasas son fuente de vitamina E y ácidos grasos esenciales (el organismo no los produce y el hombre necesita incorporarlos con los alimentos), los aceites son más saludables porque no contienen colesterol, en comparación con la manteca, ni grasas saturadas trans como la margarina. Cocinar mediante frituras, es el método de cocción más perjudicial para la salud.

El pescado y el pollo son las carnes más saludables.

Este grupo de alimentos aporta principalmente proteínas, interviene en la formación de tejidos y favorece el crecimiento. La grasa mala del pollo se puede eliminar fácilmente al retirarle la piel. El pescado es más sano porque su grasa protege de las enfermedades del corazón. Las carnes rojas son ricas en hierro pero también en colesterol. El consumo excesivo de jamón y embutidos es perjudicial para la salud por su alto contenido en grasa y sodio.

Disminuir el consumo de azúcar es cuidar la salud.

El consumo de azúcar en exceso propicia el desarrollo de obesidad y diabetes. Moderar y disminuir el consumo de todo tipo de dulces y las bebidas endulzadas, y la cantidad de azúcar que añade al preparar los alimentos: dulces, jugos, refrescos, mate, leche, yogurt.

Disminuir el consumo de sal, comenzar por no añadirla a los alimentos servidos.

El consumo de sal en exceso favorece el desarrollo de la hipertensión. Utilizar menos sal al elaborar los alimentos, brindando sabor a los alimentos con yerbas aromáticas, condimentos naturales o jugos cítricos que son más sanos y evitar agregar sal a los alimentos ya servidos.

Consumir alimentos en la mañana.

Un buen día comienza con un desayuno. Un desayuno adecuado estimula la capacidad de concentración, el rendimiento intelectual, físico y laboral. Desayunar con algún alimento, un desayuno no es exclusivo de leche, café, té o mate cocido. Cuando los niños asisten a clase sin ingerir un desayuno adecuado tienen una capacidad de concentración disminuida lo cual repercute en el proceso de aprendizaje.

Conocer el peso saludable para la estatura y mantenerse en forma.

El peso corporal bajo o en exceso puede afectar la salud. La grasa que se deposita en el abdomen se asocia a la hipertensión, la diabetes y el infarto. Equilibrar la alimentación con la actividad física evitando el sedentarismo. Conservar la salud con higiene en la alimentación.

Tomar abundante cantidad de agua potable durante todo el día.

El agua es un elemento vital para el ser humano, por lo que se recomienda ingerir entre 1,5 y 2 litros de agua potable por día. El agua de consumo debe ser limpia y potable, si se sospecha que está contaminada debe hervirse durante 5 minutos y luego agregar dos gotas de lavandina por cada litro. Con los alimentos diarios, las bebidas e infusiones ingerimos parte del agua que necesitamos para una vida saludable.

Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes, embarazadas y madres lactantes.

El alcohol es una sustancia tóxica que produce daños irreversibles en el hígado e impide que el organismo incorpore nutrientes esenciales. Disminuye la capacidad de respuesta

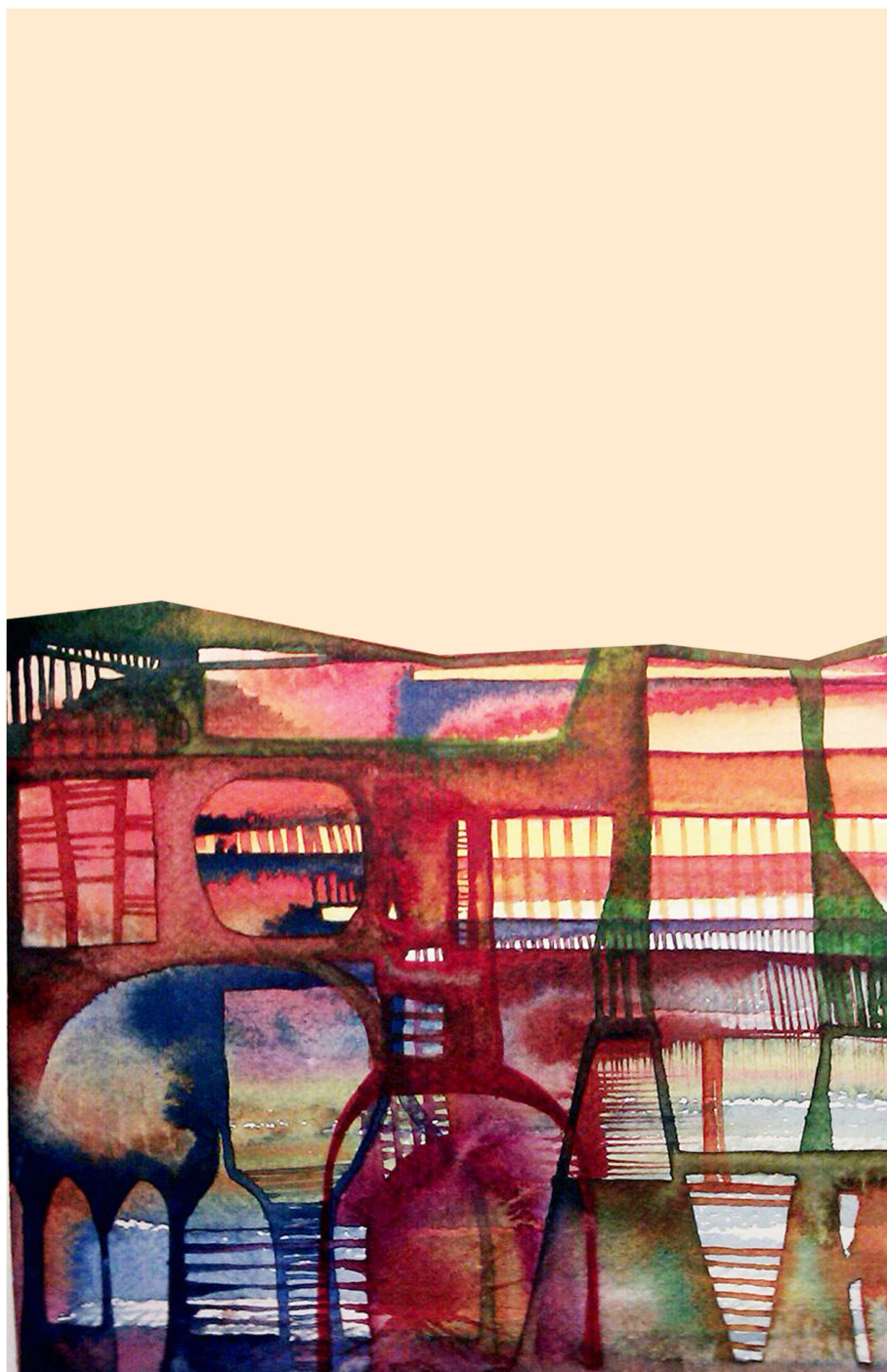
ante situaciones de riesgo, otras veces aumenta la agresividad, por lo que puede poner en peligro a la persona y su entorno. Las grasas de la sangre pueden aumentar si se bebe más de lo recomendado, favoreciendo así el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y diálogo con otros.

Compartir los alimentos con otros ha sido, a lo largo de la historia, una actividad humana con múltiples significados. Algunos de ellos son conversar e intercambiar afecto e ideas con otros, desarrollar hábitos alimentarios saludables, disfrutar de la compañía de los demás, promover actividades solidarias.

Bibliografía

- 1- Archetti, E. Constructores de Otriedad: Una introducción a la antropología social y cultural. Capítulo 5. Antropología del consumo: Una perspectiva antropológica sobre cambio cultural y desarrollo: el caso del cuy en la sierra ecuatoriana. Bovin M., Rosato A., Victoria A. compiladores. 4º ed. Buenos Aires: Antropofagia, 2007.
- 2- Geertz, C. La interpretación de la cultura. 20º ed. Barcelona: Gedisa, 2003.
- 3- Carrasco Henríquez Noelia. Antropología de los problemas alimentarios contemporáneos. Etnografía de la intervención alimentaria en la Región de la Araucanía [tesis doctoral]. Barcelona (ESP). Facultad de letras, Departamento de Antropología social y cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2004. Disponible en: www.tdx.cesca.es/tesis_uab/available/tdx-021
- 4- Durán Pablo. Transición epidemiológica nutricional o el "efecto mariposa". Arch. argent. pediatr. [revista en Internet]. 2005 Jun; 103(3): 195-197. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000300002&lng=es.
- 5- Contreras, Hernández J; Gracia, A. Alimentación y Cultura. Capitulo 1: La alimentación humana: Un fenómeno biocultural. Barcelona. Editorial Ariel, 2005.
- 6- Contreras, Hernández J; Gracia, A. Alimentación y Cultura. Capitulo 2: La alimentación humana: Un fenómeno biocultural. Barcelona. Editorial Ariel, 2005.
- 7- Braguinsky, J. Obesidad. Capitulo 14: Aspectos psicológicos de la obesidad. pág. 244-263. 2º Ed. Buenos Aires. El Ateneo, 1999.
- 8- Bradford, M. La alimentación y las emociones. Capitulo 6: El estrés y la alimentación. Barcelona. Ed. Grupo Internacional Océano, 2008.
- 9- Katz, M. No dieta. Puentes entre la alimentación y el placer. 1º Edición. Buenos Aires. Libros del Zorzal, 2008.
- 10- Katz, M. Aguirre, P. Bruera, M. Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura. 1º Edición. Buenos Aires. Libros del Zorzal, 2011.
- 11- Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND). Guías alimentarias para la Población Argentina. Buenos Aires, 2000.
- 12- Izquierdo Hernández Amada, Armenteros Borrell Mercedes, Lancés Cotilla Luisa, Martín González Isabel. Alimentación saludable. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]. 2004 Abr; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100012&lng=es.



Desde el punto de vista genómico, la carga genética de los homínidos tiene la configuración que corresponde a una especie nómada, competitiva y hasta guerrera. Pero a través de millones de años de evolución y diferentes procesos antropológicos y culturales que ha sufrido la humanidad, se fue pasando de una era nómada a otra urbana, industrializada y eminentemente sedentaria. El genotipo no ha cambiado, ya que sigue siendo el mismo, pero lo que sí ha cambiado a través de los milenios y generaciones, como consecuencia del cambio del comportamiento de la especie humana, es el fenotipo. Los genes con los cuales nos dotaron (genoma competitivo), concuerdan con un fenotipo competitivo (más de la mitad de nuestro cuerpo son extremidades) que pasó a convertirse en un fenotipo vulnerable. Es vulnerable precisamente a procesos patológicos subsidiarios a estos cambios de comportamiento o de estilo de vida, que llevan inexorablemente al daño de nuestra vasculatura, fundamentalmente causado por el depósito en la pared arterial de las grasas saturadas que ingerimos y para las cuales no estábamos ontogénicamente preparados. Así nos volvimos susceptibles a algunas patologías como aterosclerosis, hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, obesidad, etc.

Ahora bien, ¿Todos estos cambios han sido iguales para hombres y mujeres? ¿El fenotipo femenino es más o es menos vulnerable? ¿Es igual de susceptible la vasculatura de ambos sexos al estilo de vida actual?

La medicina de antaño, en la cual la mayoría de los médicos actuales se ha formado, parecía indicar que sí, que las mujeres y los hombres respondían de igual manera, pero los últimos avances científicos indican claramente que hay diferencias sustanciales y comportamientos no uniformes, con una fisiopatología que es diferente para la mujer, en especial a partir de la adolescencia, con una acentuación en la peri menopausia, no sólo en la esfera de los órganos sexuales sino en la función de otros órganos, incluyendo a los del sistema cardiovascular.

Durante los últimos veinte años se descubrió y se aceptó que existen diferencias biológicas, fisiopatológicas, metabólicas y farmacológicas entre los géneros y que estas tienen una incidencia directa en la salud y en el proceso de la enfermedad.

Específicamente, hay diferencias a nivel molecular y genético que determinan distintas respuestas fisiológicas, de adaptación a la noxa y terapéuticas, con sus consecuencias funcionales y determinantes fisiopatológicos.

Se incorporó también el conocimiento de las diferencias que existen, para muchas enfermedades, entre razas, etnias e incluso entre diferentes estratos socio-económicos.

Esto ha llevado a que en los últimos veinte años se haya gestado a nivel mundial una conciencia acerca de las diferencias de género y razas en la medicina.

En términos generales, hay diferencias marcadas en muchas patologías, en su prevalencia e incidencia, y en sus manifestaciones, fisiopatología, manejo, respuestas terapéuticas y pronóstico (Tabla 1), lo que hace indispensable la aceptación de esta tendencia necesaria que es la medicina de géneros.

Tabla 1. Enfermedades de mayor prevalencia en las mujeres con relación a los hombres

| Depresión | Diabetes |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Accidente cerebrovascular | Síndrome metabólico |
| Migraña | Colelitiasis |
| Degeneración macular | Colon irritable |
| Vértigo | Enf. de colágeno y autoinmune |
| Hiper – Hipotiroidismo | Varices |
| Prolapso – Estenosis Mitral | Fibromialgias |
| Fibrilación auricular | Enf. de Alzheimer |
| Hipertensión arterial sistólica | Osteoporosis |

Es la cardiología quizás, el área de la salud en la cual se han encontrado mayores diferencias en materia de géneros.

¿Por qué la salud cardiovascular en la mujer es una temática actual?

Desde tiempos históricos se pensó en la enfermedad cardiovascular (ECV) como un problema del hombre y no de la mujer. Recién en las últimas décadas, los profesionales de

la salud comenzaron a reconocer su impacto en las mujeres y a tratar de explicar el porqué de algunos comportamientos diferentes.

Históricamente se trató a la salud de la mujer centrándose en su capacidad reproductiva. La mujer existía, en materia de salud, como un sistema biológico capaz de engendrar y perpetuar la especie humana. Se ignoró el resto de la problemática femenina y se asumió tácitamente que las mujeres reaccionaban igual que los hombres a las enfermedades y a las drogas.

Es tan fuerte la impronta histórica, que hoy la enfermedad más temida por el sexo femenino es el cáncer, especialmente el de mama, y no se tiene en cuenta a la ECV, que es la primera causa de mortalidad en la mayoría de los países desarrollados.

Para verificar esta tendencia en la concientización de la mujer se realizó, en el mes de Junio del 2005, una encuesta en la ciudad de Villa María, Provincia de Córdoba, República Argentina. A 637 mujeres se les preguntó, entre otras cosas, cuál consideraban que era su principal causa de enfermedad y muerte (Tabla 2).

Tabla 2. Concientización sobre causas de morbi-mortalidad en la mujer

| | |
|-----------------------|-------|
| Cáncer | 69,7% |
| Enf. Cardiovasculares | 13,7% |
| Accidentes | 7,8% |
| Diabetes | 3,1% |
| Sida | 1,3% |
| Neumonía | 0,2% |

Encuesta Programa Corazón sano – Villa María, Córdoba – 2005

Evidentemente, en nuestro país sucede con la percepción de las mujeres algo muy parecido a lo que ocurre en EEUU y en los principales países Europeos. La realidad es que la

mortalidad por ECV supera a la producida por las 7 siguientes causas de muerte tomadas en conjunto y también a la suma de todas las neoplasias malignas.

Las muertes por ECV en la República Argentina casi duplican a las producidas por cáncer y una de casi tres mujeres morirá por ECV, en comparación con una cada 24 que morirá por cáncer de mama, el que justamente constituye el principal temor de la mujer. (Gráficos 1 y 2).

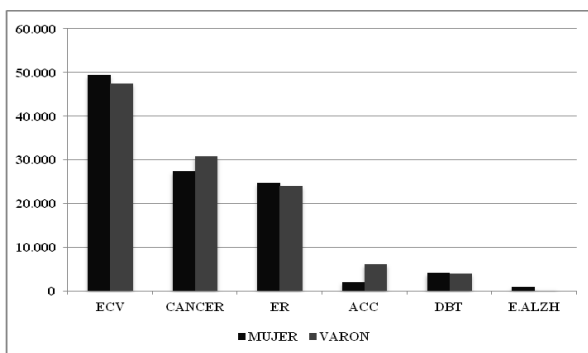


Gráfico 1. Causas de Mortalidad en Hombres y Mujeres *Ref. en gráfico 2*

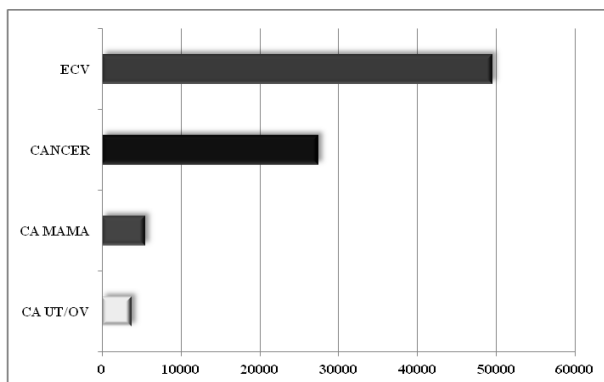


Gráfico 2. Causas de Mortalidad en la Mujer –
Comparativo entre ECV y Cáncer - genito mamario

Estadísticas vitales año 2010 – DEIS – Ministerio de Salud de la Nación Argentina – Diciembre 2011
 ECV: Enfermedades Cardiovasculares. ER: Enfermedades Respiratorias. ACC: Accidentes. DBT: diabetes. E.ALZH: Enfermedad de Alzheimer. CA MAMA: Cáncer de Mama. CA UT/OV: Cáncer de útero y ovario.

Ahora bien, ¿cómo interpretamos esta dualidad?, ¿por qué la mujer le teme más al cáncer de mama que a las ECV?

Se dice que para entender el hoy es necesario mirar el ayer. De hecho, la palabra “Historia” deriva del griego “Historien”, que significa inquirir, preguntar, curiosidad en el pasado.

Cuando nos introducimos en él, vemos que la ECV no era una enfermedad prevalente en la mujer. En los Papiros de Ebers, del 2600 AC, encontramos frases que dicen: “Si encontraras a un hombre con malestar cardíaco, con dolor en sus brazos, al lado del corazón, la muerte está cerca.” Por otro lado, William Heberden, en su tratado clásico De Angor Pectoris, de 1768 escribió: “Yo he visto a casi 100 personas con este desorden y de los cuales, solo 3 eran mujeres, los restantes eran hombres acercándose a o pasando los 50 años”. Mucho más recientemente, en 1960, una conferencia de la American Heart Association (AHA) para mujeres, fue titulada ¿“Cómo puedo yo ayudar a mi esposo a protegerse de la enfermedad del corazón?”. La presentación inicial de la dieta prudente de la AHA era un folleto destinado a la educación del público que se titulaba “El camino al corazón de un hombre”.

Es posible creer que antiguamente las enfermedades cardiovasculares realmente tenían una baja incidencia en las mujeres, o que esas enfermedades no se diagnosticaban y/o que algo cambió en la evolución de la mujer, hasta transformarse en nuestros días en su principal causa de enfermedad y muerte.

Entonces, ¿por qué ahora?

A nuestro entender confluyen varios factores para explicarlo:

En primer lugar, existe una *transición epidemiológica*, que ha producido un cambio en la prevalencia de las enfermedades en general, que pasó del estadio de Peste y Hambruna, a principios del siglo pasado, con predominio de desnutrición e infecciones – donde la mortalidad por enfermedades cardiovasculares era inferior al 10% – al estadio actual de Enfermedades Degenerativas Crónicas. En este estadio, las enfermedades cardio-cerebrovasculares y el cáncer, son las principales causas de morbi-mortalidad, tanto en hombres como en mujeres.

En segundo lugar, como característica propia de la mujer, esta vive más años, es *más longeva*, con una expectativa de vida actual de 80 años, por lo que está más expuesta al desarrollo de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, etc. Se pronostica que para el año 2030 habrá 1200 millones de mujeres mayores de 50 años, con lo cual la prevalencia de ECV aumentara aun más (Gráfico 3).

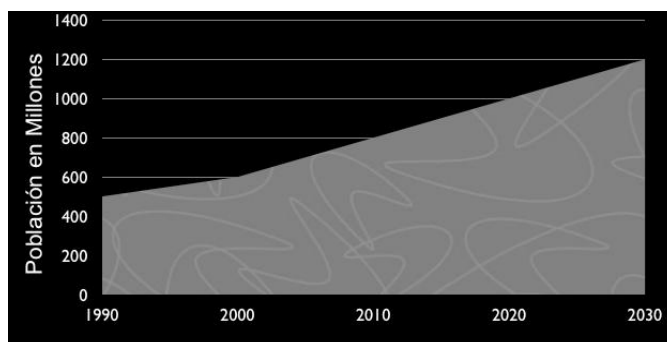


Gráfico 3. Crecimiento real y proyectado en la población femenina

Por otro lado, si bien los años de vida se han prolongado, no lo ha hecho en la misma medida el momento en que la mujer deja de menstruar, y por ello deja de estar bajo el halo protector de las hormonas femeninas. En la Tabla 3, se ve claramente cómo *va en aumento la cantidad de años que la mujer vive en climaterio*, el que alcanza hoy en día un tercio o más de su vida; se estima, mediante proyecciones, que para el 2030 prácticamente la mitad de la vida de la mujer transcurrirá sin la protección hormonal.

Tabla 3. Expectativa de vida de la Mujer y edad de Menopausia

| ÉPOCA/AÑO | MENOPAUSIA | EXPECTATIVA DE VIDA |
|-----------|------------|---------------------|
| Romana | ? | 23 |
| 1492 | ? | 30 |
| 1900 | 45 | 49 |
| 1985 | 49 | 75 |
| 2000 | 53 | 80 |

El otro hecho de suma relevancia es la *evolución genérica de la mujer* en los últimos 30 años. Es necesario detenerse en este punto para entender su verdadero impacto y significado.

El término SEXO deriva de las características biológicas, dadas por los genes, relativamente invariables del hombre y la mujer. Es algo inmutable, que nos diferencia sobradamente y está sin duda ligado a la carga cromosómica. El corazón femenino es diferente en muchos aspectos al masculino, anatómica y fisiológicamente.

El término GÉNERO proviene del latín *genus, generis*, y se define “como la colección de seres que tienen entre sí analogías importantes y constantes”. Se utiliza para señalar las características construidas socialmente que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y conductas que diferencia a los hombres de las mujeres.

El Género es una categoría de las ciencias sociales, que permite analizar las relaciones entre los hombres y las mujeres en un contexto determinado.

Se refiere a símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencian a los sexos, al mismo tiempo que los articula en lo relacional. Es un concepto ubicuo ya que, con el decurso del tiempo, las personas realizan actividades que en periodos anteriores podrían haber estado prohibidas para su género (Tabla 4).

Tabla 4 Diferencias entre Sexo y Género

| SEXO | GÉNERO |
|----------------------------|--------------------------|
| Características biológicas | Características sociales |
| Dado por los genes | Se aprende, se construye |
| No puede cambiarse | Puede cambiarse |

De esto último, hay un sinfín de ejemplos. Basta con pensar en las actividades que realiza la mujer de hoy en casi todos los ámbitos de su vida y que, hasta hace pocos años, estaban mal vistas o no permitidas.

Existe una preocupación generalizada de que el involucramiento creciente de la mujer en *múltiples roles*, se traduzca en más responsabilidades en el trabajo y en la familia, lo que puede dañar su salud física.

Típicamente, las mujeres son responsables del manejo doméstico, por lo que el empleo añade obligaciones a su vida y generalmente conlleva poca disminución de las tareas del hogar.

Las mujeres con múltiples roles, terminan con más deberes, más presiones de tiempo y estrés. Viven con una constante sensación de obligatoriedad, sintiendo que siempre están en falta con algo, ya sea el trabajo, los hijos, el esposo, los padres o el hogar. Generalmente las mujeres confrontan las múltiples responsabilidades de atender a la generación que las antecede y a la que las sucede, convirtiéndose en la “Generación sándwich”.

Todas estas circunstancias de la vida diaria de la mujer pueden aumentar la probabilidad de problemas de salud agudos o crónicos y hacer que preste poca atención a su solución. Esto explica, en parte, la demora en consultar ante el primer síntoma. Es bien conocida la tremenda importancia del factor tiempo en el contexto de la enfermedad coronaria.

Los retrasos en llegar al Hospital y en ingresar a la Unidad Coronaria son significativamente superiores en las mujeres.

La evaluación del dolor torácico es un eslabón crítico en el diagnóstico, en el que intervienen tanto la autopercepción de la gravedad por parte de la paciente como la actitud del médico basada en la estimación del riesgo de enfermedad coronaria de la paciente; ambos hechos son igualmente importantes para retrasar la asistencia.

La variable **sexo femenino** ha demostrado en algunos estudios que influye de manera independiente, alargando los tiempos tanto en el componente del retraso, que depende de la paciente, como en el atribuible al sistema sanitario.

Factores de riesgo de ECV

Actualmente hay más de 200 factores de riesgo (FR) identificados que incrementan el riesgo cardiovascular y hay suficiente evidencia que estos se comportan de manera diferente con respecto al hombre, fundamentalmente en lo que atañe a la prevalencia, edad de comienzo, impacto en la estimación del riesgo y tratamiento.

Tabla 5. Clasificación de Factores de Riesgo

| FR Independientes o causales | FR condicionales | FR predisponentes |
|---|--|-----------------------------------|
| Edad avanzada | Hipertrigliceridemia | Obesidad (IMC>30) (*) |
| Diabetes mellitus | Partículas de LDL pequeñas y densas | Obesidad abdominal |
| Hipertensión arterial | Homocisteína elevada | Inactividad física (*) |
| Aumento del colesterol total o colesterol LDL | Lipoproteína a elevada | Historia familiar de EC prematura |
| Colesterol HDL bajo | Factores protombóticos (fibrinógeno, PAI-I) | Características étnicas |
| Tabaquismo | Marcadores inflamatorios (Proteína C reactiva) | Stress |
| | Menopausia | Depresión |

(*) Pueden considerarse FR independientes o causales

Si bien hay múltiples clasificaciones de los FR, al momento de pensar en la relación de estos con la ECV en la mujer hemos decidido adoptar la propuesta por la American Heart Association, (Tabla 5) que los clasifica en:

Factores de riesgo independientes o causales: son aquellos que tienen un papel causal directo en la aterogénesis, caracterizados por una prevalencia poblacional elevada y una asociación confirmada de relación causa-efecto. Actúan con independencia unos de otros y sus efectos son sumatorios.

Factores de riesgo predisponentes: son los que empeoran los factores de riesgo independientes o causales. Su asociación con la ECV es compleja, ya que de una u otra forma, todos contribuyen a los FR causales, aunque también alguno de ellos ya son considerados FR independientes, como la obesidad.

Factores de riesgo condicionales: son los que se asocian con un aumento del riesgo, pero su relación causal no está del todo documentada, debido a que su potencia aterogénica es menor y/o a que su frecuencia en la población no es lo suficientemente grande. Estos factores pueden incrementar el riesgo en presencia de factores causales, de ahí el término “condicional”. Entre estos se incluyen: aumento de homocisteína, de fibrinógeno, de lipoproteína (a), de tamaño de las partículas de las lipoproteínas de baja densidad y de marcadores de inflamación como la Proteína C reactiva, cuantificada en forma ultrasensible, (PCRus), aunque esta última cada vez muestra mayor evidencia para

considerarla como un FR independiente. Es justamente a estos factores que sumamos la influencia hormonal, que puede conjugarse con los FR tradicionales y los predisponentes para configurar un perfil de riesgo diferente en la mujer, que cambia sustancialmente con el advenimiento de la menopausia y la privación de los estrógenos que sufre el endotelio vascular.

Por esto, es conveniente en la mujer hablar del modelo multifactorial de FR.

En este capítulo solo incluiremos los factores de riesgo más conocidos, con énfasis en las consideraciones específicas y sus diferencias con respecto al hombre.

Edad:

En la actualidad, la esperanza de vida de la mujer se ha prolongado. Si admitimos que la edad promedio de inicio de la menopausia se sitúa entre los 48 y 52 años, la mujer vivirá gran parte de su vida después de experimentarla. En la mujer joven y fértil la probabilidad de desarrollar cardiopatía isquémica es baja, pero después de la menopausia el riesgo se incrementa marcadamente.

Entre los 50 y 65 años de edad la mujer atraviesa la etapa más crítica respecto a la aparición de factores de riesgo cardiovascular, y la posibilidad de enfermarse se asocia a aquellos factores que no estén adecuadamente controlados. Diferentes estudios indican que después de los 65 años ocurre la mayoría de los eventos vasculares, (en promedio, 10 años más tarde que en el hombre) y, mientras que en el hombre a esa edad se duplica el riesgo, en la mujer se cuadriplica. En Sudamérica (Buenos Aires, Santiago, Montevideo y San Pablo), la prevalencia de enfermedad cardiovascular se incrementó un 11% cada 5 años de aumento de edad y esto fue mayor en la mujer, 21,2%, que en el hombre, 18,9%.

Diabetes:

Recientes datos de un estudio retrospectivo que involucró a 199 países, demuestran un incremento significativo en la prevalencia de diabetes, en ambos sexos, pasando de un estimado de 7,5% en 1980 al 9,2% en 2008.

La diabetes es considerada hoy en día como entidad coronaria equivalente para hombres como mujeres y por ello tiene alto peso específico a la hora de estratificar el riesgo cardiovascular. Además, es uno de los más elocuentes predictores de enfermedad cardiovascular en la mujer, y está asociado con consecuencias más severas que en el

hombre. Se manifiesta en ambos sexos prácticamente a la misma edad, siendo más frecuente en la mujer en dos periodos de su vida, durante la década de los 30/40 años, ligada al embarazo, y luego de los 50 años.

Se conoce que la diabetes anula la protección hormonal que la mujer tiene hasta la menopausia, situación negativa y relevante. En numerosas poblaciones estudiadas, la mujer diabética tiene un incremento de 3 a 7 veces en la mortalidad cardiovascular, comparada con 2 a 3 veces de aumento en el hombre diabético.

Hipertensión Arterial:

Con diferentes resultados, el registro nacional de HTA, el estudio RENATA, basado en encuestas realizadas en 6 ciudades de la Argentina, demostró que la prevalencia de HTA fue del 33,5%, siendo mayor en hombres que en mujeres (41,7% vs. 25,7%; $p < 0,001$), si bien este aumento en el sexo masculino fue hasta los 54 años. Estos datos de prevalencia son similares a los registrados en otros países, en donde la HTA es más común en hombres que en mujeres, pero luego de los 55 años la prevalencia de HTA en mujeres aumenta considerablemente, sobrepasándolos.

A nivel mundial, se sostiene que más del 25% de la población femenina es hipertensa, lo cual es altamente trascendente ya que la hipertensión arterial (HTA) aumenta el riesgo de ECV, especialmente de accidente cerebro vascular y de cardiopatía isquémica.

El estudio epidemiológico Simona evaluó la prevalencia de HTA en el sexo femenino, demostrando que fue significativamente más elevada en la mujer posmenopáusica en relación con la perimenopáusica o la premenopáusica. El desarrollo de HTA está asociado a múltiples factores, aunque los mecanismos responsables del incremento de la presión arterial en la mujer menopáusica aún no son conocidos. Con el envejecimiento y el hipoestrogenismo, se activan los mecanismos vasoconstrictores generando disfunción endotelial y una sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras, y aumento de la actividad de la enzima convertidora de angiotensina I, angiotensina II, la cantidad y la actividad de los receptores AT1. La activación de este receptor induce vasoconstricción y aumenta la concentración de radicales libres a nivel vascular, lo que aumenta el estrés oxidativo y la lesión vascular, todos cambios que favorecen el incremento de las cifras de presión arterial. Durante el período del climaterio se producen cambios

hormonales de gran relevancia como el descenso de los niveles de estrógeno y de inhibinas A y B y el aumento de las gonadotropinas: las hormonas folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH). El estradiol (E2) es el más potente esteroide sexual femenino y el principal responsable de la acción estrogénica en la mujer, que induce y mantiene los caracteres secundarios femeninos y regula el sistema reproductor. Tienen un efecto cardioprotector, ya que intervienen en el metabolismo del colesterol, protegen la pared vascular, regulan el metabolismo óseo (previniendo la osteoporosis), y además modulan la función cerebral modificando el temperamento, la memoria y los aspectos cognitivos.

Si bien no está claro si la deficiencia de estrógenos participa en la HTA durante la menopausia, de lo anterior se deduce que la acción protectora a nivel vascular depende de la presencia de estrógeno circulante y que sus receptores estén activados, ya sea por los niveles plasmáticos hormonales o por transcripción génica. Cuando los niveles plasmáticos de estrógeno disminuyen se favorece la vasoconstricción, la disfunción endotelial y el posible desarrollo de HTA en la menopausia.

Obesidad:

La prevalencia de obesidad es mayor en mujeres que en hombres. La mujer tiene tres momentos en su vida, ligados presumiblemente a cambios hormonales, que favorecen la ganancia de peso, que son la adolescencia, el embarazo y la menopausia. En USA, el 33,2% de las mujeres mayores de 20 años tiene un índice de masa corporal, calculado según fórmula de Quetelet (IMC) igual o mayor de 25, y esto aumenta con la edad.

En la mayoría de los países latinoamericanos la prevalencia de la obesidad (IMC > 30) es alarmante, con cifras superiores al 30% y siempre mayor en mujeres que hombres.

El estudio Interheart, que involucró a 52 países, demostró que el riesgo atribuible para un primer infarto de miocardio en Latinoamérica (Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala y México) fue mayor que en otros países. Durante los 26 años de seguimiento de los participantes en el Estudio de Framingham para el desarrollo de cardiopatía isquémica, la obesidad fue detectada como un factor de riesgo independiente en mujeres. De hecho, las mujeres de mediana edad con leve a moderado incremento en el peso tenían mayores posibilidades de su desarrollo. Además, en un estudio comparativo se demostró que las mujeres con mayor índice de masa corporal tienen mayor disfunción endotelial que los

varones, demostrado mediante vasodilatación mediada por flujo, probablemente porque se favorece la instalación de un estado pro-inflamatorio, pro-trombótico y pro-oxidativo.

El IMC no refleja el porcentaje real de grasa corporal, por lo cual se prefiere usar el perímetro de cintura, que provee una más precisa determinación del riesgo cardiovascular.

Tabaquismo:

El tabaquismo se considera en la actualidad como la principal causa prevenible de enfermedad cardiovascular en la mujer, y si bien aumenta el riesgo en ambos sexos, este aumento es mayor en las mujeres. La mujer puede ser tan adicta o más que el hombre, con el agravante de ser menos tolerante a sus efectos nocivos, lo que puede estar relacionado con la dosis de consumo de nicotina y su constitución corporal (en general más pequeña y diferente). Así hay evidencia de que la mujer que fuma entre 1 a 5 cigarrillos diarios luego de los 44 años, tiene un incremento en la incidencia de infarto de miocardio de 2,5 veces, mientras que en la mujer que fuma 40 cigarrillos diarios, la incidencia aumenta a 74,6%.

Los fumadores mueren antes que los no fumadores y esto también es mayor en la mujer que en el hombre (14,5 vs. 13,2 años, respectivamente).

Hay también en la mujer fumadora un incremento en la incidencia de otras enfermedades cardiovasculares, tales como accidente cerebro vascular, aneurisma de aorta y enfermedad arterial periférica. En el caso de esta última, las mujeres fumadoras tienen 12,7 veces más riesgo de desarrollarla y es el factor de más peso para desencadenarla. El tabaquismo también se considera causa de disfunción endotelial ya que el humo del tabaco produce especies reactivas de oxígeno (radicales libres). De esta manera se genera un estado pro oxidativo, el que incide en el endotelio y ocasiona su disfunción precoz, disminuyendo la producción o inactivando al óxido nítrico, y más grave aún, provocando la liberación de peroxinitritos, que son las micromoléculas más deletéreas del organismo.

El consumo de anticonceptivos orales aumenta considerablemente el riesgo cardiovascular, por su poder trombogénico y vasoconstrictor, por lo que es de suma importancia aconsejar a la mujer que deje de fumar si toma esta medicación.

Sedentarismo:

La inactividad física es un factor de riesgo muy importante en ambos sexos. Situaciones especiales en la vida de la mujer en sus diferentes etapas hacen que sea más sedentaria que

el hombre. Después de la puesta en marcha de programas de promoción especialmente direccionados, se ha observado que las mujeres que participan del proyecto, muestran un incremento en la actividad física, (intensidad moderada, al menos 30 minutos casi todos los días), pasando de un 8,6% en 2001 a un 46,7% en 2005. Esto ha llevado en este grupo a reducir los niveles de glucemia y de presión arterial, como así también a mejorar los lípidos plasmáticos y contribuir al descenso de peso.

Síndrome Metabólico:

Dado el actual tipo de vida, la mujer de hoy en día es cada vez más propensa a desarrollar el síndrome metabólico. Cuando se acerca a la menopausia, se agrupan los factores de riesgo, aumentando considerablemente la posibilidad de desarrollarlo. Está demostrado que tanto hombres como mujeres con síndrome metabólico tienen mayor riesgo absoluto y relativo de desarrollar accidente cerebro vascular e infarto de miocardio.

Dislipemias:

Existen evidencias de las diferencias en la composición de los lípidos plasmáticos entre hombres y mujeres. Si bien hay igualdad en los niveles de lipoproteínas en niños y niñas, en la mujer, a partir de una cierta etapa comienzan a jugar otros factores como el influjo del ciclo menstrual, ya que las hormonas sexuales influyen en las lipoproteínas, fundamentalmente en los niveles de colesterol HDL y en el tamaño de las partículas. La mujer mantiene aproximadamente 10 mg/dl por encima de los valores de la fracción HDL en comparación con el hombre y este cambio persiste hasta la menopausia. Los niveles de colesterol LDL y no HDL (colesterol total – HDL) son también inferiores en mujeres jóvenes, pero éste patrón cambia con la menopausia. Paralelamente, a medida que avanza la edad, aumenta el colesterol total, el colesterol LDL y las partículas pequeñas y densas de LDL. Esto se correlaciona también con un incremento de la lipoproteína a (pro-trombótica), mientras que su nivel permanece constante en los hombres. También se ha demostrado que después de la menopausia, aunque el colesterol HDL disminuye mínimamente o tiende a permanecer constante, desciende la fracción HDL 2 (la fracción realmente benéfica).

Los niveles de HDL y triglicéridos se relacionan más con la aterogénesis en mujeres que en hombres, mientras que el LDL es mayor predictor de daño cardiovascular en los hombres que en las mujeres. La evidencia muestra que el colesterol HDL es mejor indicador de

riesgo en las mujeres.

Factores psicosociales:

Se cuenta con suficiente evidencia para sostener que el estrés está asociado a un efecto deletéreo a nivel sistémico, y que involucra obviamente al sistema cardiovascular. El estrés asociado a una conducta activa, de esfuerzo y en condición de jefe, provoca una respuesta relacionada con el aumento de la actividad de los receptores adrenérgicos tipo beta, que se manifiestan en un incremento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial, aumento directo del gasto cardíaco y vasodilatación periférica a nivel del músculo esquelético (respuesta denominada “de lucha”). En contraste el estrés relacionado con sentimientos de frustración, actitud pasiva (condición de subordinación), sin control de la situación y en desesperanza se asocia con una respuesta de activación de los receptores adrenérgicos tipo alfa, caracterizada por vasoconstricción periférica e hiperactividad del sistema hipotálamo-hipofiso-adreno-cortical (respuesta denominada “de entrega”, o derrota) y crea condiciones más propicias para la trombosis, las arritmias cardíacas, el infarto de miocardio y la muerte súbita. Es quizás este último modelo el que se da con mayor frecuencia en la mujer actual, en donde la multiplicidad de roles a los que se ve sometida puede generar estados de insatisfacción y de frustración, que conducen a un estrés crónico.

En numerosas investigaciones se han observado diferencias de género en referencia a la reactividad cardiovascular frente a situaciones de estrés y en los síntomas psicopatológicos producidos por dichas situaciones. El estudio Interheart demostró que el estrés psicosocial fue el primer factor de riesgo presente en el momento del infarto en la mujer, con una diferencia significativa con respecto a los hombres.

La depresión, común entre los pacientes con enfermedades cardiovasculares, es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, siendo la población joven (de 60 años o menos) la de mayor riesgo. Estudios recientes han demostrado que el 40% de las mujeres menores de 60 años que han tenido un infarto de miocardio padecen depresión.

Estimación del riesgo cardiovascular en la mujer

Una de las principales limitaciones a la hora de identificar el riesgo cardiovascular en la mujer es el hecho de que se usan tablas o scores que han sido validadas en poblaciones

mayoritariamente masculinas y que por ello no son del todo útiles al momento de valorar el riesgo cardiovascular en la mujer. Uno de los algoritmos más ampliamente utilizados en el mundo para evaluar el riesgo es el Score de Framingham (SF) que estima el riesgo de sufrir un infarto a 10 años, o de morir por un evento cardiovascular, e incluye la edad, los niveles de presión arterial, si está bajo tratamiento para hipertensión arterial, el nivel de colesterol total y de HDL colesterol, y si tiene antecedentes de tabaquismo o de diabetes. Este score subestima el riesgo en las mujeres, ya que estimarlo sólo a 10 años es insuficiente pues debe tenerse en cuenta que la presentación de la ECV en la mujer en general se da, en promedio, 10 años después que en el hombre y que la mujer también es más longeva. De hecho el SF estima un riesgo de < 10% en más de las tres cuartas partes de las mujeres mayores de 80 años. Además, la mujer necesita un score que contemple también la posibilidad de sufrir eventos isquémicos en otros territorios vasculares, sobre todo en el cerebral. El SF tampoco tiene en cuenta el antecedente familiar, que ha demostrado ser importante en la valoración del riesgo, sobre todo en la mujer.

En el año 2007 se publica en Boston el Reynolds Risk Score, un nuevo método para calcular el riesgo, inicialmente para mujeres y ahora también para hombres, el que tiene en cuenta los antecedentes familiares y un medidor de inflamación como es la Proteína C reactiva (PCRus), además de los FR tradicionales. Cuando compara con el SF, el score de Reynolds reclasifica a más del 40% de las mujeres con riesgo intermedio, lo que permite sostener que este score es más efectivo para predecir riesgo en las mujeres.

En los últimos años, desde el año 1999 la Asociación Americana del Corazón, ha publicado las Guías para la Prevención de ECV en la mujer, con actualizaciones en el 2004, en el 2007 y en el 2011; en estas dos últimas, cambió la clasificación del riesgo en la mujer, teniendo en cuenta lo anteriormente dicho y considerando el riesgo que tiene una mujer en toda su vida y no sólo a 10 años, es decir el Lifetime Risk, que es alto en 1 de cada 2 mujeres, ya que muchas de ellas, aparentemente sanas tienen riesgo elevado como se pone de manifiesto con las técnicas de estudio que buscan detectar aterosclerosis subclínicas.

Es por ello que recomendamos esta clasificación, poniendo énfasis en lograr las metas de salud cardiovascular ideal (Tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de Riesgo cardiovascular en mujeres

| Grado de Riesgo | Criterio |
|--|---|
| Alto Riesgo (≥ a 1 criterio) | EC clínicamente manifiesta |
| | Enfermedad cerebrovascular clínicamente manifiesta |
| | Enfermedad arterial periférica clínicamente manifiesta |
| | Aneurisma de aorta abdominal |
| | Enfermedad renal crónica terminal |
| | Diabetes Mellitus |
| | Riesgo de ECV a 10 años ≥ 10% |
| En Riesgo (≥ a 1 criterio) | Tabaquismo |
| | PAS ≥ 120. PAD ≥ 80 mmhg o HTA en tratamiento |
| | Colesterol total ≥200 mg/dl, HDL < 50 mg/dl o DLP tratada |
| | Obesidad, particularmente abdominal |
| | Dieta inadecuada |
| | Sedentarismo |
| | Antecedente familiar de ECV prematura |
| | Síndromemetabólico |
| | Evidencia de aterosclerosis subclínica avanzada |
| | Enfermedades autoinmunes –Colagenopatías |
| | Diabetes Gestacional, Hipertensión inducida por embarazo, historia de Pre-eclampsia |
| Estado de salud ideal (todos los criterios) | Colesterol total <200 mg/dl (sin tratamiento) |
| | PAS < 120 PAD < 80 mmhg (sin tratamiento) |
| | Glucemia en ayunas < 100 mg/dl (sin tratamiento) |
| | IMC < 25 kg/m ² |
| | No fumar |
| | 150 min de Actividad física moderada o 75 min de Actividad física intensa o combinación. Dieta saludable (tipo Dash) |

Como cuidar la salud Cardiovascular en la Mujer

Enfoque práctico:

Hoy consideramos que la prevención de la salud idealmente se inicia durante el embarazo y dura hasta el final de la vida. Es por esto que debemos comenzar en los primeros años de la infancia, educando a los niños para que lleguen a la edad adulta con buena salud y se evite la aparición de los FR de ECV. Existen estudios que demuestran que los hábitos relacionados con la alimentación, la actividad física e inclusive las adicciones, comienzan a formarse a edades muy tempranas, por lo que debemos internalizar el concepto de

promoción de la salud, eligiendo como público objeto a los niños y a las madres que son quienes juegan un rol fundamental en el crecimiento de los primeros años de vida de sus hijos.

En la mujer joven se debe prestar especial atención a la asociación de los FR, fundamentalmente el tabaquismo, con la ingesta de anticonceptivos orales, por el riesgo que esto conlleva, tal como lo expusimos anteriormente.

Por otro lado problemas tales como la Diabetes gestacional, la Hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia o eclampsia, aumentan considerablemente el riesgo de desarrollar ECV, por lo que es muy importante tener estos conceptos presentes para el seguimiento de estas mujeres, en quienes se deben reforzar las medidas preventivas.

Podemos considerar que la mujer durante su edad fértil está protegida contra el desarrollo de ECV, por mecanismos aun no del todo conocidos, pero seguramente vinculados a los estrógenos.

Los FR incrementan su prevalencia en la peri y en la post menopausia. Hay discrepancias acerca de si esto se debe sólo al incremento de la edad, a los cambios hormonales, o a ambos. Lo cierto es que estos factores se agrupan como un racimo, aumentando obviamente el riesgo.

Por ello, es sumamente importante determinar el riesgo global en la mujer, a fin de establecer el control de cada FR, teniendo como pilar fundamental los cambios en el estilo de vida y el manejo farmacológico necesario para lograr las metas terapéuticas que indica la evidencia disponible.

Si la mujer está en riesgo, es importante también plantearse la búsqueda de enfermedad aterosclerótica subclínica por lo que se impone la derivación a la consulta especializada, lo que también debe hacerse si existen síntomas sugestivos de ECV.

En la mujer perimenopáusica debe tenerse en cuenta toda oportunidad de identificar su riesgo cardiovascular. Es por esto que los profesionales de la salud de atención primaria, médicos generalistas, clínicos, ginecólogos, cardiólogos, etc, deben trabajar juntos para disminuir, controlar y minimizar el riesgo cardiovascular. Se debe informar, advertir y educar a la mujer desde temprana edad para modificar su modo de vida y manejar de manera integral los problemas que vayan surgiendo.



A modo de introducción

Para introducir a la importancia de la salud mental en el ámbito escolar, se hace necesario señalar los principales antecedentes de la misma en niños y jóvenes, y a la vez mostrar las evidencias más representativas de la manera de abordarla.

Las investigaciones epidemiológicas recientes han demostrado a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan a entre el 10% y el 15% de los niños, las niñas y los adolescentes, lo que manifiesta la importancia de incorporar nuevos modos de pensar y actuar en salud.

Es un hecho conocido que las producciones y emprendimientos grupales solidarios surgidos desde el ámbito educativo no llegan en la medida deseada al conocimiento de la población en general. Con frecuencia, en los medios de información se presentan noticias vinculadas a la escuela acerca de distintos niveles de agresión entre los alumnos, docentes y directivos. Expresiones como “Las situaciones de violencia en las escuelas son cada vez más tempranas”, o “los niños pasan más tiempo en las instituciones”, o también algunas respuestas institucionales como “la reducción de la jornada escolar al estudiante agresivo”, se pueden interpretar “como una situación de violencia”. Este tipo de noticias plantea interrogantes acerca de la salud mental en un ambiente específico, la escuela, y en un grupo especialmente vulnerable, los niños, los jóvenes y los docentes.

A partir del encuentro de expertos en salud mental y psiquiatría realizado en Venezuela en 1990, se ha puesto especial énfasis en la atención de los problemas de salud mental en el **lugar** donde se producen, de forma **integral** y con la **participación de la comunidad local**, en la búsqueda de soluciones para mejorar la calidad de vida en general y prever los problemas de salud mental.

El posicionamiento de los países en la llamada Declaración de Caracas, se transforma en el acontecimiento fundacional para la propuesta de abordaje de los problemas de salud mental. Dicha declaración fue ratificada en Brasilia en el año 2005 y, más recientemente, por la cumbre de expertos en la Declaración de Panamá en el año 2010. En estos documentos se consolidan en los nuevos desafíos para salud mental que se resumen en:

- *Disminuir la vulnerabilidad social*
- *Enfocar de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia*
- *Adoptar medidas eficaces para afrontar el aumento de la demanda de los servicios*
- *Prestar atención al aumento de la violencia*

También hay que señalar las reformas que se han realizado en el mundo con respecto a niños y jóvenes, al considerarlos como sujetos de derecho y por lo tanto afirmar el estado debe velar por el cuidado de su salud y en particular de su salud mental.

¿CÓMO SE TRADUCEN ESTOS DESAFÍOS DE SALUD MENTAL EN ACCIONES CONCRETAS?

En este capítulo les proponemos hacer conjuntamente este recorrido.

En primer lugar, asumir estos desafíos implica realizar un cambio, no sólo en cuanto a la promoción de la salud y de la salud mental, sino también en lo que respecta a los valores y problemas implicados. En resumen, **cambiar de fines** y de **estrategias de intervención** para promover el desarrollo de la salud mental de las poblaciones.

PERO, ¿QUÉ CAMBIAR, CONCRETAMENTE?

En primer lugar deben renovarse los **valores** que sustentan el modo de pensar e implementar las prestaciones de salud. Es oportuno recordar que tradicionalmente la formación y actuación de los profesionales de salud ha estado vinculada a la enfermedad individual de la persona. El desafío de este milenio implica consolidar la idea de que las acciones primordiales deben basarse en los grupos de personas, es decir en las **poblaciones**. Este enfoque revela la importancia del valor de la salud mental colectiva, de la necesidad de atender a todos mediante un modelo comunitario de abordaje integral, lo que implica pensar y actuar teniendo en cuenta los componentes biológicos, psicológicos y las condiciones sociales de vida.

Para poder dar respuestas, el **sistema de salud** debe basarse en **APS**, es decir, en la implementación de estrategias de amplio alcance, radicadas en la comunidad, accesibles a

la población, adaptadas a la realidad y que incluyan participación local. Técnicamente las estrategias de intervención propuestas están construidas a partir de la **promoción y prevención** de la salud mental para lograr la vida saludable de las personas.

¿QUÉ ES LA PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL?

La promoción en salud mental implica la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Significa desarrollar una salud positiva, mejorar la calidad de vida y reducir las diferencias sociales, culturales, económicas y de género, entre otras.

Hablar de promoción significa hablar de políticas de Estado, ya que su implementación requiere acciones a distintos niveles de gobierno para garantizar la continuidad.

En síntesis, deben considerarse dimensiones que se detallan a continuación, a las que se divide sólo a los fines analíticos para facilitar su comprensión, ya que en la realidad se presentan en forma conjunta y se condicionan mutuamente

¿QUÉ DIMENSIONES IMPLICA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL?

Los determinantes de la salud, que están dados, como se dijo anteriormente, por las interacciones psicológicas, sociales y biológicas. La evidencia demuestra que los problemas mentales se relacionan con la pobreza, la baja educación, los bajos ingresos y las malas condiciones ambientales.

La desigualdad e inequidad, que están relacionadas con diferentes factores sociales; las diferencias no son solamente genéticas sino también conductuales y sociales, lo que las transforma en una injusticia social, lo que genera no sólo desigualdad sino también inequidad. *“Detrás de la pobreza hay una aguda desigualdad que la genera, la reproduce y la amplía...Un aspecto central de su vivencia de la pobreza, que los afecta especialmente, son los atentados permanentes a su dignidad humana, sufren maltratos continuos, en primer lugar, de las fuerzas policiales, son vistos por diversos sectores de la sociedad como seres inferiores; su cultura, sus valores, sus creencias, son descalificados”, “En Argentina las cifras de desigualdad han escalado en la década del 90 y han incidido*

fuertemente en el ascenso de la pobreza, que ha conducido a que en un país con tantas potencialidades de todo orden, según se estima un 35% de la población y un 45% de los niños estén en pobreza.” Otros datos que aporta este autor, referente indiscutido en el tema de la relación entre pobreza y desigualdad, refieren que en el año 2006 la Universidad de las Naciones Unidas demostró que, en cuanto a patrimonio, el 10% más rico tenía el 85% del capital mundial y el 50% más pobre, sólo el 1%. Desde la década de los años 1970 a la de 1990 la desigualdad generó un aumento significativo en los índices de pobreza, que volvieron a aumentar en la década siguiente.

La política de promoción debe considerarse un aspecto central de la política de salud pública, ya que debe acompañar a la organización de la atención desde este modelo de la promoción, lo que implica involucrar intervenciones tanto individuales como colectivas, para lograr el compromiso con el cambio social.

A partir **del empoderamiento y los derechos humanos**, siguiendo la línea argumental que plantea Kliksberg con respecto a la desigualdad, y las declaraciones de la APS renovadas en el año 2007 sobre el ejercicio activo de los derechos de los ciudadanos, se llega a la conclusión de que sólo es posible hablar de abordaje de la salud cuando consideramos a sus destinatarios como sujetos de derecho. Esto requiere una sociedad donde haya un ejercicio efectivo de esos derechos, mediante la construcción de un clima de respeto y protección de los mismos, en sus distintas dimensiones: civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Es decir, en una sociedad sin seguridad y libertad en los derechos, la salud mental sería imposible. La vigencia de esos derechos otorga a los individuos y a las comunidades la posibilidad de ejercerlos, de construir grupos y redes que los fortalezcan y, en consecuencia, construir el empoderamiento de las personas transformándolas en ciudadanos activos, para que dejen de ser depositarios de cuidados y prestaciones definidas en otras instancias de gobierno. El empoderamiento ciudadano significa ser parte de la construcción del lugar donde uno vive y de la manera como vive; en esas condiciones es posible concebir una sociedad que construya espacios saludables para las personas y desarrolle acciones de promoción de la salud mental.

En cuanto a **los niveles de intervención múltiple**, la evidencia demuestra que los programas efectivos son los que incluyen un amplia gama de intervenciones a lo largo de

toda la vida, en todos los niveles y sostenidos en el tiempo como política pública de largo plazo y con evaluación permanente de su impacto. Es necesario considerar diferentes niveles de intervención, según su grado de amplitud. Se entiende por macro intervenciones a aquellas que se insertan en la política pública en general; se dirigen a los aspectos de base de la estructura social y son de aplicación intergubernamental e intersectorial.

Las meso y micro intervenciones están dirigidas a todas las etapas de la vida y son específicas para las distintas edades y condiciones de vida. La diferencia entre las intervenciones meso y las micro, es que estas últimas se dirigen a grupos poblacionales específicos ubicados en un determinado contexto geográfico y temporal.

Estos distintos niveles de intervención se condicionan y sostienen mutuamente y pueden implementarse en diferentes momentos; al hacerlo en forma simultánea y sostenida en el tiempo, se produce una sinergia entre ellos que modifica positivamente los índices sanitarios.

La **promoción de la salud mental en las distintas etapas de la vida** constituye un eje importante de cambio en todos los niveles de la población a la hora de programar las intervenciones. Sin embargo, es importante señalar la importancia del diseño de programas diferenciados según las necesidades, es decir, **programas para grupos vulnerables** que se encuentran en situaciones de riesgo para sostener su salud.

¿QUÉ ES LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL?

La prevención involucra las intervenciones orientadas a la reducción de los factores de riesgo y al aumento de los factores de protección relacionados con los problemas mentales. El modelo psicosocial de la salud mental pone énfasis en el contexto del individuo y se centra en la educación como camino para promover estilos de vida sanos y herramienta para la identificación y fortalecimiento de los factores protectores.

¿QUÉ DIMENSIONES IMPLICA LA PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL?

La prevención de los trastornos mentales tiene por objeto, según Mrazek y Haggerty, “*reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en el cual las personas permanecen con síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad*”.

Los autores anteriormente citados definen tres tipos de prevención en salud mental:

Universal: comprende aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

Selectiva: tiene por objetivo proteger a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.

Indicada: está dirigida a las personas en alto riesgo, que son las que presentan signos o síntomas mínimos pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento no cumplen con el criterio de trastorno mental.

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo a la aparición de los trastornos mentales. *Los factores de riesgo* están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad mental. *Los factores de protección* son las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y a los trastornos, y se definen como condiciones que modifican la respuesta defensiva de una persona frente a algunos peligros ambientales.

| <i>Factores de Riesgo</i> | <i>Factores de Protección</i> |
|--|---|
| Aceso a drogas y alcohol | Fortalecimiento |
| Desplazamiento | Integración de minorías étnicas |
| Aislamiento y enajenamiento | Interacciones interpersonales positivas |
| Falta de educación, transporte, vivienda | Participación social |
| Desorganización de la vecindad | Responsabilidad social y tolerancia |
| Rechazo de compañeros | Servicios sociales |
| Circunstancias sociales deficientes | Apoyo social y redes comunitarias |
| Nutrición deficiente | |
| Pobreza | |
| Injusticia racial y discriminación | |
| Desventaja social | |
| Migración a áreas urbanas | |
| Violencia y delincuencia | |
| Guerra | |
| Estrés laboral | |
| Desempleo | |

¿CUÁLES SON LAS RAZONES PARA INTERVENIR CON PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LAS ESCUELAS?

Este capítulo pone el interés primordial en el ámbito de las escuelas como nivel de intervención. La OPS ha señalado claramente que *las intervenciones en la escuela han demostrado ser la segunda medida más efectiva de promoción y protección de la salud mental*, en la mejora del trastorno o condición mental presente y la prevención de una situación futura de crisis o enfermedad. Sin embargo, aun no están lo suficientemente difundidas como para poder instrumentarlas en el ámbito cotidiano de las escuelas.

Esta afirmación se fundamenta en que en estos ámbitos se encuentran algunos de los grupos más vulnerables, como los niños y jóvenes, y esta intervención tiene la función

social de ser un ordenador de los hábitos familiares y laborales. El hecho de tratarse de segmentos particularmente sensibles y accesibles a la incorporación de nuevas tecnologías permite la inclusión de estos programas en forma sostenida.

En este ambiente escolar, en la mayoría de los casos los resultados de las intervenciones son de largo plazo, como la reducción de la desigualdad, la creación de ambientes más seguros y de apoyo directo a niños y jóvenes, y en forma indirecta a las familias y grupos convivientes. Pero también se pueden observar efectos inmediatos, como la incorporación de mecanismos de relación más saludables y la disminución de la violencia por medio de la comunicación.

¿CÓMO DESARROLLAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA?

Al encarar el trabajo de promoción de la salud mental en las escuelas es importante señalar que los objetivos deben centrarse en:

- Desarrollar conductas saludables
- Desarrollar capacidades de afrontamiento
- Desarrollar capacidades para enfrentar la propia vida y desarrollar la resiliencia

En relación con el primer objetivo, las conductas saludables son aquellas acciones que llevan a cabo las personas o los grupos para mantener, lograr o recuperar la salud y prevenir la enfermedad. Cabe reconocer que, una vez aprendidas las conductas, no es fácil modificarlas, especialmente cuando están vinculadas a las actividades que se realizan diariamente. En este sentido, cobra especial relevancia la importancia de incorporar conductas saludables en niños y jóvenes, quienes se hallan en una edad de mayor flexibilidad ante los cambios.

La incorporación de actitudes saludables frente al cambio, especialmente si van asociadas con mejoras en la calidad de vida, construye un marco de referencia positiva donde el niño o el joven se miran. Es aquí donde adquiere relevancia el rol individual y

grupales de maestras y directivos escolares, quienes acompañan estos procesos y constituyen el puente para acercar modelos, conocimientos sobre salud y hábitos saludables.

Los diferentes autores señalan cuáles son las conductas más saludables en general, las que se pueden clasificar en dos grandes grupos: prioritarias y complementarias.

Prioritarias, también denominadas esenciales o espirituales. Son aquellas que incluyen la incorporación de un sentido de la vida que trascienda lo concreto y cotidiano, y rescatan los valores solidarios presentes en los jóvenes y en los grupos. Los ámbitos de trabajo y de ocio-recreación refuerzan la esencia del individuo, ya que allí se fortalecen los vínculos grupales y el desarrollo de la amistad.

Complementarias, en este grupo se incluyen algunas conductas tales como: el sentido del valor, del control y de la realidad, la conciencia emocional, la capacidad de lucha y de solución de problemas de la vida cotidiana y los recursos creativos que implemente, el sentido del humor, la nutrición equilibrada y una actividad física moderada y realizada regularmente, todos los cuales repercuten beneficiosamente en la salud. El sentido de autoprotección, el control de las propias tensiones y la identidad sexual y cultural integran también las conductas saludables.

| CONDUCTAS SALUDABLES | |
|---|--|
| Prioritarias | Complementarias |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Espiritualidad ■ Trabajo y ocio recreación ■ Amistad ■ Amor ■ Autodominio | <ul style="list-style-type: none"> ■ Sentido del valor, del control y la realidad ■ Conciencia emocional ■ Capacidad de lucha ■ Solución de problemas y creatividad ■ Sentido del humor ■ Nutrición, ejercicio ■ Sentido de autoprotección ■ Control de las propias tensiones ■ Identidad sexual y cultural |

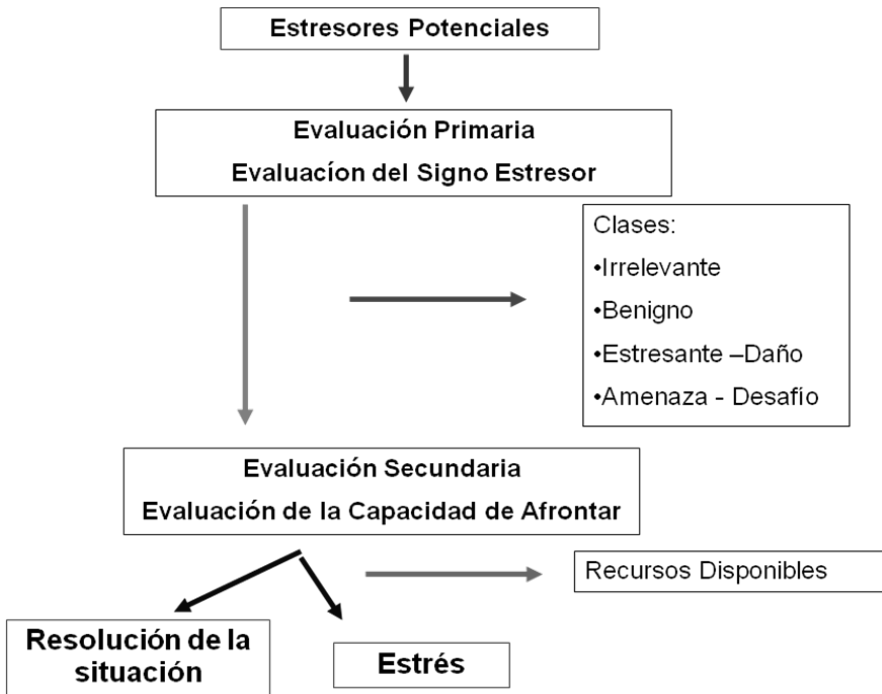
El segundo objetivo, *la capacidad de afrontamiento*, hace referencia a la interacción del sujeto con su medio, a la manera en que hace frente a las demandas y al modo en que organiza sus respuestas.

Es importante recordar que las demandas del medio pueden ser sencillas e irrelevantes o complejas y relevantes, de gran impacto en la persona. En general estas últimas son novedosas y conllevan una alteración del equilibrio homeostático del sujeto a nivel físico, personal o social, constituyendo una situación de estrés para el mismo.

El proceso del sujeto frente a las demandas del medio comprende diferentes etapas. En primer lugar, hay una evaluación primaria, que es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, de lo que significa, del tipo de riesgo, del compromiso para su bienestar y para su supervivencia. Está íntimamente ligada a la evaluación secundaria.

La evaluación secundaria es la que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales como sociales, económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. A partir de esta valoración el sujeto decide si posee recursos y capacidad para hacerle frente y en base a ellos construye una forma determinada de afrontamiento y resolución de la nueva situación. En ello incide el proceso de aprendizaje que haya realizado, el conocimiento de la situación, la valoración realista de los recursos presentes del sujeto y la capacidad que posee de modificar o variar el curso de los acontecimientos.

El siguiente esquema ayuda a comprender este proceso de funcionamiento:



Es importante destacar que las personas con más riesgo de problemas de salud mental, suelen presentar una percepción poco ajustada sobre la dependencia entre los sucesos y sus propios actos.

Este desajuste puede ser *por defecto*, cuando consideran irrelevantes sus actos en relación con los sucesos que le ocurren, o *por exceso*, cuando depositan sobre los actos del otro la responsabilidad que objetivamente no es tal.

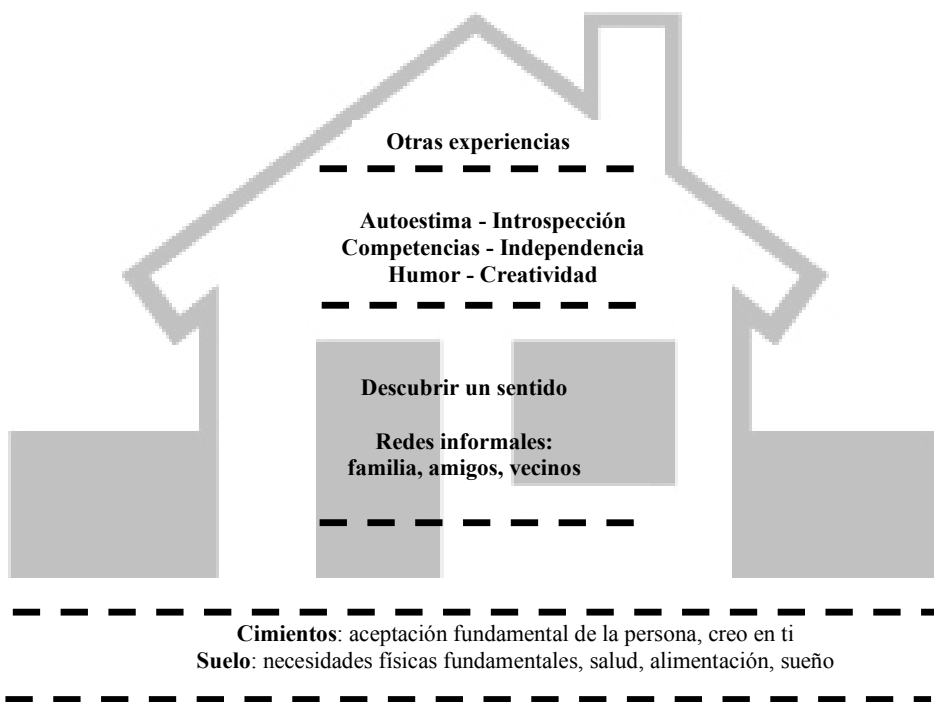
Es importante, para poder ayudar en este problema, que se trabaje sobre la posibilidad de modificación de las percepciones equivocadas de sus propios actos, mediante el análisis comunicacional entre los diferentes actores, como una manera de prevenir.

El tercer objetivo importante para promover la salud mental es *desarrollar en los niños y los jóvenes de la capacidad de enfrentar la propia vida*, es decir, la flexibilidad

ante las nuevas situaciones, tanto de la vida cotidiana como extraordinarias, mediante la incorporación de actitudes reflexivas frente a las mismas.

En estos últimos años, Lösel, Blieneser y Köferl han desarrollado un concepto que abarca esta capacidad: el de **resiliencia**, que hace referencia al conjunto de atributos y habilidades para enfrentar eficazmente factores que causan estrés y situaciones que implican un riesgo. Otro autor, Grotberg, la define como una capacidad universal, que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad.

En el diagrama que se presenta a continuación se sintetizan los elementos de construcción de la resiliencia.



¿CÓMO DESARROLLAR LA PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA?

Las principales intervenciones de prevención en materia de salud mental en las escuelas deben centrarse en la reducción de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores.

El cuadro siguiente contiene ejemplos de ambos factores.

| Factores de riesgo | Factores de protección |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente. • Barreras comunicacionales y de cordialidad entre profesores y estudiantes. • Fracaso académico. • Asociación con compañeros que consumen drogas • Ausencia de compromiso con la escuela. • Falta de comunicación con los padres de familia. • Énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral del estudiante. • Problemas interpersonales: rechazo a otras personas, aislamiento del grupo. • Prácticas duras o autoritarias en el manejo de estudiantes. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela. • Promoción del individualismo y la competitividad. | <ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento académico normal. • Perseverancia en los estudios. • Apoyo social. • Buena comunicación profesor-estudiante. • La actuación del profesor como un modelo de vida válido. • Establecimiento de lazos cordiales entre profesores y estudiantes. Buenas relaciones con los compañeros. • Conexión entre la casa y la escuela. • Cuidado y apoyo, sentido de “comunidad” en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales). • Grandes expectativas del personal de la escuela. • Fomento de actividades extracurriculares y deportivas. • Promoción de actividades de servicio social y comunitario. • Compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela. • Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela. • Utilización máxima de las instalaciones. • Fomento de trabajo en equipo y de la creatividad. |

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA

Los programas de promoción y prevención en las escuelas no requieren para su implementación un gran nivel de complejidad, ni importantes gastos presupuestarios, pero si, fundamentalmente, la decisión política e institucional de toda la comunidad educativa de llevarlo adelante.

Recomendaciones generales:

- Sensibilizar y aportar conocimientos al equipo docente de la institución sobre el valor y la importancia del empoderamiento escolar en la construcción de estrategias que promuevan y prevengan la salud mental de los niños y los jóvenes en las escuelas:
 - Talleres de reflexión
 - Espacios de capacitación
- Visibilizar y revalorizar los espacios existentes en el contexto escolar que por sí mismos promueven y previenen la salud mental:
 - Retención de alumnos
 - Salud física
 - Trabajo en grupos
 - Espacios de recreación
 - Socialización entre diferentes actores.
 - Cooperación de gabinetes psicopedagógicos
- Partir de modelos pedagógicos validados, que promuevan la participación horizontal y los factores de protección, dando primacía a los modelos comprensivos que permitan incorporar los grandes temas como transversalidad, interactividad y participación:
 - La toma en consideración de los intereses del alumnado.
 - Facilitación del acceso a fuentes primarias de información y materiales diversos para el trabajo con los contenidos curriculares.
 - Mediación del profesorado entre el educando y la realidad.
 - Fomento y estimulación del espíritu crítico.

- Fortalecimiento de valores pro-sociales.
- Re-significar los contenidos específicos del currículo referidos a la educación en valores, habilidades para la vida y conocimientos relevantes en Salud.

Valores

- El fomento y respeto de la salud personal, tanto física como mental y emocional (respeto al propio cuerpo).
- La consideración y el respeto a las diferencias (culturales, religiosas, características físicas de cada persona, etc.).
- Los valores democráticos, que fomentan la escucha y valoración de los puntos de vista de los demás.
- La atención a la igualdad de sexos y a la perspectiva de género.

Habilidades para la vida

- Autonomía.
- Toma de decisiones.
- Responsabilidad y consecuencias esperables de las opciones adoptadas.
- Capacidad de adaptación ante nuevos retos o situaciones.
- Manejo de las emociones y los sentimientos.
- Solución de problemas y resolución de conflictos.
- Tolerancia y cooperación.
- Pensamiento creativo.

Conocimientos relevantes en Salud

- Los estilos de vida que fomentan la salud, especialmente en materia de actividad física y alimentación saludable; el bienestar y la salud emocionales; la educación sobre drogas: alcohol, tabaco y drogas ilegales; la salud afectivo-sexual; la seguridad y prevención de riesgos, lesiones y accidentes; entre otros aspectos que puedan considerarse de interés.

Recomendaciones específicas:

- Cada institución educativa, luego de una descripción reflexiva y genuina de sus prioridades en salud mental para aplicar en la comunidad de alumnos de los diferentes niveles de formación, seleccionará el programa de mayor necesidad, que pueda llevar a cabo y que pueda sostener en el tiempo.

En el ejemplo que se presenta a continuación, se diseña un programa para desarrollar los aspectos resilientes en los alumnos.

Construyendo factores resilientes – (Seminario taller vivencial)

Objetivo General: Promover y desarrollar factores resilientes para la superación de la adversidad y sus fuertes impactos.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ACTIVIDADES | TAREAS | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|--|---|--|
| a) Desarrollar factores protectores para una convivencia solidaria | a.1 Experiencia vivencial | 1. Dinámica de grupo | a.1 Conocimiento de la importancia del sí mismo y del Otro |
| | | 2. Puesta en común | |
| | a.2 Análisis de situaciones | 3. Construcción de diagramas conceptuales | a.2 Diseñar aportes individuales para una convivencia armónica |
| b) Valorar lo propio, desarrollar interés y respeto por la diferencia | b.1 Grupales de reflexión y debate | 4. Dinámica grupal | b.1 Relacionar el reconocimiento social con la autoestima |
| | | 5. Análisis de texto | |
| | b.2 Valoración de la comunicación a través de los mensajes | 6. Narraciones colectivas | b.2 Desarrollo de modelos saludables de comunicación. |

Contenidos Temáticos

Modulo 1: Eje temático: Introspección

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Mirandonos hacia adentro” 30 minutos

Módulo 2: Eje temático: Independencia

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Construyendo independencia y autoestima” 30 minutos

Módulo 3: Eje temático: Capacidad de interactuar

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Viviendo y disfrutando enredos sociales” 30 minutos

Módulo 4: Eje temático: Capacidad de iniciativa

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Manejando nuestros caminos” 30 minutos

Módulo 5: Eje temático: Humor

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Agregando bienestar a nuestro diario vivir” 30 minutos

Módulo 6: Eje temático: Creatividad

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Recreando y creando nuestro crecer” 30 minutos

Módulo 7: Eje temático: Moralidad

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Poniendo un prima de valores a nuestra cotidianidad” 30 minutos

Módulo 8: Eje temático: Autoestima

Desarrollo Teórico 20 minutos

Taller vivencial: “Queriéndonos a nosotros mismos” 30 minutos

Modalidad de propuesta: Se recomienda que sea anual, con un desarrollo de una vez por mes, como una propuesta programática, actividad especial en el aula, desarrollada por los docentes. La presentación del tema de cada módulo en 20 minutos, con diferentes estrategias educativas y una actividad vivencial de juegos para permitir la expresión del factor resiliente propuesto.

Sitios de interés y posible consulta para trabajar la temática:

<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/175/17514747002.pdf>

<http://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/Resilman.pdf>

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/76/57>

A manera de conclusión se muestran, según la evidencia científica aportada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un listado de programas posibles a desarrollar en las escuelas:

- Taller sobre derechos de los niños, como protector de la violencia infantil.
- Taller vivencial de resolución de problemas.
- Taller de creatividad y recreación.
- Talleres de simulación para abordar el comportamiento agresivo y la conducta social negativa.
- Taller vivencial de desarrollo de habilidades comunicacionales.
- Programa de promoción de la solidaridad con los más necesitados.
- Programa de escuelas cordiales para niños. Cambiando la ecología escolar.
- Taller de desarrollo de habilidades sociales.
- Programas de control de la conducta agresiva, recreos divertidos y participativos.
- Programas de apoyo escolar para enfrentar las dificultades en el aprendizaje.
- Programas de retención del escolar en las instituciones.

Bibliografía

- 1- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela 14 de noviembre de 1990. Consultado el 23 de Junio de 2012 Disponible en:
http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- 2- MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL, LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). PRINCIPIOS DE BRASÍLIA Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia. Brasil. Noviembre del año 2005. Consultado el 23 de Junio de 2012 Disponible en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
- 3- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GOBIERNO DE PANAMÁ. Consenso de Panamá. Panamá. Octubre de 2010. Consultado el 23 de Junio de 2012. Disponible en :
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
- 4- ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. Convenio sobre los derechos del niño. Aprobada el 20 de noviembre de 1989. Consultado el 23 de Junio de 2012. Disponible en:
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- 5- MALVAREZ, S. “El concepto de enfermedad mental a lo largo del tiempo-“. Apunte de Cátedra. Enfermería en salud Mental y Psiquiatría. Escuela de enfermería. U.N.C: Córdoba. 2005
- 6- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: estrategias de implementación. Washington D.C. 2007.
- 7- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud mental. Ginebra. 2004. Consultado el 23 de Junio de 2012. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- 8- ORELLANO M., ROSENDO E. Escuela, trabajo y transiciones juveniles: la década de los '90 como bisagra para pensar una relación conflictiva, en Cuadernos de Antropología Social, N° 19. Buenos Aires., julio 2004 . Disponible *versión On-line* ISSN 1850-275X . LA SALUD EN LA ESCUELA, DE LA EVIDENCIA A LA ACCIÓN publicado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) <http://www.iuhpe.org/index.html>
- 9- KLIKSBERG B., “El nuevo debate sobre el desarrollo y el rol del Estado. Mitos y realidades en la América Latina de hoy.” INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, A.C. México. 2001.
- 10- TELAM, KLIKSBERG B. Desigualdad, el problema clave. 15 de agosto de 2011.
- 11- ENERANDA ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD: pautas para promover la salud en la escuela, publicado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES), que aborda con más detalle los principios generales y el arte de instaurar y mantener la promoción de la salud en las escuelas - <http://www.iuhpe.org/index.html>

- 12- KLIKSBERG B., 2010
- 13- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2010
- 14- GOMEZ, P y MALVAREZ, S. Prevención de los trastornos mentales en Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. W D.C. 2010.
- 15- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de los Trastornos Mentales. Ginebra. 2004. Consultado el 23 de Junio de 2012 Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- 16- MRAZEK PJ, HAGGERTY RJ, eds (1994). Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva. Washington, National Academy Press.
- 17- RUTTER M (1985). Fortaleza contra la adversidad. Publicación Británica de Psiquiatría, 147:598-561.
- 18- BECOÑA, E. VÁZQUEZ, F. & OBLITAS, L. (2004). “Promoción de los estilos de vida saludables”. En Investigación en Detalle Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Consultado el 23 de Junio de 2012. Disponible en Internet: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
- 19- QUINTANA A. P., MONTGOMERY W. U. y MALAVER C. S. Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. Revista iiPsi Facultad de Psicología. Unmsm. issn impresa: 1560 - 909X. issn electrónica: 1609 – 7475. vol. 12 - n.º 1 – 2009. PP. 153 – 171. Consultado el 23 de Junio de 2012. Disponible en Internet:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v12n1/a11v12n1.pdf>
- 20- CASTAÑO E. F.Y LEÓN DEL BARCO B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. Universidad de Extremadura, España. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2010, 10, 2, pp. 245-257
- 21- LÖESEL, F.; BLIESENER, T.; KFERL, P. (1989). On the Concept of *Invulnerability*: Evaluation and First Results of the Bielefeld Project, pp. 186-219; en Brambring, M.; Löesel, F.; Skowronek, H.: Children at Risk: Assesment, Longitudinal Research and Intervention. Walter de Gruyter, 1989. Nueva York, E.E.U.U.
- 22- MANCIAUX, M. La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid. Gedisa, 2003
- 23- GROTBORG, E. (1995a). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit, The International Resilience Project., Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda.
- 24- VANISTENDAEL, S., LECOMTE, J. (2002). La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa.



En el presente capítulo se presenta una breve aproximación a la salud reproductiva en la adolescencia desde un enfoque social de la problemática de la sexualidad de las y los adolescentes; se entiende que las acciones de promoción de la salud reproductiva en la comunidad tendrán mejor impacto si se realizan desde una perspectiva intersectorial en la cual se aúnen los esfuerzos de los distintos sectores del estado (educación, salud, seguridad) y de las organizaciones comunitarias no gubernamentales y, por supuesto, con el adolescente y su familia como principales protagonistas de esta cuestión.

La adolescencia como etapa vital y el rol de las instituciones.

Se acepta que la adolescencia es el período de la vida que transcurre desde los 11 años a los 19 años, en tanto que la juventud comprende el período entre los 15 a 24 años de edad. Se trata de la etapa del ciclo vital que representa una transición en la vida de las personas, y por ello esta etapa se presenta como un período de muchos conflictos. También se caracteriza por el inicio de las relaciones sexuales, por momentos de indecisión y ansiedad, por la consolidación de la auto-imagen, de la autoestima y de la madurez emocional y mental, entre otros rasgos que involucran algunas tensiones sobre los valores, las reglas, la identidad y la familia. El hecho de que en esta etapa se presenten una gran cantidad de sentimientos y emociones que se combinan puede generar crisis en los adolescentes, lo cual provoca conflictos de naturaleza intrapersonal e interpersonal. Sin embargo, según lo afirman algunos autores, estas crisis en la adolescencia son necesarias e imprescindibles para el desarrollo del ser humano.

En esta etapa, la sexualidad es tal vez el área en la que se producen la mayor parte de esos cambios bio-psico-sociales, lo que se manifiesta en afectos y pensamientos que originan comportamientos que muchas veces involucran el aumento de la curiosidad por temas sexuales y del deseo sexual. Por un lado, los cambios anatómicos y fisiológicos que experimenta el organismo en la adolescencia, y por otro lado las emociones que viven los jóvenes al adaptarse a las nuevas situaciones y prácticas sociales que deben afrontar, pueden hacer que esta resulte una de las etapas más vulnerables del ciclo vital de los sujetos. En este sentido, se considera de suma importancia reconocer que esta etapa de la

vida resulta decisiva respecto de la posibilidad de optar entre estilos de vida saludables o estilos de vida con comportamientos de riesgo. Los estilos saludables podrían garantizarles a los adolescentes y jóvenes una transición hacia la edad adulta que los proteja de enfermedades y otros riesgos, mientras que la opción por estilos de vida con comportamientos menos saludables implicaría algunos riesgos para el mantenimiento de la salud. Lo dicho hasta aquí determina la importancia del abordaje de la temática referida a la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes.

En décadas pasadas, la educación de los adolescentes sobre los aspectos relacionados con la sexualidad era, casi con exclusividad, responsabilidad de los padres. En la actualidad esto ha ido transformándose culturalmente, en parte debido al avance en los medios de comunicación. Como resultado, los adolescentes reciben un gran flujo de información continuo y muy influyente de los medios masivos de comunicación, como la televisión e internet, que no es necesariamente la adecuada. También suelen recibir una gran carga de información de sus amigos, quienes parten de un conocimiento similar, y desarrollan así una visión reducida de la sexualidad, que alimenta mitos sexuales y los lleva en muchos casos a asumir modelos socioculturales hegemónicos en los que el sexo masculino puede adjudicarse un rol de coerción sobre el sexo femenino. De aquí surge que, en gran parte, las actitudes y comportamientos de los adolescentes van a estar determinados por la relación de confianza establecida con el núcleo familiar, y principalmente con los padres, ya que es en el espacio familiar en donde los niños y los adolescentes desarrollan las habilidades y capacidades que necesitan para su desarrollo social, emocional y espiritual. Por ello, en la medida en que estas habilidades y capacidades sean más amplias, el resultado será un joven con valores que le permitan desempeñarse de manera responsable ante su entorno social.

El rol de la escuela en esta cuestión radica en que este es el espacio en el cual los niños y los adolescentes pasan una parte considerable de su tiempo junto a los docentes, y en consecuencia constituye un ámbito social importante de formación, en el que pueden discutirse y esclarecerse las inquietudes referidas a la sexualidad. Se trata de la institución que proporciona a niños y adolescentes la formación de su identidad y el reconocimiento de

sus derechos y responsabilidades más allá de la familia. Los estudios señalan que la escuela debe ser interpretada como un espacio de formación que motive a la reflexión por parte de los adolescentes, y de esta manera promueva la sensibilización de los sujetos para la toma de decisiones responsables. Otros autores coinciden en que la educación sexual debería comenzar lo más temprano posible, y debe impartirse de manera continua a todos los niños y adolescentes, y que deber ser iniciada y asumida por los padres y complementada por la escuela y por los profesionales de la salud.

Es fundamental que el personal de salud trabaje sobre la salud reproductiva de los niños y adolescentes a través de actividades colaborativas con la comunidad y con las escuelas. Se propone aquí una visión que supera los aspectos puramente biológicos de la salud e incluye también sus determinantes sociales, pues se considera que toda acción en salud reproductiva debe tener un carácter multisectorial que involucre tanto a las instituciones de salud como a las de educación, de trabajo, de desarrollo social y, por supuesto, a la familia.

La salud reproductiva en la adolescencia

Se entiende que la sexualidad humana es un conjunto de formas de expresión del ser humano, y que éstas van a estar vinculadas a los procesos somáticos, psicológicos y sociales del sexo, por lo que debe considerársela como una forma de expresión integral del ser humano, ya que abarca el disfrute del amor, del placer y del goce. Pero éste no es el único aspecto, ya que la sexualidad humana es definida por la Organización Mundial de la Salud como: *“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”*

El proceso reproductivo de las personas está determinado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer y del varón, por factores dependientes de otros ámbitos (educación, vivienda) y por factores afectivos y relacionales. La salud reproductiva busca promover en las mujeres y los varones el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de sus vidas. Uno de los aspectos que incluye la salud reproductiva es la procreación responsable, que conlleva la capacidad de tomar decisiones luego de haber recibido una amplia información sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, respetando las convicciones y los deseos de cada uno.

El concepto de Salud Reproductiva es producto de un largo proceso de evolución cuyo origen se remonta a las políticas de control de población, centradas en la disminución de la fecundidad, y que ha evolucionado hasta la conceptualización actual que promueve los derechos reproductivos como asociados al bienestar individual de las personas. El evento que marca específicamente un cambio de paradigma en esta conceptualización fue la IV Conferencia sobre Población y Desarrollo (CIPD) de Naciones Unidas realizada en El Cairo en 1994 (10); a partir de entonces, la salud reproductiva comienza a ser considerada como un *bien social* valioso en sí mismo, independientemente de las características demográficas de la población, con énfasis en el respeto por las decisiones individuales y los derechos humanos. De manera que la CIPD, al subrayar la necesidad de considerar a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, ha centrado sus objetivos en asegurar el acceso voluntario y universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información sobre ella antes de 2015. De este modo se amplía el alcance de los derechos reproductivos, que rompe una visión tradicional al abandonar el enfoque centrado en la fecundidad para sustituirlo por otro que integra salud reproductiva, planificación familiar, educación, igualdad y equidad de género. A propósito de esto, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud sexual como “*un estado de bienestar físico, emocional, mental y el bienestar social en relación con la sexualidad, el cual no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la*

posibilidad de tener experiencias sexuales agradables y seguras, libres de coerción, de discriminación y de violencia. Para que se logre y se mantenga la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser protegidos, respetados y cumplidos”.

Las y los adolescentes y los jóvenes menores de 25 años de edad pueden ser especialmente vulnerables en determinados aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva, ya que existen múltiples obstáculos o barreras para que puedan ejercer plenamente sus derechos a ella, por ejemplo el tener que enfrentarse a restricciones que tienen su origen en la poca autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estos temas, en los mensajes inadecuados o erróneos que reciben de diferentes sectores sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre las temáticas relacionadas con el ejercicio de sus derechos reproductivos y sexuales. Además de algunos factores de orden biológico, las condiciones sociales y económicas influyen de manera considerable en el ejercicio de una sexualidad saludable, debido en parte a que en las comunidades menos favorecidas socioeconómicamente de nuestro país y de nuestra provincia, muchos de los problemas de salud están vinculados a situaciones de desigualdad, pobreza y exclusión que traen consigo obstáculos en el acceso a los servicios sanitarios.

Algunos autores concuerdan en que las mujeres y varones de edades jóvenes que provienen de diversos estratos socioeconómicos presentan trayectorias diferentes en lo relativo a la fecundidad. Una de ellas es más tardía y con menores indicadores de fecundidad, propia de los sectores socioeconómicos medio y alto; otra, que podría caracterizarse por el abandono temprano de los estudios, la maternidad adolescente y con mayores indicadores de fecundidad, más relacionada con los sectores sociales más pobres. Estas diferencias sociales y culturales entre los patrones de comportamiento reproductivo descargan un mayor peso de vulnerabilidad social en adolescentes y jóvenes pobres de ambos sexos. De esta manera, este proceso de vulnerabilización social daría lugar a un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente. Aquí cabe destacar que de los embarazos entre la población menor de 20 años y principalmente en aquellos que provienen de los sectores más pobres, la mayor frecuencia de ellos tiene lugar fuera de uniones estables o

matrimonios, en el grupo poblacional comprendido entre 15 y 17 años. Estos grupos de adolescentes, por lo tanto, quedarían expuestos a procesos de vulnerabilidad socio-educativa que en la mayoría de los casos conducen a una inserción precaria y temprana en el mercado laboral (14). Hemos visto hasta aquí que en relación con la salud, la población de adolescentes y jóvenes enfrentan múltiples dificultades que deben ser abordadas simultáneamente y de manera integral para poder proveer respuestas acordes con la dimensión y la complejidad de los problemas existentes. Esto requiere un enfoque desde una perspectiva interdisciplinaria cuyo eje central sea la salud sexual y reproductiva, y que busque la articulación de acciones entre las distintas instituciones sociales (familia, escuela, iglesia, salud), especialmente sobre la base de enfoques en los que la salud se asume como un derecho humano fundamental.

Los Derechos Sexuales*

Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en diversos Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos. Ellos incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a ejercer:

- el más alto nivel posible de salud sexual, incluyendo el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva;
- buscar, recibir y difundir información sobre la sexualidad;
- educación sexual;
- respeto a la integridad corporal;
- elección de la pareja;
- decidir el ser sexualmente activo o no;
- relaciones sexuales consensuadas;
- matrimonio consensuado;
- decidir si hacerlo o no, y cuándo tener hijos, y
- llevar una vida satisfactoria, sexualmente segura y placentera.

El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respeten los derechos de los demás.

La promoción de la salud reproductiva en el ámbito comunitario

El accionar en salud reproductiva en la comunidad debería tomar como base fundamental lo establecido en la legislación vigente en la Argentina, que a través de la Ley Nacional N° 25673 sobre Salud Sexual y Procreación responsable, creó en el año 2003 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual establece que se debe brindar

* Traducido de: World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.

capacitación a educadores, trabajadores sociales y otros operadores comunitarios para poder cumplir los objetivos de la Ley que son entre otros: alcanzar en la población el nivel más elevado de salud sexual, con el fin de que se pueda adoptar decisiones libres de discriminación y de violencia, disminuir la morbi-mortalidad materno infantil, prevenir los embarazos no planificados, promover la salud sexual de adolescentes, contribuir a la prevención y detección precoz de ETS, del virus VIH y patologías genitales y mamarias. Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestación de servicios referidos a la salud sexual y reproductiva y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y a la procreación responsable. Asimismo, plantea la necesidad de detectar las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se debe buscar el fortalecimiento y la mejora de los recursos comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención.

En ese sentido, el papel del sector salud consiste en favorecer el acceso oportuno a servicios adecuados y a las necesidades específicas de la población que los usa, de buena calidad, posibilitando además el acceso a la anticoncepción en el contexto de una atención integral en un servicio de salud reproductiva. Además del trabajo y la participación del sector educación y de las distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de la sociedad en pos del efectivo ejercicio de la salud sexual y reproductiva como derecho, es necesaria la participación femenina en la toma de decisiones, en la promoción en la comunidad de espacios de acción para el desarrollo de conocimientos básicos sobre esta temática, a partir del fortalecimiento y mejora de los recursos comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir ciertos niveles de promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario.

La promoción de la salud reproductiva en la comunidad implica estimular acciones que tiendan a desplegar una vida saludable dentro de los valores que cada grupo social sostiene, reconociendo los problemas que las diferentes poblaciones deben enfrentar. Por ello resulta imprescindible conocer las prácticas culturales y los discursos existentes en torno a la sexualidad y a la reproducción en las distintas organizaciones de la comunidad (escuelas,

iglesias, organizaciones barriales). Es aquí donde el vínculo de las organizaciones con la población resulta fundamental para el despliegue y soporte de las acciones que se pretenden desarrollar. Aunque el discurso de la salud sexual y reproductiva está presente en muchos ámbitos de la sociedad y en muchas de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, el despliegue de las acciones impulsadas desde el área de salud en torno a la temática de la sexualidad todavía no ha logrado penetrar en estos espacios comunitarios de manera significativa. Por ello, desde hace un tiempo existe un consenso generalizado sobre la necesidad de trabajar la temática abordándola desde sus múltiples dimensiones, tratando de trascender los límites de la mera información para promover la reflexión, desplegar estrategias que generen cuestionamientos, participación activa, reconocimiento de los conflictos y búsqueda de soluciones, buscando dar participación a los propios protagonistas. En la construcción de estos espacios, el rol que juegan las instituciones, las organizaciones comunitarias y sus referentes es fundamental para apuntalar el compromiso y participación de todos.

La participación de los padres en las acciones de promoción de la salud reproductiva que involucren a sus hijos se transforma en una herramienta fundamental, ya que los padres constituyen un eslabón necesario para la educación de la sexualidad responsable en los adolescentes. Existen estudios que muestran la necesidad de participación de los padres en las acciones de promoción de la salud reproductiva de los jóvenes y adolescentes. Paradójicamente, y si bien los adolescentes de hoy tienen una necesidad de reforzar la comunicación con los padres, el hecho de hablar sobre sexo, especialmente con los adolescentes se convierte en un ejercicio socioculturalmente difícil. La falta de comunicación entre padres y adolescentes sobre la sexualidad puede llevar a estos a buscar información en fuentes no adecuadas, lo que a su vez los podría llevar a prácticas de relaciones sexuales desprotegidas o con múltiples parejas, entre otras. Algunos estudios muestran las brechas de comunicación que existen entre los padres longevos (especialmente los padres) y los adolescentes; sus causas estarían relacionadas a conflictos de patria potestad, de agresión o violencia contra los adolescentes, de falta de respeto y obediencia por parte de los adolescentes hacia los padres.

Los determinantes sociales de la salud reproductiva en la adolescencia

Se ha descrito que las diversas condiciones de salud sexual y reproductiva, como así también las decisiones que cada persona toma, no están exclusivamente determinadas por factores individuales, ya que se despliega toda una variedad de factores sociales, culturales, económicos y sanitarios, entre otros, que pueden contribuir tanto a resultados positivos como a resultados negativos en la salud reproductiva de adolescentes, de jóvenes y de toda la población en general. Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y consisten en las condiciones de vida que impactan en la salud de las personas; deben tenerse en cuenta cada vez que se planifiquen acciones comunitarias de promoción de la salud reproductiva que involucren a la población adolescente y joven.

La educación

Mónica Gogna afirma que es innegable el efecto protector que tiene la educación sobre la salud reproductiva de los adolescentes, ya que hay evidencia científica que demuestra que a medida que aumenta la escolaridad también aumenta la probabilidad de utilizar algún método anticonceptivo en la iniciación sexual. De esto resulta la necesidad de trabajar en la retención de las niñas y los niños, de las y los adolescentes en el sistema educativo, como así también trabajar para que la tasa de alfabetismo alcance la mayor cobertura posible en todas las jurisdicciones poblacionales.

La familia, el grupo de pares y las redes de apoyo social

La familia, los amigos y la presencia de redes de apoyo social son factores que podrán influir de manera positiva en la medida en que los adolescentes logren establecer relaciones significativas con padres, educadores, pares y redes de apoyo social. Estos pueden representar ámbitos favorables para el desarrollo de factores protectores frente al inicio temprano de la actividad sexual, al uso de sustancias psicoactivas, y a la violencia. Cuando los adolescentes tienen la posibilidad de mantener viva la confianza y de conversar con sus familias, el proceso de toma de decisiones tendrá más referentes, no estará limitado a la

información que circule entre su grupo de pares, y así podrá convertirse en un factor protector.

La pobreza

Las condiciones de desigualdad, pobreza y exclusión pueden dificultar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, así como el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Hay evidencia de que los adolescentes y jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una edad temprana, quedar embarazadas y tener más hijos. Así también, se ha determinado el efecto de la pobreza sobre la utilización de anticonceptivos en la iniciación sexual y en el cuidado prenatal en primíparas, mediante un estudio que ha demostrado que, a igual nivel educativo, las condiciones materiales de vida que implican un acceso diferencial a las oportunidades y recursos materiales jugaron un papel importante en la posibilidad de postergar la maternidad y de mejorar la cantidad de controles prenatales en madres primíparas jóvenes.

Los medios de divulgación masiva

Los medios de comunicación masiva, como la televisión e internet, pueden tener una gran influencia sobre adolescentes y jóvenes; estos medios contribuyen al afianzamiento de ciertas normas sociales y culturales sobre la sexualidad y sobre los roles de género. Cabe destacar que a veces puede resultar difícil la valoración del aporte de estos medios a la promoción de la salud reproductiva. Los medios de alcance “más local”, como los boletines vecinales y las estaciones de radio, pueden resultar aliados más convenientes en el fortalecimiento de las actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes.

La cultura

La cultura modela de múltiples maneras la forma en que las personas aprenden y expresan su sexualidad, y la forma en que toman las decisiones en relación con determinados comportamientos sexuales, roles de género, actitudes, creencias y valores. Los estereotipos

de género y los roles sociales son a menudo un producto emergente de la articulación entre lo biológico y lo cultural. Por consiguiente, la cultura refuerza modelos socialmente legitimados que se exponen ante los adolescentes y que reconstruyen, entre otras cosas, las relaciones de poder entre varones y mujeres.

A continuación se presentan algunos principios básicos que deben guiar las intervenciones comunitarias en materia de salud reproductiva:

- La autonomía y la autodeterminación: dado que mujeres y varones deben tener la capacidad y el derecho de tomar su propia decisión libre y basada en informaciones precisas.
- Capacidad de respuesta a las necesidades cambiantes: ya que los servicios de salud deben responder a las necesidades cambiantes de mujeres y varones en todo su ciclo de vida.
- Comprensión integral de la sexualidad: las intervenciones deben abordar e integrar factores emocionales, psicológicos y culturales en la planificación y prestación de acciones promotoras de salud reproductiva.
- La confidencialidad y la privacidad: en tanto la sexualidad involucra aspectos íntimos de la vida de las personas. Los individuos tienen el derecho a no ser identificados u obligados a compartir la información y el derecho a que no se divulgue a otras personas información sobre ellos.
- La diversidad: el diseño de las actividades promotoras de salud reproductiva debe tener en cuenta las prácticas culturales, tradiciones, creencias y valores individuales, y factores tales como la orientación sexual, enfermedades, la edad o la discapacidad.
- Equidad: tener en cuenta las necesidades de manera específica para cada sexo, pero con cuidado de no perpetuar los estereotipos tradicionales y hegemónicos. Dado que las mujeres tradicionalmente tuvieron menos acceso a la información, los servicios y la educación, se debe tender a la corrección de esas inequidades de género a través de intervenciones que empoderen a las mujeres.
- Juicios de valor: todas las personas involucradas en la promoción de la salud reproductiva deben respetar los valores individuales, y abstenerse de juzgar e imponer sus propios puntos de vista sobre los demás.

Bibliografía

1. Peláez Mendoza J. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2012 Jun 28]; 34(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200005&lng=es.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
3. Bessa Jorge M, Vasconcelos Fiuza, G, Oliveira Queiroz M. La fenomenología existencial como posibilidad de comprensión de las vivencias del embarazo en adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(6): 79.
4. Tarazona Cervantes D. El comportamiento sexual y su vinculación con variables psicológicas y demográficas en estudiantes de quinto año de educación secundaria. Tesis para optar por el Título Profesional de Psicólogo. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
5. Pliego Pilo G, Díaz Jiménez E, Alarcón Diana M, Martínez Serrano P. Autonomía del Menor Maduro en su salud reproductiva. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2012 Jun 30]; 15(54): 39-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200008>.
6. Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Jun 30]; 37(3): 387-398. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011&lng=es.
7. Rodrigues M, Cosentino S, Rossetto M, Maia K, Pautz M, Silva V. Talleres educativos en sexualidad del adolescente: la escuela como escenario. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2012 Jun 30]; (20): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300009>.
8. Oliveira Thays C, Carvalho L, Silva M. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reproductiva dos adolescentes. *Rev. bras. enferm.* [Serial on the Internet]. 2008 June [cited 2012 June 30]; 61(3): 306-311. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300005>.
9. World Health Organization. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.
10. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 1995.
11. Zamberlin N. La otra mitad: un estudio sobre la Participación Masculina en el Control de Fecundidad. En Gogna, M. (edit.) *Femineidades y Masculinidades*. CEDES: Buenos Aires; 2006.

12. World Health Organization. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.
13. Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV N° 85. Santiago de Chile; 2007.
14. Adaszco, A. Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. Capítulo 2. En Gogna M. Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires: CEDES; 2005: 33-65.
15. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ley 25.673/2003. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
16. Sacchi M, Abeldaño Zúñiga A, Bignon M. Los/as adolescentes y el ejercicio de la sexualidad como derecho. *Medicina y Sociedad*. 2009; 28(1). Disponible en: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/25_Marzo2009/sachi.htm
17. DiIorio C, Kelley M, Hockenberry-Eaton M. Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *J Adolesc Health*. 1999; 24:181–9.
18. Some DT, Some DA, Hien H, Diallo R, Zingue D, Diallo I, Diagbouga S, Dao B. Santé sexuelle et reproductive des adolescents de Bobo Dioulasso, Burkina Faso: place de la communication parents-adolescentes pour la réduction des risques. *Pan Afr Med J*. 2012; 11: 65.
19. MASSN-MS-UNFPA-Population Council. Etude diagnostic au niveau communautaire sur le vécu des adolescents(es) et de leurs besoins en santé de la reproduction au Bazéga et au Gourma; 2002.
20. MASSN-MS-UNFPA- Population Council-DFID. Revue des politiques et des programmes sur la santé de la reproduction des adolescents au Burkina Faso; 2002.
21. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008.
22. Gogna M. Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas. Capítulo 10 en Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Gogna, M et.al. 1ª ed. Buenos Aires: CEDES, 2005.
23. Boler T, Jellema A. Inercia mortal, Un estudio comparado entre países sobre las respuestas al VIH/SIDA. Noviembre 2005.
24. Lhamsuren K, Choijiljav T, Budbazar E, Vanchinkhuu S, Blanc D, Grundy J. Taking action on the social determinants of health: improving health access for the urban poor in Mongolia. *Int J Equity Health*. 2012; 11: 15.

25. Van Rossem R, Meekers D. The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia. *BMC Public Health*. 2007; 7: 352.
26. Sacchi M, Bignon M, Portal C, Abeldaño A, Rosas J. Una perspectiva de género de estudiantes universitarios. En: *Jornadas de Salud y Población*; Buenos Aires; 2007 Ago 8-10. Buenos Aires. Instituto de Investigación Gino Germani; 2007.



El aula, la escuela y la comunidad educativa en general son espacios importantes para aprender a ser actores en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, mediante la realización de actividades para mejorar y/o proteger la salud de los sujetos, y la adquisición de habilidades básicas para la adopción de estilos de vida más saludables.

Las estrategias y/o modalidades utilizadas en las escuelas, se implementan en el marco de decisiones políticas gubernamentales que se interpretan y contextualizan en cada institución educativa. Uno de los aspectos importantes es el de los contenidos e intencionalidades sobre salud que se transmitirán en la escuela, los que se materializan en el currículum como documento oficial donde se define el conocimiento que se considera valioso para la formación de los estudiantes. Se trata de una selección particular de un universo mayor, por lo que se transforma en un acto político orientado por determinadas intencionalidades.

En el contexto de este libro, este capítulo se propone identificar cuestiones referidas a la salud, a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades en los Diseños Curriculares de la Provincia de Córdoba (2011-2015), para lo cual se indagará sobre contenidos, objetivos, comunicación y estrategias de enseñanzas. Estos documentos se enmarcan en principios y valores inspirados en la Constitución Nacional (1994), la Constitución Provincial (2001), la ley Nacional de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005), la ley de Educación Nacional N° 26.206 (2006), la ley de Educación de la Provincia de Córdoba N° 9870 (2010) y los acuerdos del Consejo Federal de Educación. También se fundamenta en la concepción antropológica y ética de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Específicamente, el corpus a analizar está formado por los diseños curriculares vigentes de Educación Inicial, Educación Primaria y Educación Secundaria (2011-2015) y de las disciplinas y áreas relacionadas con la salud, tales como Ciencias Sociales, Ciencias Naturales y Tecnología en Educación Inicial; Ciencias Naturales y Tecnología (Primer Ciclo) y Ciencias Naturales (Segundo Ciclo) en Educación Primaria; Ciencias Naturales (Física, Química y Biología) en el Ciclo Básico y Biología, Física y Química en el Ciclo

Orientado en Ciencias Naturales y en el espacio de opción para cada institución:
Educación para la Salud en Educación Secundaria.

1. Salud, promoción de la salud y prevención de las enfermedades en los diseños curriculares

1.1 Educación Inicial¹

En el Diseño Curricular de Educación Inicial se considera que la acción de enseñar no puede reemplazarse por la acción de cuidar o asistir, reconociendo que ambas acciones forman parte la educación integral. Este nivel educativo está organizado en campos de conocimiento, que comprenden conocimientos de diferentes disciplinas, como Ciencias Sociales, Ciencias Naturales y Tecnología; Educación Artística, Educación Física, Identidad y Convivencia, Lengua y Literatura, y Matemática. Asimismo, se especifica que los aprendizajes y contenidos propuestos en el diseño no deben abordarse de manera fragmentada sino integrada, teniendo en cuenta las necesidades y potencialidades de los niños.

Durante este proceso formativo de los 3, 4 y 5 años se favorece el logro progresivo de las siguientes capacidades: expresar y comunicar experiencias y sentimientos a través distintos lenguajes; resolver situaciones problemáticas de la vida cotidiana mediante diferentes procedimientos; desarrollar actitudes solidarias, de cooperación y respeto; interactuar con el ambiente natural y social, y contribuir a su preservación y cuidado; conocer y cuidar el propio cuerpo y el de los demás; y desarrollar destrezas motoras.

En relación con las Ciencias Sociales, las Ciencias Naturales y la Tecnología, en la educación inicial el organizador transversal de los contenidos es el ambiente, a partir del cual se proponen los conceptos de diversidad, interacciones y cambios, continuidades y

¹ Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaría de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Inicial. (2011- 2015)

permanencia, tiempo y espacio, seres vivos, objetos y materiales. Para la sala de 3 y 4 años se propone un tratamiento integral de los contenidos a partir de exploración del ambiente y para la sala de 5, un tratamiento de los contenidos que avance gradualmente a partir de ambiente: de su complejidad, diversidad, identidad, interacciones y cambios.

Ciencias Sociales, Ciencias Naturales y Tecnología en el Diseño Curricular de Educación Inicial

En esta instancia de formación, una de las funciones primordiales es fomentar y favorecer la profundización y el enriquecimiento de los conocimientos del niño sobre el entorno, las interrelaciones y sus cambios, a fin de favorecer una mirada cuestionadora de lo cotidiano.

Los contenidos que se abordan en este nivel son: el propio cuerpo, sus partes, algunas funciones y cambios; los seres vivos, sus principales necesidades, relaciones con el ambiente y cambios; el ambiente y el cuidado de la vida; diferentes tipos de alimentos; hábitos y conductas responsables para la protección y promoción de una vida saludable. Además: distinción entre lo que nos enferma o nos mantiene sanos; identificación y apropiación de acciones individuales y sociales para la protección y fortalecimiento de la salud; reconocimiento de profesionales e instituciones que se encargan de la salud; importancia de la alimentación para la vida, el crecimiento y la salud.

Los objetivos de aprendizaje a lograr por el alumno son: conocer, cuidar, valorar y explorar el propio cuerpo; reconocer las características de los seres vivos, sus necesidades y relaciones con el ambiente; describir cambios en el ambiente y en el propio cuerpo; reconocer algunas actitudes y conductas responsables que favorezcan el cuidado de sí mismo y de los otros; identificar la alimentación como importante para los seres vivos, para el crecimiento y la salud del hombre, reconocer los diferentes tipos de alimentación y conocer normas de higiene y seguridad.

En cuanto a la comunicación se reconoce lo siguiente: posibilidad de expresarse a través de los lenguajes verbales y no verbales y de ser escuchado; habilitar un espacio de escucha y de imaginación; expresar y comunicar sentimientos, experiencias, ideas en

diferentes lenguajes; y poner de manifiesto actitudes de respeto hacia sí mismos y hacia los demás en el proceso de interacción.

En relación con las estrategias de enseñanza: fomentar la curiosidad y favorecer el desarrollo de actitudes de respeto por las formas diferentes de vida; promover conversaciones sobre los conocimientos que se tiene de sí mismo y de los otros, a fin de identificar partes del propio cuerpo y diferencias corporales distintivas entre un niño y una niña, hacia la progresiva conciencia de la identidad sexual. Asimismo, las acciones se orientan a reconocer el cuerpo como un sistema; también, a partir del conocimiento biológico corporal, explorar emociones, sensaciones y sentimientos; reconocer a la salud desde una perspectiva integral, como un derecho y una responsabilidad individual y social; y comprender que la enfermedad es causada tanto por alteraciones químicas o biológicas como por interrelaciones de la persona con su entorno social y ambiental. Igualmente, se propone fomentar la participación de la comunidad educativa, de los padres y vecinos de manera que se acompañe el desarrollo y la apropiación de hábitos relacionados con el cuidado de la salud, con la importancia de una alimentación saludable, de las costumbres alimenticias locales, de los platos típicos, su significado y preparación.

1.2 Educación Primaria²

El Diseño Curricular de Educación Primaria establece su obligatoriedad desde los 6 años y comprende seis años de estudio, organizados en ciclos. Éstos se estructuran en un Primer Ciclo que incluye primero, segundo y tercer grado y un Segundo Ciclo que comprende cuarto, quinto y sexto grado. Incluye los siguientes espacios curriculares: Lengua y Literatura, Matemática, Ciencias Sociales y Tecnología, Ciencias Sociales, Ciencias Naturales y Tecnología, Ciencias Naturales, Educación Física, Educación

² Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaría de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Primaria. (2011- 2015)

Artística, Identidad y Convivencia, Ciudadanía y Participación, y Educación Tecnológica. Los aprendizajes y contenidos vinculados a Educación Sexual han sido incorporados a los diferentes espacios curriculares de la propuesta. La finalidad de este nivel es proporcionar una formación integral, básica y común, que posibilite la integración y participación activa en la comunidad, el desarrollo de las habilidades lingüísticas, cognitivas y comunicativas.

Los contenidos de las Ciencias Naturales están organizados en tres ejes: *“el mundo de los fenómenos físico-químicos”*, *“el mundo de los seres vivos y la tierra”* y *“el universo y sus cambios”*. También se ha considerado el enfoque ciencia, tecnología, sociedad, ambiente y valores, debido a que contribuye al análisis de las problemáticas relacionadas con la salud y el ambiente. Estos contenidos se han seleccionado como estructurantes por su mayor nivel de abstracción, amplitud y complejidad.

Ciencias Naturales y Tecnología/Ciencias Naturales en el Diseño Curricular de Educación Primaria

Los contenidos a enseñar en esta área proceden de diferentes campos del saber científico –Biología, Física, Química– a los que se suman los aportes de la Astronomía y las Ciencias de la Tierra, que se abordan en estrecha relación. Desde temprana edad, la curiosidad espontánea contribuye a que las personas se formulen interrogantes sobre el propio cuerpo, los otros seres vivos, los objetos y todo lo que se observa, y también a que se interroguen constantemente sobre cómo y por qué ocurren los fenómenos naturales. También se favorece el desarrollo de una disposición a mejorar la calidad de vida personal y colectiva, a la preservación de la salud y el buen estado físico, así como también al logro de una actitud sana y responsable hacia la sexualidad en un contexto de respeto entre las personas y equidad entre los géneros.

Además, la Educación para la Salud y la Educación Sexual Integral se incluyen como parte fundamental de la enseñanza y el aprendizaje en Ciencias Naturales y Tecnología / Ciencias Naturales e impregnan toda la propuesta. En este nivel educativo, se recomienda prestar atención a los temas vinculados con la preservación de la salud y darle prioridad a la promoción de la salud desde un enfoque integral, y en ese contexto

abordar la sexualidad humana de manera responsable, que incluya tanto los aspectos biológicos como los afectivos y éticos de la reproducción humana. Para ello, no basta con enseñar cómo funciona el cuerpo humano, sino también a valorarlo como algo insustituible y único y a desarrollar hábitos y actitudes saludables.

Como finalidad formativa, las ciencias naturales se orientan, entre otras cosas, a *“Promover la valoración y defensa de la vida en todas sus expresiones y de la calidad de vida como ejes de toda acción social”*.

En cuanto a los objetivos del aprendizaje en relación con la salud: reconocer las partes del cuerpo humano y los cambios causados por el crecimiento; la localización de los órganos, su estructura y funciones en el cuerpo humano; reconocer el afecto, cuidado y valoración del cuerpo humano y las funciones de nutrición, relación y reproducción.

Se promueve el conocimiento y desarrollo de hábitos saludables y medidas de preservación de la salud. También, de las funciones de sostén y locomoción, de la importancia de la prevención de enfermedades, y del desarrollo de actitudes responsables ante la sexualidad.

Se identifican los siguientes contenidos: el reconocimiento de caracteres sexuales de mujeres y varones; la apropiación de hábitos de cuidado personal en cuanto a higiene y alimentación; el reconocimiento de las vacunas como medio de defensa y prevención de enfermedades; la identificación de órganos que constituyen el sistema reproductor masculino y femenino; el reconocimiento de la nutrición; el reconocimiento de la capacidad de reaccionar ante estímulos por la intervención de los sistemas nervioso, osteo-artro-muscular y de defensa; la identificación del sistema de defensa, sus barreras primarias y el sistema formado por los glóbulos blancos y los anticuerpos; la función de nutrición en el organismo humano y sus relaciones con los sistemas circulatorio, digestivo, respiratorio y urinario; la identificación de las relaciones entre los órganos de los sentidos; la acción del cerebro y la respuesta motora; el reconocimiento de la energía involucrada en la locomoción; la comprensión del funcionamiento del sistema osteo-artro-muscular; la identificación y localización de los principales huesos, articulaciones y músculos en su propio cuerpo; localización de los órganos del aparato digestivo y sus funciones; el reconocimiento de enfermedades derivadas de la mala postura o carga de

peso sobre el cuerpo; el reconocimiento de la relación entre dieta equilibrada, refuerzo físico y/o sedentarismo; entre dieta equilibrada y mantenimiento de la salud; el reconocimiento de enfermedades y la forma de prevenirlas; la identificación de las particularidades y diferencias anatómo-fisiológicas de mujeres y varones; el reconocimiento de la célula; de los procesos humanos vinculados con el crecimiento, el desarrollo y la maduración; la identificación de la fecundación; el reconocimiento de las implicancias afectivas de los cambios en la infancia y pubertad; el reconocimiento de las emociones y sentimientos vinculados a la sexualidad; el reconocimiento de aspectos de la atención de la salud sexual y reproductiva; la importancia de la prevención de infecciones de transmisión sexual.

En cuanto a la comunicación, se busca información en fuentes orales y escritas, clasificar objetos y fenómenos, expresarse y comunicarse cada vez con mayor claridad, valorar los aportes propios y ajenos, mostrando actitud de respeto y colaboración.

En cuanto a la estrategias de enseñanza, se sostiene una propuesta genere oportunidades para que los alumnos puedan: utilizar de manera significativa los conocimientos, trabajar a partir del contacto con los elementos y eventos de lo cotidiano, reflexionar sobre las experiencias propias y ajenas, promover la capacidad de preguntar, desarrollar la observación, el diálogo y los intercambios de opiniones, buscar información en diversas fuentes, formular y comprobar anticipaciones, desarrollar habilidades y estrategias de pensamiento científico, desarrollar el respeto hacia el pensamiento ajeno, argumentar las ideas propias, estimular el uso de diferentes tipos de registros, promover salidas de campo y trabajar en equipo.

1.2. Educación Secundaria³

En el Diseño Curricular de Educación Secundaria se establece que la Educación Secundaria está estructurada en dos Ciclos, uno básico y otro orientado, ambos de tres

³ Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaria de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Secundaria. Ciclo Básico. (2011- 2015)

años de duración. El primero brinda las oportunidades de afianzar los aprendizajes considerados básicos para su desarrollo personal y su desempeño cívico y social. El segundo, situado entre lo académico y lo técnico, profundiza la formación del ciudadano, la preparación para proseguir estudios superiores y la formación para el mundo del trabajo.

Los saberes en el Ciclo Básico y en el Ciclo Orientado están organizados en campos: de Formación General y Formación Específica. El primero incluye los saberes básicos para garantizar el conocimiento y la interlocución activa de los estudiantes con la realidad. Se lo considera el núcleo de formación común de la Escuela Secundaria. El segundo campo, de la Formación Específica, amplía la Formación General, propicia una mayor cantidad y profundidad de saberes del área respectiva. La propuesta de formación para la Educación Secundaria cuenta con dos modalidades: una denominada Educación Secundaria Orientada y otra, Educación Secundaria Técnico-Profesional.

La propuesta formativa se desarrolla a través de espacios curriculares que adquieren diferentes formatos, tales como: materia, taller, proyecto, laboratorio y seminario, entre otros. Los contenidos seleccionados en este diseño resultan imprescindibles para la formación posterior de los estudiantes e incluyen temas de las Ciencias Naturales. Asimismo, las disciplinas se relacionan por su carácter metodológico, que incluye lo experimental, y el desarrollo de valores relacionados con una actitud científica reflexiva, comprometida y crítica.

Los ejes organizadores de los aprendizajes y contenidos en el Ciclo Básico son los siguientes:

Primer año “Los seres vivos: diversidad, unidad, interrelaciones, continuidad y cambio y en Física: los fenómenos del mundo físico”.

Segundo año: “Los materiales: estructuras, propiedades e interacciones y en Biología: los seres vivos: diversidad, unidad, interrelaciones, continuidad y cambio”.

Tercer año “Los materiales y sus cambios y en Física: los fenómenos del mundo físico”.

Los ejes organizadores de los aprendizajes y contenidos en el Ciclo Orientado son los siguientes:

Biología en Cuarto, Quinto y Sexto año cuenta con dos ejes: el primero, “*Unidad, diversidad, Continuidad y Cambio*” y el segundo, “*El organismo humano y la calidad de vida*”.

También se incluyen los Espacios de Opción Institucional (EOI), los que tienen la función de contextualizar, articular, profundizar y ampliar los aprendizajes y contenidos de la formación específica de cada orientación. Debido a las características de esta orientación se propone un abanico de opciones para que cada escuela las adapte a la propuesta institucional en el marco de su proyecto pedagógico. Cabe destacar que dentro de estas opciones se encuentra “Educación para la Salud”.

Ciencias Naturales en el Diseño Curricular del Ciclo Básico de la Educación Secundaria

Se propone la presentación y contextualización de los contenidos a partir de problemas significativos y desafiantes, y a la vez la profundización y ampliación de los conceptos impartidos en la Educación Primaria.

Los contenidos que se abordan corresponden a Biología, Física y Química.

Los objetivos en Primer Año, para Biología, proponen que los alumnos sepan interpretar e inferir las diversidad de las consecuencias de las decisiones y acciones humanas sobre la salud, participar en acciones de prevención de la enfermedades y protección de la salud, aplicar normas de seguridad e higiene utilizando los materiales e instrumentos de laboratorio, identificar niveles de organización, reconocer a la célula como unidad estructural y funcional, reconocer al organismo humano como sistema complejo, abierto e integrado, comprender los sistemas de órganos, la nutrición y sus funciones, la nutrición del organismo humano y los hábitos alimentarios del organismo humano.

Los contenidos de Biología para primer año:

“Eje: los seres vivos: diversidad, unidad, interrelaciones, continuidad y cambio”.

Conceptualización sobre los niveles de organización de los seres vivos; en especial las nociones de célula, tejido, órgano y sistemas de órganos.

“Eje: el organismo humano desde una visión integral”.

Construcción de la noción de organismo humano como complejo, abierto e integrado; comprensión de las funciones de la nutrición; interpretación de la integración de las funciones de digestión, respiración, circulación y excreción en el organismo humano; reconocimiento de nutrientes en el organismo humano y hábitos alimentarios, dietas saludables; reconocimiento de que los alimentos y los seres vivos contienen en su composición patrones químicos comunes; reconocimiento de los factores que influyen en los hábitos alimentarios; conocimiento de los aspectos biológicos, sociales y culturales de los problemas de salud asociados con la nutrición: bulimia, anorexia, obesidad y desnutrición; indagación y análisis crítico sobre la construcción social e histórica del ideal de la belleza y del cuerpo para varones y mujeres; preservación de la vida.

Los objetivos en segundo año para Química y Biología, de manera conjunta, son: interpretar e inferir la diversidad de las consecuencias de las decisiones y acciones humanas sobre la salud; valorar la salud desarrollando actitudes de prevención y protección de la salud; y aplicar las normas de seguridad e higiene en el laboratorio.

Particularmente en Biología, se busca comprender el organismo humano como sistema, abierto, complejo, coordinado y que se reproduce; desarrollar la conciencia corporal para promover el autoconocimiento y cuidado de la salud y actitudes de respeto hacia los seres vivos y el cuidado y promoción de la salud.

Los contenidos de Biología en segundo año, en el eje “*los seres vivos: diversidad, unidad, interrelaciones, continuidad y cambio*”: son la aproximación al conocimiento de las teorías que explican el origen de la vida y en el eje “*el organismo humano desde una visión integral*” son el avance en la construcción de la noción del organismo humano como sistema complejo, abierto e integrado; análisis, reconocimiento e interpretación de situaciones asociadas a la función de relación en el organismo humano; reconocimiento de sustancias que alteran las funciones de relación y de los factores que impulsan al consumo de las mismas, en particular drogas, tabaco y alcohol; comprensión del mecanismo de homeostasis: equilibrio hídrico, térmico; reconocimiento y caracterización de las estructuras y procesos relacionados con la reproducción humana; comprensión de la mitosis como mecanismo de reproducción de organismos y

producción o renovación de tejidos; comprensión de la meiosis como mecanismo de producción de gametos; interpretación de las connotaciones bioéticas que involucra la investigación de la ingeniería genética en los ámbitos de la salud: manifestación de actitudes que contribuyan al cuidado del propio cuerpo y el de los demás y a la toma de decisiones responsables.

Los objetivos para tercer año, comunes a Química y Física, se orientan a interpretar e inferir la diversidad de las consecuencias de las decisiones y acciones humanas sobre la salud; valorar la salud; desarrollar actitudes de prevención y protección; y aplicar normas de seguridad e higiene en el laboratorio.

En cuanto a los contenidos de estas asignaturas, se identificaron: la utilización de material de laboratorio aplicando normas de seguridad e higiene; elaboración y análisis de argumentos para justificar explicaciones y la toma de decisiones en relación a la salud; la reflexión sobre el uso de recursos naturales vinculados a la preservación y cuidado de la vida.

En lo que hace a la comunicación, se trabaja de manera cooperativa en interacción con los pares. Se utiliza una variedad de formas de comunicación, tales como registro de observación, informe, texto argumentativo, procesamiento de datos para su interpretación, y elaboración de gráficos, cuadros y diagramas. En relación con estas últimas, se da importancia a la correlación de lenguajes, puesto que algunos datos se pueden presentar de diversos modos.

Las estrategias de enseñanza proponen un abordaje integrador de las Ciencias Naturales para avanzar hacia visiones disciplinares, que comienza con la enseñanza de la Biología, la Física y la Química. Además se orientan hacia la integración de conceptos, teorías, procedimientos, actitudes y modelos que propicien una visión adecuada de estas ciencias y fomenten el respeto por el pensamiento ajeno.

En Biología se favorece particularmente la interpretación de conceptos y procesos biológicos, la formulación de preguntas, el fomento del trabajo cooperativo, el desarrollo de habilidades y destrezas psicomotoras, y el desarrollo de la capacidad de interpretación, explicación y argumentación de hipótesis. El organismo humano se aborda a partir de la identificación de los comportamientos en su relación con el medio y

de las necesidades que se deben satisfacer para sobrevivir. También se consideran como parte de esta área a la presentación de experiencias, la realización de maquetas, el preparado de material fresco, las situaciones donde se integren varias funciones del sistema nervioso, los dibujos, las microfotografías o fotografías y las actividades experimentales.

En cuanto a la Química, se la plantea como una disciplina con distintas miradas para evitar visiones parcializadas y vincularla con lo abordado en Biología, específicamente lo relacionado con la química de los seres vivos y el ambiente. Para la Química, se fomenta que los estudiantes tomen contacto con ella desde sus propias vivencias, a partir de la revisión analítica de lo que los rodea, el reconocimiento del papel que juega el contexto en su cuerpo y en la salud, y la reflexión sobre materiales que pueden causar problemas en la salud.

El Diseño Curricular de Educación Secundaria. Orientación Ciencias Naturales⁴

El Ciclo Orientado está conformado por dos campos: el de la Formación General y el de la Formación Específica. Pretende focalizar, integrar y desarrollar los contenidos de los espacios propios del campo de la Formación General y procura garantizar la apropiación de los saberes agrupados en el Campo de la Formación Específica, propios del Bachillerato en Ciencias Naturales. Igualmente, promueve un abordaje integrado y complementario de otras temáticas: salud, sexualidad, alimentación, prevención de adicciones, entre otros.

La Orientación en Ciencias Naturales aborda los saberes referidos a los procesos de la naturaleza –hechos y fenómenos– y su interacción con lo social. Integra –desde dos perspectivas: interdisciplinar y multidisciplinar– aportes de las Ciencias Naturales (la Biología, la Química, la Física, la Astronomía, la Geología y la Meteorología), las

⁴ Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaría de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Secundaria. Ciclo Orientado Ciencias Naturales. (2011- 2015)

Ciencias de la Salud y del Ambiente, con énfasis en la producción del conocimiento científico y la importancia de estas ciencias en la sociedad.

Los objetivos de cuarto, quinto y sexto año para Biología, orientados a la formación ciudadana, tienen como finalidad continuar con el desarrollo de la alfabetización científica iniciado en los niveles educativos anteriores, profundizar el conocimiento sobre los seres vivos, en particular el del organismo humano y sus relaciones con el entorno, a partir de su vinculación con la protección de la salud, el cuidado del ambiente y la continuidad y valoración de la vida. Asimismo se propone interpretar algunas aplicaciones y limitaciones de la manipulación genética en el ser humano y sus bioéticas; comprender la salud como estado de bienestar físico, psíquico y social en un contexto; conocer y apreciar el propio cuerpo; afianzar hábitos de cuidado y salud; valorar la importancia de la prevención de adicciones; participar en acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud en la escuela y comunidad; desarrollar actitudes de prevención con temas de salud sexual y reproductiva; identificar relaciones entre las problemáticas ambientales y las de salud; valorar prácticas saludables de alimentación; identificar los efectos de la salud producidos por la carencia de nutrientes y el exceso de alimentos.

Los contenidos de Biología abarcan la comprensión de transmisión de la información hereditaria en los seres vivos (genes, cromosomas, ADN y ARN), interpretación de mecanismos hereditarios, reconocimiento de enfermedades genéticas, conceptualización de salud y enfermedad, caracterización de los factores determinantes de salud, profundización del funcionamiento de los sistemas reproductores masculino y femenino, profundización del control hormonal de los sistemas reproductores, comprensión del ciclo fértil, fecundación, parto, cuidados durante el embarazo y la lactancia. También comprenden: diferencia entre vacunas y sueros; vacunación como método preventivo; reconocimiento de transmisión, prevención y tratamiento de ITS (infecciones de transmisión sexual); efectos del VIH; importancia de las actividades físicas para el cuidado de la salud; valoración del uso del tiempo libre; prevención de adicciones; métodos anticonceptivos naturales y artificiales; técnicas de reproducción asistida; conocimiento de acciones de prevención de enfermedades relevantes para nuestro país;

nutrientes y calorías en la dieta; factores que influyen en los hábitos alimentarios; aspectos biológicos, sociales y culturales de los problemas de salud; enfermedades producidas por contaminación biológica; enfermedades producidas por contaminación química; reconocimiento de enfermedades neurológicas; reconocimiento de los efectos de las drogas en el sistema nervioso y demás sistemas; valoración de la prevención de adicciones; reconocimiento de las estructuras del sistema óseo-artro-muscular y comprensión de sus funciones de sostén y locomoción; comprensión de enfermedades del sistema óseo-artro-muscular; diseño y participación en instancias alternativas saludables para el uso del tiempo libre; reconocimiento de la localización de las funciones de las glándulas que constituyen el sistema endocrino; acciones de prevención y tratamiento de algunas enfermedades hormonales; identificación de las relaciones entre los sistemas nervioso y endocrino; diseño y participación en trabajos de campo relacionados con problemáticas de salud; reflexión en torno a las implicancias del embarazo en la adolescencia y sobre las causas y consecuencias de la interrupción del embarazo; reconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual e identificación de las acciones de prevención; interpretación de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Los contenidos de Química identifican las aplicaciones energéticas de las reacciones químicas y las repercusiones que tienen para la salud, la sociedad y el ambiente.

En lo que se refiere a la comunicación, se promueve la verbalización, la escritura y la representación gráfica de las ideas, el establecimiento de vínculos con otras ideas y la utilización de diferentes lenguajes audiovisuales y multimediales.

En cuanto a las estrategias de enseñanza, promueven la modelización de los fenómenos naturales y la contextualización en relación con los aspectos de la vida cotidiana y las necesidades sociales; el desarrollo de habilidades de razonamiento, comunicación y trabajo colaborativo; el desarrollo de la metacognición en el aprendizaje, la expresión de las ideas; la selección de información; la evaluación del trabajo personal y el de sus compañeros; la reflexión sobre lo aprendido; la participación en muestras escolares de ciencia, en charlas de divulgación científica y en prácticas educativas en el mundo del trabajo y en grupos comprometidos con la promoción de la salud.

Los espacios de opción institucional tienen la función de contextualizar, articular y ampliar la formación específica de cada orientación. Cada institución educativa define para cada año uno de los espacios institucionales. Dentro de las opciones se encuentra Educación para la Salud, que promueve la profundización de los saberes sobre la salud propuestos en los diferentes espacios curriculares, incorporando una visión que enfatice la promoción y prevención de la salud, tanto a nivel individual como social; también se favorece la vinculación con especialistas y/o centros vinculados a la salud en relación con temáticas tales como drogadicción, educación sexual, embarazos no deseados, embarazos infantiles, prevención de accidentes automovilísticos, control de epidemias, leyes sanitarias y saneamiento ambiental. Se sugieren los siguientes ejes: salud sexual y reproductiva, salud nutricional, salud en las diferentes etapas, salud y ambiente, bioseguridad, epidemiología, salud como derecho y obligación ciudadana, acciones de promoción y prevención de la salud, comportamientos saludables, políticas sanitarias, la salud en la Argentina y determinantes de la salud.

Análisis de la temática salud en los diseños curriculares

De acuerdo a la lectura efectuada sobre los contenidos y objetivos se parte del reconocimiento, cuidado y valoración del propio cuerpo y de conductas para la protección de la vida saludable, para avanzar en el reconocimiento de una sexualidad responsable, del funcionamiento del cuerpo y de los cambios producidos por el crecimiento, de sus órganos, estructuras y funciones, a la vez que se reconoce la importancia del afecto, el cuidado y valoración del cuerpo; se reconoce también al organismo como sistema complejo, abierto e integrado; se continúa con hábitos alimentarios, dietas y el conocimiento de los aspectos sociales y culturales de los problemas de salud asociados, el reconocimiento de sustancias y factores que impulsan al consumo de drogas, tabaco y alcohol y las alteraciones que producen dichas sustancias, las aplicaciones y limitaciones de la manipulación genética del ser humano y la cuestión bioética, el funcionamiento de los sistemas reproductores masculino y femenino, la profundización acerca del control hormonal de los sistemas reproductores, la comprensión del ciclo fértil, la fecundación, el parto, los cuidados durante el

embarazo y la lactancia, la importancia de la prevención de las enfermedades y su tratamiento, y la vacunación como método preventivo.

El análisis permite advertir que el tratamiento de los contenidos se efectúa con el criterio de profundización y ampliación de éstos en los diferentes niveles educativos; que se profundiza la especificidad en la opción del espacio institucional Educación para la salud, y a la vez se detecta que esta profundización está relacionada con las condiciones y posibilidades de los estudiantes. También resulta de importancia el tratamiento de las problemáticas sanitarias actuales.

En cuanto al concepto de salud, si se toma la definición de la OMS⁵, en estos documentos se trata del bienestar físico, psíquico y social. Si bien se la reconoce como un derecho fundamental⁶, en menor medida se observa como responsabilidad colectiva y de política de Estado, en la perspectiva de que es éste el garante y responsable de que se cumpla ese derecho. El enfoque basado en derechos⁷ propicia la titularidad de los derechos de todos los grupos sociales y que dichos grupos sean tratados sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana. En América Latina y el Caribe este enfoque ha adquirido importancia, por lo que es cada vez más frecuente la sanción de leyes que especifican ciertos derechos dirigidos a formular políticas públicas; sin embargo, surgen algunas dudas acerca de si el planteo del enfoque de los derechos humanos se aborda en su máxima expresión en estos documentos y de las implicancias que ello supone para los diferentes niveles del sistema educativo.

En cuanto a la salud y a la enfermedad, no se presentan como el proceso salud-enfermedad, puesto que si bien en la salud se plantean determinantes referidos al contexto, no queda expresado con claridad que se trata de un proceso de continuo cambio y que no es posible adquirirla de una vez para siempre.

Las cuestiones de salud se interpretaron de diferentes maneras a través del tiempo, desde una posición positivista, ecológica y holística. En función de estas perspectivas, lo

⁵ OMS 1985

⁶ Piza R. El derecho a la seguridad social como derecho constitucional: sentido y alcances posibles. Gaceta Médica de Costa Rica 2006; suplemento No. 2:S79-S91

⁷ Huenchuan S La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica de los derechos. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población Cepal. Santiago de Chile. 2011

planteado en estos documentos adscribe a una posición ecológica⁸ del proceso salud-enfermedad, puesto que al individuo no se lo entiende como separado de la comunidad y se entiende que determinadas características socio-económicas se relacionan con la posibilidad de la enfermedad. La presencia de enfermedades se establece por las variables del medio físico y social, el que se expresa en la tríada ecológica como agente, huésped y medio ambiente, en un estado de constante equilibrio. La vida implica la interacción entre el medio interno y el externo, y cualquier factor que rompa el equilibrio entre éstos puede ser causa de enfermedad; asimismo, se observa que el interés está en el hombre individual y no en la salud de las poblaciones⁹. En este sentido, se podría deducir que la responsabilidad del propio bienestar es de cada persona, dependiendo de su voluntad y disposición.

En cuanto a los términos vinculados a la salud, en los diferentes niveles educativos se la identifica como protección, preservación, promoción y prevención de las enfermedades. Asimismo, cabe aclarar que en los documentos consultados en algunas oportunidades se identificó la expresión “prevención de la salud”, cuando lo que corresponde mencionar es “promoción de la salud” y “prevención de la enfermedad”. Sigerist hizo una distinción entre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, y reconoció que las medidas de la Promoción de la Salud tienen efectos preventivos¹⁰. El término prevención es de origen latino y se refiere a las medidas orientadas a restringir la progresión de la enfermedad o, en sentido más específico, cualquier acción que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad, interrumpir o hacer más lenta su progresión y, como objetivo, se orienta a disminuir el nivel de los factores de riesgo o la probabilidad de que ocurra un evento de enfermedad. La presencia de la promoción de la salud en los diseños curriculares es importante, frente a una posición tradicional del proceso de enseñanza y de aprendizaje que se vinculaba solamente a acciones de

⁸ Bruce B. El concepto de salud en los contenidos escolares: la propuesta de la provincia de Jujuy para el primer nivel educativo. CUADERNOS FHYCS-UNJu, Nro. 22:211-226, 2004

⁹ Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Reseña histórica. Salud Pública Mex* 2002; 44:258-265.

¹⁰ García Ospina. C. El ayer y el hoy de la promoción de la salud. EN: *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011. Vol. 2. No. 2 p. 57.

prevención. En este sentido, se recupera la “Carta de Ottawa”¹¹, donde se definió de manera integral a la promoción de la salud como el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. También incluyó las condiciones y requisitos para la salud, que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad, expresando la importancia de la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y la acción. Estos aspectos llevan a reflexionar sobre la consideración que se hace de esta declaración en la selección cultural y política de los contenidos propuestos en los diseños curriculares, de manera que se dé cabida a la promoción de la salud desde una perspectiva integral.

En relación con la comunicación, se identifica que las modalidades presentadas son variadas y se hacen más complejas en función de los contenidos propuestos y las condiciones de los estudiantes. Si bien estas formas de implementar la comunicación no aluden específicamente a cuestiones de salud, contribuyen al proceso de aprendizaje de los estudiantes.

En cuanto a las estrategias de enseñanza, se reconocen diferentes maneras de abordar el objeto de conocimiento a partir de las condiciones de los estudiantes y de los aspectos de la vida cotidiana, para fomentar la curiosidad y las preguntas tendientes a desarrollar la metacognición. Estas cuestiones implican un proceso de transformación en el proceso de aprendizaje de los estudiantes. Si bien las estrategias de enseñanza propuestas no son exclusivas del ámbito de la salud, contribuyen al aprendizaje de la temática.

¹¹ OMS 1986

Bibliografía

- 1- Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaria de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Inicial. (2011- 2015)
- 2- Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaria de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Primaria. (2011- 2015)
- 3- Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaria de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Secundaria. Ciclo Básico (2011- 2015)
- 4- Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaria de Educación. Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa. Dirección General de Planeamiento e Información Educativa. Diseños Curriculares de la Educación Secundaria. Orientación Ciencias Naturales. (2011- 2015)
- 5- Organización Mundial de la Salud (1985)
- 6- Piza R. El derecho a la seguridad social como derecho constitucional: sentido y alcances posibles. Gaceta Médica de Costa Rica 2006; suplemento No. 2:S79-S91.
- 7- Huenchuan S. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica de los derechos. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población Cepal. Santiago de Chile. 2011
- 8- Bruce B. El concepto de salud en los contenidos escolares: la propuesta de la provincia de Jujuy para el primer nivel educativo. CUADERNOS FHYCS-UNJu, Nro. 22:211-226, 2004
- 9- Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Pública Mex 2002; 44:258-265.

10-García Ospina, C. El ayer y el hoy de la promoción de la salud. EN: Hacia la promoción de la Salud. 2011. Vol. 2. No. 2 p. 57.

11-Primer Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa. OMS 1986