UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Facultad de Educación

CUADERNOS PEDAGÓGICOS

19

ISSN 1657-5547

CUADERNOS PEDAGÓGICOS

Número 19

Universidad de Antioquia
Facultad de Educación
Medellín
2002

CUADERNOS PEDAGÓGICOS

ISSN: 1657-5547

Comité editorial:
Orlando Monsalve Posada
Eugenia Ramírez Isaza

Coordinación y diagramación:
Sección de Producción de Medios, Aplicación de Nuevas Tecnologías y Publicaciones, Departamento de Extensión y Educación a Distancia.

Diseño y Diagramación
Sandra Milena Zapata
Marisol Rios Restrepo

Corrección de Estilo
Bilian Jiménez

Impresión:
Editorial Zuluaga.

Primera Edición de 300 ejemplares.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Ciudad Universitaria, Bloque 9 oficina 114
Teléfonos: 2105714, 2105715
Fax: 2105713
Correo electrónico: femedios@ayura.udea.edu.co

Medellín
2002

Ej. 1

CONTENIDO

página

DIPLOMA: "PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIO-CEREBRO-VASCULARES, CON ENFOQUE INTEGRAL"

INTRODUCCIÓN

Desde Noviembre del 2000, se conformó un comité de estudio integrado por Médicos-Cardiólogos, Licenciados-as en Enfermería y Educación, Sociólogos-as, Nutricionistas, Educadores Físicos y Psicólogos para abrir espacios de discusión acerca de la Promoción de la Salud y la Prevención de las Enfermedades Cardio-Cerebro-Vasculares.

En Agosto de 2001, se estructura el proyecto del Diploma con el propósito de brindar elementos teórico prácticos y cualificar el saber y la experiencia de profesionales del área de la salud, la educación y las ciencias sociales y humanas, así como para fortalecer las actitudes y aptitudes para el desarrollo de actividades y programas de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-Cerebro-Vasculares con Enfoque Integral, respaldado por un trabajo profesional uni, ínter, multi y transdiciplinar.

En aras de sondear y conocer las expectativas de posibles participantes, se realizó un evento promocional el 19 Mayo de 2001 con unos buenos indicadores, ciento cincuenta per-

sonas sensibilizadas en aspectos relacionados con los problemas cardio-cerebro-vasculares. Considerando la motivación y el interés de quienes participaron en el mencionado evento, se vio la importancia de realizar el Diploma y se gestionó ante el Consejo de Facultad su respectivo aval, el cual fue aprobado por su pertinencia académica como por la necesidad de abrir espacios de reflexión en torno a las enfermedades cardio-cerebro-vasculares ya que constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial.

¿POR QUÉ LA INICIATIVA DEL DIPLOMA?

En Colombia, los cambios en los patrones demográficos y en los perfiles de la salud - enfermedad en los años 1985 – 1995, generaron un incremento en la incidencia de patologías crónicas en personas mayores de 45 años; es así, como en el grupo de hombres y mujeres de 15 a 49 años, las enfermedades cardio-cerebro-vasculares, el cáncer y las enfermedades digestivas representan las causas principales de pérdida de años de vida saludable; en el grupo de personas mayores de 60 años, el 50% de la carga total está representada por dichas enfermedades.

Asociada a las enfermedades cardio-cerebro-vasculares, está la hipertensión arterial sistémica, la cual afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países y es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardio-cerebro-vascular; a menudo se asocia con factores de riesgo bien conocidos tales como: dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física. Las personas con hipertensión arterial tiene 2 a 4 veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria.

A la luz de las situaciones antes mencionadas, el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un trastorno de la salud, debido a un estilo de vida insano o a la falta de

conocimientos e información para prevenir dichos eventos; a esto se suman otros factores tales como la falta de motivación, la falta de educación, los cambios en la situación económica, las prácticas de salud inadecuadas, las creencias culturales, entre otros.

De acuerdo con el escenario antes expuesto surge la propuesta de planear y realizar el Diploma para dar respuesta a las necesidades de la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-Cerebro-Vasculares; fundamentado en los siguientes aspectos: La pregunta orientadora, el propósito, la misión, la visión, el perfil del egresado-a y las respectivas unidades temáticas.

♦ PREGUNTA ORIENTADORA

¿Las intervenciones interdisciplinarias con enfoque integral y un pensamiento transdisciplinar son pertinentes para promocionar la salud y prevenir las enfermedades cardio-cerebro-vasculares?

♦ PROPÓSITO

Contribuir desde las diferentes áreas del conocimiento a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares con un enfoque integral, que orienten la elaboración y aplicación de propuestas novedosas y contextualizadas con la realidad humano-social.

♦ MISIÓN

Cualificar a profesionales para que formulen y desarrollen proyectos alrededor de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades cardio-cerebro-vasculares con enfoque integral, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la comunidad.

♦ VISIÓN

Consolidarse como el principal Diploma orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares con enfoque integral, reconocido por la alta capacidad de sus egresados para generar acciones y estrategias que conduzcan a la adopción de un estilo de vida saludable.

♦ PERFIL DEL PROFESIONAL EGRESADO

El profesional diplomado obtendrá conocimientos que le permitirán trabajar de una manera interdisciplinaria, con un pensamiento transdisciplinar en el diseño y desarrollo de proyectos aplicados a la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-Cerebro-Vasculares con Enfoque Integral, para generar un impacto positivo en los aspectos biopsicosociales.

♦ UNIDADES TEMÁTICAS

Primera: Contextualización de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares.

Segunda: Promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares; y principios de epidemiología.

Foro: Perspectiva de género en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardio - cerebro - vasculares con un enfoque integral.

Tercera: Legislación, economía y calidad de la salud.

Cuarta: La condición humana en perspectiva integral: un enfoque uni, ínter, multi y transdisciplinar.

Foro: Proceso de envejecimiento salutogénico: Una postura desde el ciclo vital.

Quinta: Estrategias pedagógicas y psicosociales en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares.

Foro: Las estrategias educativas en promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares, ¿sirven o no sirven?

Sexta: Nuevas tendencias del ejercicio físico y de los aspectos nutricionales para la planeación de una vida saludable.

Séptima: Prevención del consumo de tabaco y estrategias para la cesación.

Foro: Calidad de vida y salud de calidad con un enfoque en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares.

Octava: Formulación, planeación y evaluación de proyectos prácticos para la promoción de la salud.

El proceso administrativo, técnico y académico del Diploma en mención, esta representado por el siguiente equipo de profesionales:

Equipo Administrativo:

- María Elena Angel O. - Coordinación General
- Luz Mery Alarcón G. - Dirección Ejecutiva
- Carlos José Jaramillo - Dirección Científica
- Marisol Cano A. - Secretaria
- Dayana Arango B. - Comunicadora

Comisión Académica y Técnica:

- Carlos José Jaramillo - Médico Cardiólogo
- María Elena Angel O. - Mgr. en Salud Pública
- Luz Mery Alarcón G. - Mgr. en Gerencia del Desarrollo Social.
- Vladimir Zapata - Ph.D en Educación Universidad de Nova Fort Lauderdale - Sociólogo.
- Domingo Caraballo - Médico Fisiólogo – Rehabilitador Cardíaco.
- Oscar Escobar - Especialista en Educación Física
- María Eugenia Mejía - Licenciada en Enfermería – Especialista en Cardiología
- Gloria C. Deossa - Nutricionista Dietista - Especialista en Nutrición Humana.

El proceso académico-pedagógico, estuvo representado por un equipo de docentes de amplia experiencia y trayectoria profesional en los campos disciplinares como: medicina, cardiología, epidemiología, toxicología, enfermería, sociología, educación, nutrición, especialistas en educación física, psiquiatría, psicología, y economía, entre otros.

Como estrategia fundamental para ampliar los conocimientos de los estudiantes y a la vez, beneficiar a la Comunidad Educativa de la Universidad de Antioquia y al público en general, se realizaron dos Foros: El primero "Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-cerebro-vasculares con Enfoque de Género"; el segundo "Calidad de Vida", del cual se rescata la reflexión del Señor Vicedecano, Dr. Harold Londoño, la cual se esboza a continuación:

La Calidad de Vida, que es y debe ser entendida como un Derecho Fundamental de todo ser humano, requiere de una

filosofía del bienestar en aquel horizonte del desarrollo humano que implica las relaciones con la vida, con el otro como ser humano, con aquel por medio del cual yo me siento persona; implica una formación, una educación y un nivel de vida, que dice lo que somos, informa de nuestros actos, y muestra a los otros la forma como pensamos, como somos y actuamos; ese estilo de ser y de pensar hablan de la calidad de vida que socialmente compartimos con los demás en actuaciones que no se improvisan, porque se construyen día a día y que se miran en la dignidad del ser humano que respeta el pluralismo, comparte la diversidad y sobre todo, que tiene un respeto enorme y profundo por la diferencia.

La calidad de vida nos permite, resolver con cariño y con ternura los conflictos que se presenten en nuestro medio; la calidad de vida habla de la felicidad y de cómo la entendemos; habla de la salud mental de las personas, de los conceptos psicológicos que tenemos como individuos, como personas, como seres humanos singulares; pero sobre todo, la calidad de vida habla de los aspectos psicológicos que vinculan a un ser humano con los otros. Somos y nos debemos a los demás, somos seres pensantes que tenemos que respetar la trilogía Cerebro, Corazón y Manos, pues lo que pensamos, lo que esté en nuestro sentimiento y lo que hagamos o ejecutemos, muestran a los demás, a la sociedad, lo que somos, lo que pensamos y la forma como actuamos; es decir, nuestra trilogía irradia hacia los otros, aspectos de la calidad de vida que llevamos.

Desde que nacèmos tenemos la obligación de respetar la profesión de ser profundamente humanos, por eso los-as invito a que hagamos una reflexión acerca de lo que significa calidad de vida.

De la experiencia de la primera cohorte se recogen los siguientes resultados:

El diseño de proyectos por parte de los estudiantes, cuyo

propósito es hacerlos alcanzables en las entidades donde laboran. De sus iniciativas surgen propuestas encaminadas a la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Cardio-cerebro-vasculares, con Enfoque Integral y al mantenimiento de factores protectores en la población de jóvenes/adolescentes, mujeres y hombres y adultos mayores, cuyos títulos se esbozan a continuación:

NOMBRE	PROYECTO
JULIAN ERNESTO GÓMEZ AGUDELO GILDARDO DIAZ CARMONA LUZ EMILIA FLÓREZ VELÁSQUEZ CONSUELO GÓMEZ VÉLEZ	Muévete U. Una estrategia pedagógica interdisciplinaria de promoción de la salud cerebro-cardio-vascular en la comunidad universitaria de la Universidad de Antioquia.
LUZ MARINA ZAPATA QUINTERO MARTHA CECILIA CHAVARRIAGA MONSALVE	Jóvenes sanos para una adultez plena Estrategia interdisciplinaria de la promoción de la salud para adolescentes.
MÓNICA MARÍA PÉREZ DE LA CRUZ DANERY OTÁLVARO VILLEGAS	Implementación de metodologías y estrategias pedagógicas para la educación en pacientes que asisten a la clínica de factores de riesgo cardio-vascular.
CATALINA MARÍA ARANGO ALZATE SANDRA PATRICIA PINEDA GONZÁLEZ MARTHA CECILIA GITIÉRREZ	Construyendo una nueva cultura de vida.
CATALINA MACHADO TORO	Escenario actual y marco normativo de promoción y prevención de enfermedad cardio-cerebro-vascular Antioquia 2002.
LUZ STELLA GÓMEZ OCHOA	El tiempo libre de la población juvenil de 10 a 24 años en actividades deportivo – recreativas.
GLORIA JUDITH ORTÍZ BAHAMÓN	Introducción de un factor dinamizador al programa de Promoción y Prevención de la Enfermedad Cardio-cerebro-vascular de la IPS Punto de Salud Centro.
LUZ MARINA QUICENO MEJÍA HERNANDO ALBERTO ZAPATA GARCÍA MARÍA EUGENIA MEJÍA LOPERA	Proyecto educativo en promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares para escolares y adolescentes del barrio Aranjuez de la ciudad de Medellín.
MARTHA LUCÍA VELÁSQUEZ BEATRÍZ ECHEVERRY AGUSTÍN MARTÍNEZ GEOVANNY CELIS	Atención con enfoque de riesgo cardio-cerebro-vascular para hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad.
GLORIA CALDERÓN HIGUITA	Promoción de hábitos saludables para prevenir enfermedades cardio-cerebro-vasculares en la comunidad educativa del colegio Nuestra Señora del barrio Belén, durante los años 2002 y 2003.

Veintidós estudiantes profesionales de diferentes disciplinas: medicina, educación, sociología, sicología, educación física, comunicación y nutrición graduados el pasado 12 de Abril.

La comisión académica considerando los resultados positivos de la primera cohorte, continúa con el propósito de seguir formando profesionales de las áreas de la salud, la educación y ciencias sociales y humanas, en Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-cerebrovasculares, con enfoque integral; es así, como actualmente adelanta el proceso de inscripción en Medellín y gestiona en Bogotá alianzas interinstitucionales con el fin de realizarlo en dicha ciudad.

Uno de los valores agregados del Diploma en mención, son los escritos que se publican en este Cuaderno Pedagógico, los que tratan temàs relacionados con la Promoción de la Salud, la Rehabilitación Cardíaca, la Calidad de Vida, Género, la Nutrición, los Factores Psicosociales Asociados a la Enfermedad Coronaria y la Pedagogía Social Preventiva.

CARLOS JOSÉ JARAMILLO
Director Científico

LUZ MERY ALARCÓN GUISAO
Dirección Ejecutiva

INTERESANTE LLAMADO ÉTICO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIO-CEREBRO-VASCULARES

HERNANDO ALBERTO ZAPATA GARCÍA *

Una mañana de Julio de 2001, encontré sobre el escritorio de mi oficina un plegable de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquía, que me invitaba a participar en el DIPLOMA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIO-CEREBRO-VASCULARES CON UN ENFOQUE INTEGRAL. Una extraña sensación de asombro y alegría me recordó un viejo pensamiento ÉTICO: Una vida merece ser vivida, sólo cuando elevamos conciencia, nos enteramos de que el OTRO existe en nuestra vida y que, también como nosotros, él busca la felicidad. Muchas horas estuve pensando si escuchar o no aquel interesante llamado: ¿por qué a mi?; yo que hasta ese momento no era más que un Médico General de consulta particular, que no pertenecía a ninguna institución y que ni siquiera trabajaba en «P y P»[1], abreviatura o palabra que intentaba decir algo y que me sonaba bien graciosa. Pensaba que en medio de tantas balas y pobreza, esto debía tratarse de una de esas estrategias de la Ley 100 que en nuestro país se inventan para expiar responsabilidades jurídicas o morales, o para continuar los pagos de esta imposible deuda externa. Al final, me resolví y entendí que ésta había sido la mejor decisión en mucho tiempo.

* *Médico Estudiante primera cohorte Diploma: Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-cerebro-vasculares con enfoque integral.*

[1] *Promoción y Prevención.*

En ese estar en conferencias, cátedras magistrales, foros, talleres y otros, compartiendo el saber y las experiencias con LOS OTROS: mis compañeros, colegas y profesores, se fueron develando los propósitos fundamentales de esta magnífica experiencia y aprendimos que este diplomado no sólo era útil para nuestro propio bagaje, sino para nuestra comunidad. Trabajando con y para ésta, ya no sólo en curación, control o paliación de enfermedades, sino en el rescate de «la salud como patrimonio del Ser Humano» y en la Promoción y Prevención de E.C.C.V.[2], podremos hacer nuestro gran aporte social a esta nación Colombiana, para que las personas tengan mejor calidad de vida y que los recursos familiares y del Estado no se malgasten en costosos tratamientos.

Tuvimos a gente de muy diversas disciplinas: Medicina Interna, Cardiología, Salud Pública, Psiquiatría, Toxicología, Psicología, Enfermería, Epidemiología, Nutrición y Dietética, Historia, Educación, Comunicación Social, Sociología, Economía, Educación Física, Investigación y otras más, que nos acompañaron y enseñaron, no únicamente sus conocimientos específicos, sino sus capacidades interdisciplinarias y nos mostraron la posibilidad de la transdisciplinariedad. De este modo, hemos aprendido, entre tantas cosas, las bases de la Pedagogía Social Preventiva como una pedagogía activa, participativa y reflexiva que propende a una construcción de estilos de vida saludable, donde el Individuo adquiere autoconciencia en lo cotidiano de cuidar de su salud y orientarse en un proceso continuo hacia los Factores Protectores de ésta. No todo fue ideal, pero recibimos los suficientes elementos teórico prácticos para que estuviéramos en capacidad de lograr nuestro objetivo: «...diseñar, mejorar, ejecutar y evaluar actividades o programas de Promoción de la salud y Prevención de las enfermedades cardiocerebrovasculares, con un enfoque integral e interdisciplinario en el proceso vital del individuo.»

Estoy seguro de que nosotros ya no somos lo mismos de aquel

[2] *Enfermedades Cardio-cerebro-vasculares.*

entonces; hemos tomado valiosos conocimientos en cuanto a Promoción y Prevención -P y P-. Ya no podemos ver al INDIVIDUO bajo las mismas ópticas anteriores, sino como un ser para dialogar y con quién debemos construir en libertad unos nuevos estilos de vida, un ser que demanda respeto y que es capaz de autoconcienciarse de la necesidad de mejorar la calidad de salud en su existencia, un ser holístico con quién estamos en la obligación de compartir y aprender de los propios saberes y de quien no podemos apartarnos en nuestras conversaciones cotidianas. Después de pasar por esta excelente experiencia, primer diplomado de Colombia en su género, susceptible de un mejoramiento continuo hacia su perfeccionamiento, reconocemos cuántas equivocaciones existían en los modelos previos de promoción y prevención y estamos advertidos para no caer en errores incorregibles en un futuro.

Más palabras no sería prudente escribir; sólo decir GRACIAS, por el esfuerzo de enseñarnos a observar distinto a LOS OTROS, AL OTRO y a NOSOTROS MISMOS, como profesionales de la salud y no como los viejos portadores de verdades, que se hacen ley en la ignorancia de LOS DEMÁS.

UN ALTO EN EL CAMINO

CATALINA MACHADO TORO *

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia busca garantizar los derechos constitucionales a la salud y a la vida, mediante un esquema de aseguramiento con financiación mixta, contempla principios como universidad, equidad, eficiencia y calidad. Su viabilidad económica así como el cumplimiento de los objetivos se supedita a la administración del riesgo, para los-as ciudadanos-as esto significa un gran desarrollo pues los recursos se deben encaminar a evitar la enfermedad y procurar una mejor calidad de vida. Sin embargo ¿está siendo este aspecto el punto crítico para la toma de decisiones?. Los resultados muestran que no, lamentablemente en el tiempo que lleva la implementación del sistema en el país se ha observado poco avance al respecto, lo cual se constata con los indicadores actuales de gestión y resultados en la materia.

Es urgente la realización de una evaluación y análisis riguroso de lo anteriormente expuesto, de lo contrario se corre el riesgo de continuar resolviendo problemas del día a día, de forma desarticulada y sin lograr el impacto deseado.

Desde el Ministerio a través de la reglamentación se ha intentado mejorar la situación crítica del sistema, un ejemplo

*Médica UPB Especilista en Gerencia de Seguridad Social CES. Estudiante del Diploma.

de esto lo constituye la Ley 715 del 2001 la cual está en fase de reglamentación, sin embargo, considero que por encima de los procesos legislativos lo más importante es no perder de vista la razón suprema de nuestra labor cual es la procura continua de salud en nuestros ciudadanos. La Facultad de Educación y específicamente el Comité organizador del Diploma: "Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-cerebro-vasculares, con Enfoque Integral", convencidos de lo anterior han realizado un llamado a profesionales de la salud que quieran hacer un alto en el camino para profundizar en la esencia del asunto, en la búsqueda incansable de elementos gestores del cambio, y es así como se llega a la necesidad de construcción del conocimiento desde la transdiciplinariedad y a la pedagogía como la estrategia fundamental.

LA EDUCACIÓN Y LA PROMOCIÓN EN SALUD

AGUSTIN ALFONSO GIRALDO SÁNCHEZ*

* *Médico y Cirujano, Magíster en Epidemiología, Diplomado en Epidemiología Clínica, Especialista en Orientación y Educación Sexual, Especialista en Auditoría en Salud. Profesor de Cátedra en Promoción de la Salud FNSP Universidad de Antioquia. Jefe de Promoción y Prevención COOMEVA EPS SA Sucursal Medellín hasta agosto de 2001. Actualmente Jefe de Autorizaciones Médicas COOMEVA EPS SA Sucursal Medellín.*

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ES TAREA DE TODOS: La salud no debería percibirse como un fin sino como un medio, como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, es un concepto positivo, que hoy en día aún se aprecia como una fantasía, como una utopía. La promoción de la salud de hábitos saludables, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La educación y la promoción de la salud es un concepto que por su carácter trascendental va más allá del sector sanitario involucrando las demás esferas del saber científico. Es un compromiso impostergable que cada persona debe realizar consigo mismo en relación con la abolición y control de hábitos y estilos de vida que se sabe están relacionados con la probabilidad de afectar negativamente su estado de salud, tales como tabaquismo, promiscuidad, sedentarismo, malnutrición, abuso de fármacos, drogas, alcohol y exposición inapropiada a los rayos solares, entre otros factores de riesgo.

No obstante lo anterior, que se traduce en el autocuidado como la cuota personal necesaria para la adecuada conservación de la salud, está el aporte colectivo que se deriva del

anterior, como la relación apropiada con el medio ambiente, la utilización racional de los recursos naturales (agua, aire, plantas y minerales), la protección de los ruidos ambientales, el respeto por la vida, la organización de la atención en salud, la construcción y puesta en marcha de políticas estatales y comunitarias que frenen la violencia, el maltrato a los semejantes, la dilapidación de los recursos, los ambientes laborales estresantes, no gratificantes y despersonalizados. El Estado tendrá que asegurar como derechos, tarde que temprano, los requisitos para la salud, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la justicia social, la equidad, la economía sostenible, el respeto por el ecosistema, la tolerancia y la ternura. Un objetivo importante debe ser que la política de los actores estatales sea conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil a la hora de elaborar programas de proyección comunitaria.

Las condiciones de vida que se generan a través de un ambiente de promoción de la salud son condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes. La participación comunitaria debe ser efectiva y concreta permitiendo el desarrollo personal y social. El hogar, la escuela, los profesionales de la salud, los servicios sanitarios, la comunidad y el gobierno, tendrán la responsabilidad de la promoción de hábitos saludables de comportamiento humano y ecológico, encontrando que la salud es un resultado de los cuidados que un individuo se proporciona así mismo y a sus semejantes.

LA EDUCACIÓN COMO HERRAMIENTA: Puede afirmarse hoy por hoy que la Educación tiene un escenario desconocido, educar pasa de un lado para otro, va y vuelve, como si los actores no fueran responsables de recibirla e impartirla. Incluso llega a pensarse que la educación y adquirir conocimientos van de la mano. Se educa en todos los lugares y especialmente en el hogar; pero en los escenarios diferentes a la casa, no se está impartiendo con eficacia y lo

peor es que lugares como la escuela, el colegio, la universidad, el trabajo, están sirviendo como excusa de algunos padres de familia para evadir su propia labor fundamental, la educación de los-as hijos-as. El proceso educativo es más que el mero hecho de transmitir conocimientos, por consiguiente no se trata que los padres y madres de familia, primero que todo, sean unos eruditos en sexualidad humana, por ejemplo, para brindar una educación sexual a sus hijos e hijas con la responsabilidad y seguridad que amerita, porque esta última (educación sexual) es un proceso dinámico que no tiene edad para iniciarlo y que se basa en las actitudes cotidianas frente a la vida, la ternura, la convivencia, el respeto por la diferencia y que propende un desarrollo armónico y participativo de la personalidad de los-as padres-madres y de los-as hijos-as, todo lo cual se consigue a través del diálogo. La educación es la herramienta fundamental como fuente de principios donde, tanto instructores como instruidos manejan espacios horizontales que posibilitan el diálogo, la formación continua, la autorreflexión, la formación en valores saludables que permitan poseer una estructura de conservación y fomento de hábitos de vida sanos y seguros propiciando confianza en ambos sentidos, sin armas, sin amenazas, en donde la autoridad es un reconocimiento y no una imposición.

DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL AUTOCUIDADO: Hacia 1983 la OMS acuñó el término «atención no profesional», del cual era parte como subtemas, el autocuidado, el cuidado voluntario y la autoayuda. El autocuidado se definió como las actividades de salud no organizadas y las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas o compañeros de trabajo; lo cual comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad y los primeros auxilios en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. Los estilos de vida son patrones de elecciones hechas a partir de las alternativas que disponen las personas, según sus circunstancias

socioeconómicas y la facilidad con que pueden elegir unas y desdeñar otras. En este contexto el autocuidado se comprende como la adopción de estilos de vida saludables, como responsabilidad individual, sin desconocer las influencias del comportamiento social activo y situarlo definitivamente en el seno de una nueva perspectiva de salud pública, de un modelo ecológico de la salud, una perspectiva social, superando el modelo meramente funcionalista y medicalizado que ha venido reinando. La salud es el resultado de los cuidados que la persona se prodiga a sí misma y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

LA FINALIDAD DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: El propósito fundamental es trabajar para promover estilos de vida saludables, mejorar las condiciones de vida individuales, psicológicas y sociales y reorientar los servicios de salud hacia una atención integral. La educación para la Salud se revela como el instrumento que permite un cambio de valores en la población, facilita un mayor conocimiento de los servicios de salud y procura el empoderamiento individual, familiar y social frente a los determinantes de la salud. El eje de la educación para la salud representa una de las estrategias más importantes para conseguir una participación activa y responsable de la población afiliada al sistema de seguridad social y de la comunidad en general para el logro de estas metas. Los problemas de morbilidad están estrechamente ligados a los estilos vida, problemas de Salud como la hipertensión, diabetes, arteriosclerosis e hiperlipidemias están relacionados a factores de riesgo asociados a la no-incorporación de conductas saludables desde la niñez. Se hace necesario promover la participación y la solidaridad, favorecer la autoestima y la autodeterminación, desarrollar el pensamiento crítico, potenciar las habilidades de comunicación, elementos que deben ser adquiridos a lo largo de todos los

procesos de socialización y desarrollo. Los retos del nuevo milenio requieren de una visión de ser humano capaz de dejar atrás los enfoques mecanicistas, fragmentados y reduccionistas de enfermedad y muerte, para pasar a enfoques holísticos que comprendan el arte de vivir y convivir en armonía consigo mismo y con su entorno con el fin de mejorar su calidad de vida.

CONSIDERACIONES LEGALES: En Colombia, diversas leyes, decretos y normas sustentan la labor de educación en salud adelantada en las últimas décadas a través en los diferentes planes de beneficios. En la Constitución Política Nacional, se declara como derechos a la educación y a la salud y como servicios públicos con función social, y a la información como derecho fundamental. La ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud(SGSSS), estipula la obligatoriedad de vincular a la población a procesos de educación, información y fomento de la Salud a través de los Planes de Atención Básica y en los Planes Obligatorios de Salud.

La Ley General de Educación, Ley 115 de 1994, tiene como base fundamental los proyectos educativos institucionales articulados a los planes de beneficios del SGSSS, en especial el Plan de Atención Básica y el Plan Obligatorio de Salud. El Decreto Ministerial 1757 de 1994, organiza y establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud para estimular la promoción de los métodos de participación, promover actitudes solidarias, la práctica de la democracia y la cultura de la participación en el contexto de SGSSS.

La Resolución Ministerial 04288 de 1996, por lo cual se define el Plan de Atención Básica del SGSSS define este plan como gratuito y de responsabilidad del estado, trabaja en torno a ejes fundamentales como: la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública y el

control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. La Resolución Ministerial 3997 de 1996 define la promoción y la prevención como ejes fundamentales en el SGSSS. El Acuerdo 117 de 1998, emanado del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud(CNSSS), establece las actividades de protección especifica, detección temprana y guías de atención de enfermedades necesarias para transformar positivamente la salud de los colombianos. El papel de las Entidades promotoras de salud (EPS) en el desarrollo de las políticas de salud pública, ordena a las EPS desarrollar estrategias innovadoras para inducir la demanda y mejorar las coberturas y calidad de las actividades de promoción de la salud.

La Resolución Ministerial 0412 de 2000, establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. La Resolución Ministerial 3384 de 2000 define los indicadores centinela y clarifica los procedimientos y criterios que permiten tener una adecuada información para la acción.

La Ley 715 de 2001 crea el Sistema General de Participaciones (SGP) el cual está constituido por los recursos que la Nación transfiere a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de educación, salud y de propósito general. En salud establece entre otras la financiación por parte del estado de la Salud Pública y entre ésta la financiación de la Promoción y Prevención.

BREVE RECUENTO DE LOS MODELOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Toda orientación existente en Educación para la Salud pone en juego un modelo referencial de base, una especie de síntesis construida a partir de los modelos existentes. Los siguientes son algunos de ellos.

1. **MODELOS PRECOCES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** Son básicamente pedagógicos para trabajar con escolares y entrenar personas en el área. Las conductas centrales de la intervención en salud están relacionadas con las enfermedades infecciosas de la infancia y las prácticas de higiene personal.

2. **MODELOS COMUNITARIOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**: Tienen en común un compromiso serio hacia la participación de la comunidad en la planificación y la autodeterminación en salud; entre sus objetivos están los cognitivos para incrementar el reconocimiento de síntomas, el recuerdo de claves de información y la comprensión de los conceptos de salud que generan la motivación y las habilidades necesarias para predisponer y favorecer conductas saludables.

3. **MODELO DE CREENCIAS EN SALUD:** Ha sido el más influyente para dar a los educadores en salud un compendio estructurado de criterios para preparar y desarrollar mensajes de salud de acuerdo con objetivos-resultados motivacionales específicos. El de más reciente difusión en la práctica de la Educación para la Salud ha sido el de valores.

4. **MODELO PRECEDE /PROCEDE:** Parte de un análisis detallado del problema y utiliza los principios de la teoría del aprendizaje social a través de siete fases: que identifican:

- Los problemas generales de interés o conductas de riesgo.
- Los problemas específicos relacionados con la práctica de la conducta de riesgo.
- Los factores externos relacionadas con el problema.
- Los factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo en relación con la conducta de riesgo.
- Los factores de la fase anterior con el objeto de seleccionar aquellos sobre los que se va influir una vez.
- El diagnóstico del problema, en esta fase se implementa el programa de Educación para la salud.

♦ La evaluación y la adecuación de todo el proceso, lo cual no es exclusivo de la fase final sino de todo el proceso. Este modelo está en la línea de que es imposible conseguir un cambio duradero de los estilos de vida, sin la decisión personal de cada individuo.

5. **MODELO INFORMATIVO:** Considera la información como un elemento esencial de todo el proceso educativo, pero sitúa en el educador toda la responsabilidad y toda la iniciativa para conseguir que el destinatario aprenda las normas de higiene y de conductas precisas para preservar la salud, se fundamenta en la transmisión de conocimientos y valores

6. **MODELO PERSUASIVO MOTIVACIONAL:** Su objetivo consiste en la modificación de los comportamientos no saludables para orientarlos hacia la adopción de conductas favorables para la Salud. La institución de salud se considera la responsable de definir los comportamientos que son o no saludables.

7. **MODELO POLÍTICO - ECONÓMICO - ECOLÓGICO:** Concibe la salud como algo que está inserto en el amplio contexto de la vida de los seres humanos y vinculada a los procesos de desarrollo social, por lo que la percepción global de las situaciones que afectan a la salud resulta ser una necesidad metodológica para modificar las estructuras que afectan los condicionantes de la salud, por tanto no puede darse desde el exterior de las comunidades sino que debe incorporarse a la investigación de sus condiciones de vida para la comprensión de las fuerzas políticas y económicas que condicionan su desarrollo, modelan el entorno social e influyen en su salud. La participación de la comunidad se considera un requisito indispensable para analizar la realidad y modificarla.

SÍNTESIS A LAS TEORÍAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

1. CONDUCTISTAS: Dada la importancia de los cambios comportamentales en Educación para la Salud, sus teorías aportan elementos para el análisis de las conductas y estrategias para su modificación. La aplicación de las técnicas conductistas de modificación de comportamiento requieren como mínimo la presencia de tres condiciones: Que la conducta a modificar sea claramente definible, que el profesional esté autorizado a facilitar el cambio y que el profesional pueda ejercer un control razonable sobre determinados elementos del ambiente del sujeto que modifica la conducta. Esta teoría tiene limites de no considerar otras variables incidentes en la conducta que no son directamente observables o mensurables.

2. DE LA GESTALT: Rescatan la capacidad de la función pensante y de resolución de problemas de los seres humanos para alterar sus conductas erróneas, en vez de someterse al aprendizaje condicionado. Su aporte relevante estriba en permitir analizar cómo los diversos estímulos o mensajes pueden influir en el comportamiento de la gente en contextos concretos y su empleo en el aprendizaje de habilidades que potencien las conductas favorables para la salud, respetando siempre la libre opción de las personas.

3. BASADAS EN LAS CREENCIAS: Según esta teoría el elemento determinante de la toma de decisiones en la conducta humana es las percepciones, convicciones que las personas tienen acerca de los hechos y no los hechos en sí mismos. Aspectos como la ideología personal, el grado de importancia otorgado a la salud en el sistema de valores individual o en el sentido de coherencia influyen en las condiciones para actuar o permanecer pasivo en los comportamientos relacionados con la salud.

4. BASADAS EN LA CLARIFICACIÓN DE VALORES: Su metodología consiste en analizar los valores subyacentes a las conductas que en torno a la salud manifiestan los sujetos y las implicaciones que estas tienen. Para el trabajo con valores es necesario seguir las siguientes etapas:

- Libertad de elección de valores.
- Existencia de alternativas.
- Valoración de las consecuencias de cada alternativa previa a la elección.
- Una elección que deje satisfecho.
- Asumir con responsabilidad los resultados de la elección efectuada.
- Mantener la conducta elegida hasta que se produzca un nuevo cambio de referente. Los valores son los que trascienden las convicciones, orientan y dirigen la conducta.

5. INTEGRADORAS: La teoría del aprendizaje social es la más representativa entre las que responden a esta orientación. El proceso de aprendizaje por observación de lo que sucede en el entorno integra tanto procesos referidos a los comportamientos externos, como a las respuestas emocionales, motivacionales y a los procesos cognitivos.

PROBLEMAS EN EL ABORDAJE DE LA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. A MANERA DE CONCLUSIÓN: La experiencia tanto individual como del trabajo comunitario, permite verificar en el contexto general, una falta de desarrollo de metodologías en promoción de la salud y prevención de las enfermedades a escala individual y grupal con la participación de los diferentes actores sociales, antes del sistema y ahora con el actual Sistema de Aseguramiento. Se propone un acercamiento a continuación para que pueda ser guía de discusión académica inicialmente, pero que a la postre, sirva para que a partir de la investigación social y comunitaria se lleguen a desarrollos importantes que impacten positivamente la salud de los individuos y de la

colectividad, dentro de un marco reflexivo y participativo. Al implementar los llamados programas promocionales de la salud, estos se desarrollan en espacios, que tradicionalmente han sido percibidos por la gente, como lugares de atención de enfermedades; centros de salud y hospitales, ignorando ambientes como caseta comunal, parque de barrio, teatros, escuelas, gimnasios, ciclovías, entre otros. Este aspecto es más olvidado por quienes trabajan en el sector salud, desde la planeación y el establecimiento de políticas que por otros sectores de la vida social, que han entendido, más fácilmente como ambientes para la promoción de la salud, a los espacios de la vida cotidiana. En las instituciones que por ley les está ordenado liderar los procesos de la promoción de la salud, entre muchas dificultades y algunos aciertos, se encuentran estructuras organizacionales verticales, donde no hay cultura de trabajo en equipo, no se da una dinámica de trabajo transdiciplinario, se observa una visión reduccionista del proyecto educativo en salud, en donde es más importante el problema del costo por la supervivencia empresarial que la proyección a futuro mediato de una población sana o trabajando por conservar estilos de vida saludables. Lo anterior se refuerza con falta de trabajo intersectorial, que se evidencia en una desarticulación en el trabajo entre ministerios y entes territoriales. Las consecuencias son claras desde lo académico, porque en la práctica se cree que el asunto marcha, a pesar de la falta de indicadores de impacto que midan la patética realidad de las comunidades, las mismas se podrían resumir en: Alta demanda de consultas médicas, muchas de ellas inadecuadas, ya sea por innecesarias o por inoportunas, con modelos asistenciales curativos, en donde se supervalora la tecnología de punta, llevando a un alto costo en la prestación del servicio, altas tasas de morbilidad en enfermedades prevenibles, bajo impacto de las acciones implementadas en beneficio de la población, en donde existe poca importancia por las labores preventivas o proactivas. Este modelo reduccionista, es un modelo de salud pasivo que no involucra otras esferas del individuo. Las metodologías se quedan sólo en el conocimiento, en donde existe poca participación de los afiliados y usuarios en la responsabilidad de su salud y la de su familia, dejando en manos del médico, como persona, gremio, sector y figura la responsabilidad,

perdiéndose talvez lo más importante en el trabajo con las personas, que es la credibilidad en la educación y la formación permanente en valores y estilos de vida que le permitan al individuo y al colectivo al mismo tiempo, disfrutar de la recreación, del estudio, del trabajo, del esparcimiento, de la alimentación, del ocio, de la sexualidad segura y responsable, de la creación, es decir cubrir todas las necesidades existenciales utilizando para ello satisfactores en donde lo saludable sea lo que prime.

BIBLIOGRAFÍA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Promoción de la Salud: Una antología. - El autocuidado en la promoción de la salud -, p. 235 - 245. Publicación Científica Número 557. Washington D.C., U.S.A. 1996.

Proyecto de Educación para la Salud. COOMEVA-SALUD. Documento de trabajo inédito. Cali, Colombia 2000-2001.

DECLARACIÓN DE MEDELLÍN. "La Prevención en Salud". Congreso Internacional Medellín, Junio 1994. Medellín, Colombia.1994.

DIAZ OSORIO, José Jaime. "Elementos para evaluar la acción educativa. 5ta Edición, tipografía Perez, vol. 279p. Medellín, Colombia. 1993.

ESCALLÓN GÓNGORA, Carmen. "La Crianza Humanizada" Boletín XX Congreso Colombiano de Pediatría. Medellín, Colombia. 1997.

GIRALDO SÁNCHEZ, Agustín Alfonso. "La Educación Sexual como herramienta de promoción y prevención en salud". Un aporte teórico para plantear propuestas comunitarias en salud sexual de acuerdo con la normatividad vigente. En Memorias del X Congreso Colombiano de Sexología y Educación Sexual. Santafé de Bogotá, Colombia. 1999.

LECCIONES APRENDIDAS DESDE LA REHABILITACIÓN CARDIACA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LAENFERMEDADES CARDIOCEREBROVASCULARES

CARLOS JOSÉ JARAMILLO GÓMEZ *

INTRODUCCIÓN

La propuesta de Henry Sigerist presentada a mediados de 1941 de establecer como funciones de la medicina, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación, sigue vigente; cada una de ellas ha desarrollado sus propios principios, estrategias y metodologías, a veces es difícil hacer separaciones estrictas entre ellas, y los progresos que se dan en cada una se reflejan en las demás, permitiendo que se tenga un amplio abanico de posibilidades al servicio de lograr la salud de los individuos en particular y de la especie en general.

La experiencia que se ha tenido en Rehabilitación Cardiaca(RC) a lo largo de los últimos 40 años, vale la pena ser tenida en cuenta al momento de analizar acciones que tienen como propósito la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades cardiocerebrovasculares (ECCV), por lo tanto, en este artículo se pretende presentar un panorama histórico, los principios actuales, de sus resultados, las

*Médico Cardiólogo.

Profesor Titular Departamento de Medicina Interna Sección de Cardiología Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

metodologías, las estrategias exitosas y sus principales retos, con proyección a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el ámbito de los problemas CCV.

Para iniciar, es indispensable conceptuar acerca de cada una de las funciones de la medicina para ir avanzando en aspectos que son diferentes y aquellos que les son comunes y que buscan en definitiva la salud tal como la concebimos ahora.

Concepto de Salud: Se convirtió en un concepto positivo y no sólo en la expresión de la ausencia de la enfermedad. El abordaje actual de salud parte de la visión que hoy tenemos del ser humano y de la especie construida desde las las ciencias de la biología, la antropología, la sociología, las ciencias humanas incluidas la economía, el derecho, la ecología y la ética; y como resultado de un proceso evolutivo de los seres vivos del que ha surgido la conciencia, que estamos codificados en el genoma que al interactuar permanentemente con el medio ambiente, produce una existencia particular con unas necesidades y anhelos especiales.

La doctora Helena Restrepo en su reciente libro "Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable"(1), presenta esa visión de la salud, como un concepto holístico positivo que integra todas las características del bienestar humano, que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener dónde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud tales como los derechos humanos, la paz, la justicia, las opciones de vida digna, la calidad de esa vida, la posibilidad de crear, innovar, sentir placer; tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital termine.

Concepto de Enfermedad: Aparece la enfermedad, cuando se da una alteración en la decodificación del genoma, bien sea por los procesos intrínsecos mismos o causada por la interacción de éste con el medio ambiente, o se origina una alteración en el funcionamiento de las células, tejidos, órganos o sistemas, intrínsecas o por interacción con el medio ambiente y esto lleva a síntomas molestos o a acortar el periodo vital propio de la especie. Se incluyen por supuesto las alteraciones que tienen que ver con las funciones cerebrales superiores, los aspectos emocionales tanto intrínsecos como extrínsecos incluidos en ámbito familiar, el social y el cultural.

Promoción de la Salud: Con esta nueva concepción de la salud, se han propuesto algunas definiciones de Promoción de la Salud:

Carta de Ottawa(1986): La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

OPS/OMS (1990): La Promoción de la Salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Hancock(1994): La Promoción de la Salud es acerca del poder a dos niveles: el primero como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política.

Nutbeam(1986): La Promoción de la Salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determi-

nantes de salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir.

Para Restrepo(2001) la Promoción de la Salud se dirige a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud, entendida esta, como el bienestar y la óptima calidad de vida.

Las acciones propias de la Promoción de la Salud están definidas por la carta de Ottawa, agrupadas en cinco grandes áreas estratégicas así:

1. Construir Políticas Públicas Saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

Prevención de las enfermedades cardio - cerebro - vasculares: Tiene como propósito evitar que se desarrollen estas enfermedades (prevención primaria), o si ya aparecieron, frenar su proceso y tratar de revertirlo (prevención secundaria).

Se utilizan como estrategias (4):

- Diagnóstico precoz de estas enfermedades.
- Modulación de los factores de riesgo modificables.
- Actividades educativas, consejería, transmisión de información.
- Promoción de cambios en estilos de vida riesgosos a unos saludables.
- Quimioprofilaxis.
- Inmunizaciones.
- Intervenciones farmacológicas.
- Propiciar políticas estatales saludables.

La Rehabilitación cardiaca (RC): El concepto de rehabilitación presupone que la enfermedad ya se manifestó y dejó secuelas de orden físico y/o fisiológico y/o sicológico y/o social. Es el momento en el que se deben hacer esfuerzos para minimizar esas secuelas, desarrollar otros aspectos que permitan compensar las limitaciones provocadas y facilitar el que la persona con la enfermedad pueda tener una mejor calidad de vida dentro de sus limitaciones y además, evitar que esta tenga otras manifestaciones y origine nuevas secuelas. Por lo que se requiere de un trabajo multi e interdisciplinario, un conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de cómo modificarla y del uso de estrategias propias de la disciplina que se ampliaran más adelante en detalle.

Los pacientes con problemas CCV que fueron objeto de la RC, eran aquellos que sufrían un infarto agudo de miocardio; en aquella época partiendo de la concepción de que se requerían entre 6 y 8 semanas para que se hiciera la reparación por tejido cicatricial del territorio afectado por la enfermedad, y ante la posibilidad teórica de rupturas cardiacas o de formación de aneurismas ventriculares, la recomendación en el manejo de estos pacientes, era el reposo absoluto en cama por ese lapso. Las complicaciones originadas por esta medida, en alteraciones de reflejos cardiovasculares, en la volemia, en los factores trombogénicos a nivel de venas periféricas, en el desuso muscular, en las probabilidades de retornar al trabajo o de reincorporarse a una vida normal y los aspectos emocionales se fueron notando y diferentes trabajos demostraron que los beneficios de la movilización temprana eran mayores que los riesgos que ocurrieran las temidas complicaciones cardiacas; demostrándose finalmente con un buen nivel de evidencia que se disminuía la morbimortalidad al iniciar una movilización pronta del paciente e involucrarlo en actividad física regular adecuadamente prescrita (3).

Inicialmente centrada en el ejercicio, la RC es ahora un tra-

bajo integral, multi e interdisciplinario y se han venido aplicando sus principios con resultados muy satisfactorios a pacientes en falla cardiaca(5), convirtiéndose en una de las recomendaciones de los expertos en su manejo, en pacientes con marcapasos y desfibriladores implantables, con problemas valvulares, arritmias y por supuesto a los trasplantados.

Las estrategias que se han probado exitosas a lo largo del tiempo en los programas de RC, han sido:

♦ Categorización de riesgos de eventos adversos o complicaciones: se clasifican de acuerdo a bajo, intermedio o alto riesgo y a la historia clínica, al compromiso de la función miocárdica, a la estabilidad eléctrica y presencia de arritmias, a la situación hemodinámica y el comportamiento en una prueba de esfuerzo de bajo nivel que se realiza entre 4-7 días después, para determinar presencia de isquemia activa, capacidad funcional, respuesta de la presión arterial, respuesta del ritmo cardiaco y por supuesto, la aparición de síntomas en los diferentes niveles de ejercicio. Con estos elementos se prescribe un programa de ejercicio, de actividades de la vida diaria, educación, orientación vocacional, apoyo sicológico y social y se realiza con una monitorización que dé la seguridad requerida.

♦ Las actividades educativas, consejería, estímulo de cambios de estilo de vida, se hacen basadas en el paciente, (en su historia personal, sus concepciones, sus intereses, valores, formación, conocimientos), creando la motivación y dando los elementos para que sea el mismo quien las construya autónomamente y se responsabilice de su futuro, dejando el paternalismo y autoritarismo que en general han caracterizado la educación para la salud. Se utilizan estrategias innovadoras como talleres de compra de alimentos en los supermercados, preparación de alimentos sanos y agradables al paladar. El seguimiento de los pacientes de los logros, las sesiones grupales, entre otras.

♦ El encontrar un equipo de salud, motivado y comprometido hace más creíble las recomendaciones que surgen de él, el trabajo en equipo no sólo multidisciplinario sino verdaderamente interdisciplinario; y el uso óptimo de los flujos de comunicación, evitando que sean punitivos.

♦ Determinación de metas individualizadas y realizables en cuanto a capacidad funcional, conocimiento de la enfermedad y del autocuidado que debe llevar – el por qué de las medicaciones, los signos de alarma, etc., función sicosocial, retorno al trabajo o las actividades de la vida diaria, cambios de peso, niveles de lípidos, supresión de hábito tabáquico, ejercicio regular, manejo de sus ansiedades y conflictos, control de síntomas y de signos anormales y finalmente como lo analizaremos en el siguiente aparte, el nivel de calidad de vida. Hacer el seguimiento de logros, motiva y permite reforzar las prescripciones y la adherencia al programa.

♦ Búsqueda de lograr las mejores relaciones costo beneficio, de costo-efectividad y mejorar la calidad de vida. Comparando con otras intervenciones posinfarto de miocardio, la RC es más costo-efectiva que un bypass de un solo vaso, que el uso de medicamentos antilipemiantes y similar al del uso de b-bloqueadores en un hombre de 55 años. Los estudios económicos demuestran que la RC en el posinfarto de miocardio y en los pacientes con falla cardiaca son eficientes y se justifican económicamente.

♦ La búsqueda de intervenciones lo más sencillas posibles, idealmente en el ambiente cercano a su hogar. Programa hogareño, programas coordinados en la comunidad y el seguimiento telefónico.

Calidad de vida:

En los últimos años se han planteado como objetivos de las acciones de salud, no solo disminuir la mortalidad prematura y evitar la morbilidad causada por las enfermedades, sino

tener en cuenta para la toma de decisiones la modificación sobre la calidad de vida de los pacientes que puedan tener las diferentes intervenciones. Esto ha obligado a realizar una reflexión profunda sobre el concepto de calidad de vida desde un visión macro y también desde el área de la salud y específicamente desde los aspectos cardiocerebrovasculares en la búsqueda de puntos de referencia e instrumentos para valorarla.

Un aporte reciente desde el punto de vista macro, lo hicieron los investigadores colombianos Carlos Rodado N. Y Elizabeth Grijalba de R. en su libro La Tierra cambia de piel de editorial Planeta(2); plantean que debe analizarse teniendo en cuenta lo que es en esencia el ser humano, indagando qué busca y a partir de las respuestas determinar cuál es el conjunto de medios, condiciones, y circunstancias que contribuyen de manera decisiva a crear el ambiente adecuado para que las personas, individual o/y colectivamente lo logren. EL SER HUMANO, racional, consciente, le confiere dignidad y busca en forma deliberada el bienestar, que es el conjunto de cosas para vivir bien, que al mismo tiempo se constituye en el mejor estímulo a la voluntad de vivir. Proponen 4 dominios constitutivos de la calidad de vida: El nivel de vida (referente económico), condiciones de vida (referente a lo social), medio de vida (referente a lo ecológico) y relaciones de vida (referente a lo mental y moral). En primer lugar el ser humano requiere satisfacer las necesidades básicas y relacionarlas con otras más complejas en el ámbito social y espiritual; no se trata solo de sobrevivir, se busca el desarrollo pleno de su potencialidad. El bienestar requiere de ciertos accesorios indispensables para una vida digna, como la vivienda, el vestido, el descanso y la recreación reconfortantes. Es bueno no olvidar que el buen vivir es un poliedro, algunas de sus caras tienen precio y se compran como cualquier mercancía, pero muchas otras son bienes que no tienen precio sino valor. El bienestar requiere de seguridad para las personas y conservación del ambiente. Un componente

esencial que casi nunca se menciona cuando se trata de medir la calidad de vida tiene que ver con la dimensión mental y espiritual. Teniendo estos aspectos en cuenta grosso modo, los autores hacen una propuesta para determinar índices de cada uno de estos dominios y tener calificaciones para las diferentes comunidades, que permitan hacer comparaciones y evaluaciones.

En el libro de Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable, la doctora Restrepo dedica un capítulo que es escrito por Marta Lucía Castro R. a la Calidad de Vida y Promoción de la Salud, donde se ve cómo justamente se convierte en objetivo de esta función para quienes nos encargamos de trabajar en esta área del que-hacer humano.

Finalmente, en el campo de la Rehabilitación cardiaca, una de las personas que más han aportado a su desarrollo es Nanette Kass Wenger quien dedica un capítulo a la mejoría de la calidad de vida en el marco de la RC, en la segunda edición de Clinical Cardiac Rehabilitation de Pashkow y Dafoe(3) . Aquí la perspectiva es micro, pues ve la calidad de vida en el contexto de los cuidados en salud, como es la manera en la que la enfermedad crónica afecta las características de la vida del paciente, en especial, su satisfacción vital, el bienestar, su comodidad, su desempeño físico, emocional e intelectual, su capacidad para participar en las actividades familiares, de su ambiente de trabajo y en la comunidad. La satisfacción del paciente con las acciones de cuidado estará dada por la efectividad de disminuir las limitaciones que le cause la enfermedad. Como se ve, los atributos de la calidad de vida son subjetivos y personales y reflejan e incorporan el sistema de valores del paciente, lo mismo que sus juicios sobre su salud en general y su satisfacción vital. Afortunadamente los programas de RC han mostrado efectos muy evidentes en el autocuidado, en el desempeño de los quehaceres domésticos, en actividades recreativas, en los diferentes roles familiares, en el desarrollo cognitivo, en el uso

adecuado de los recursos en salud, en la sensación de control de las circunstancias y de ellos mismos, en el sentido de autonomía, en las habilidades para manejar las situaciones emocionales, en el nivel de satisfacción personal, en el ánimo positivo, en la satisfacción y en el optimismo hacia el futuro.

a) Como se aprecia, cualquiera de las acciones de las ciencias y de los profesionales de la salud tienen que mirar la calidad de vida de sus pacientes y de las comunidades y los logros concretos de la RC para dar pautas para la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad.

Modelo de atención integral en el cuidado cardiovascular:

El panorama presentado, muestra a la rehabilitación cardiaca actual como un modelo integral en el cuidado de los pacientes con enfermedades cardiocerebrovasculares, pues parte de una concepción humanística del ser, que tiene muy en cuenta la condición humana en lo biológico, lo sicológico, lo social y su trascendencia intelectual y espiritual, que le permite concebirlo con unos derechos y deberes para lograr unos niveles altos de calidad de vida, vivir bien y ser felices. Entiende el trabajo con los pacientes en quienes se han manifestado las enfermedades CCV, como una labor de equipo multi e interdisciplinario que requiere de conocimientos profesionales profundos y actualizados, que propone un plan de acción y lo discute con el paciente, involucrándolo en su cuidado y en la reflexión de sus expectativas personales, que escoge las mejores estrategias, define metas y propone parámetros para medir logros.

Las otras acciones en salud tienen mucho que aprender de la RC, así como ella se nutre de la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria y de la recuperación de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Restrepo Helena y Málaga Hernán. PROMOCION DE LA SALUD: CÓMO CONSTRUIR VIDA SALUDABLE. Editorial Médica Panamericana 2001.

Rodado Noriega, Carlos. Grijalba de Rodado Elizabeth. LA TIERRA CAMBIA DE PIEL. UNA VISION INTEGRAL DE LA CALIDAD DE LA VIDA. Editorial Planeta, Bogotá, 2001.

Pashkow, Frederic J. Dafoe, William A. CLINICAL CARDIAC REHABILITATION A CARDIOLOGIST'S GUIDE. Second edition. Williams & Wilkins Baltimore 1999.

Report of the U.S. Preventive Services Task Force. GUIDE TO CLINICAL PREVENTIVE SERVICES. Second edition. William & Wilkins 1996.

Grady, Kathleen, Young ,James. TEAM MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HEART FAILURE. A Statement of Healthcare Profesionals From the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. Circulation, 2000; 102:2443-2456

EL EJERCICIO FÍSICO COMO ESTRATEGIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOCEREBROVASCULARES

OSCAR OSWALDO ESCOBAR MONTOYA*

INTRODUCCIÓN

La sociedad está en constante evolución, los temas que preocupan en cada momento van variando, según cambia la población, sus necesidades e intereses.

En la actualidad las estadísticas oficiales de los censos realizados en países industrializados, ponen en evidencia un incremento de la población que se encuentra por encima de los 65 años de edad. Igualmente y aún más en las próximas décadas, la nuestra será una población en constante envejecimiento.

Por otra parte, en el mundo actual, producto de la revolución científico-técnica que se ha manifestado durante los últimos años, cada vez se reduce más la necesidad de realizar actividades físicas, pero la brusca disminución de éstas, llamada hipoquinesia, hipodinamia o sedentario simplemente; influye desfavorablemente sobre las principales funciones vitales del organismo, especialmente cuando se aumenta de edad

*Licenciado en Educación Física. Especialista en Educación para la salud. Especialista en Actividad Física y Salud.

biológica, ya que el nivel de exigencia física que la sociedad impone a las personas disminuye, lo que contribuye a incrementar el deterioro funcional que tiene lugar con el avance de la edad. Precisamente, los órganos más vulnerables a las influencias de los estilos y modos de vida de las sociedades modernas son, a no dudarlo, los relacionados con las enfermedades cardiocerebrovasculares.

En efecto, hoy, los habitantes de las sociedades modernas se caracterizan por una alta tasa de morbímortalidad debida a las enfermedades crónico degenerativas que generan patologías cardiocerebrovasculares. Como consecuencia, estos problemas se han convertido en un tema de interés al nivel de la salud pública y copan la atención del equipo interdisciplinario del área de la salud.

La Educación Física entendida como el proceso de formación integral y multifacética del individuo que tiene lugar en un contexto histórico – social y que pretende la adquisición de normas, valores, habilidades y un cúmulo de conocimientos sobre las diferentes dimensiones relacionadas con el fenómeno de las actividades físicas, incursiona en los diferentes niveles de intervención del proceso salud – enfermedad, ya que, la planificación sistemática de los **ejercicios físicos,** inmersa en el contexto pedagógico, ha demostrado ser una importante estrategia para incrementar el bienestar biosicosocial, disminuir los factores de riesgo y controlar las enfermedades, especialmente las relacionadas con las denominadas patologías crónico degenerativas presentes en el mundo moderno.

1. INACTIVIDAD FÍSICA Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE GENERAN PATOLOGÍAS CARDIOCEREBROVASCULARES

Algunos modos de vida relacionados con la cultura, la ocupación o el papel desempeñado en la sociedad son nocivos para

la salud. El modo de vida de los habitantes de las grandes ciudades es cada vez más estresante: ruidos, contaminación, violencia y, sobre todo, sedentarismo. De acuerdo con estas premisas, cada persona puede adoptar unos hábitos de vida más o menos favorables con un impacto diferente sobre su nivel de salud.

Un estilo de vida sedentario se ha vinculado con un mayor riesgo de asociación de trastornos metabólicos, endocrinos y cardiovasculares. Además, el sedentarismo constituye un riesgo independiente de muerte[1].

En la tabla 1 se anuncian las alteraciones que se relacionan con la inactividad física y generan enfermedades crónico degenerativas que ocasionan una alta tasa de morbimortalidad cardiocerebrovascular.

Tabla 1

ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA INACTIVIDAD FÍSICA QUE OCASIONAN UNA ALTA TASA DE MORBIMORTALIDAD ARDIOCEREBROVASCULAR

1- Exceso de peso graso, especialmente de tejido adiposo visceral.
2- Resistencia a la insulina e hipersecreción pancreática de insulina.
3- Diabetes mellitus tipo 2.
4- Dislipidemia (alto las LDL, el CT, los TG y bajo las HDL)
5- Hipertensión arterial.
6- Incremento de la adhesividad y agregabilidad plaquetaria.
7- Disminución de la actividad fibrinolítica.

El riesgo de sufrir un infarto del miocardio es aproximadamente dos veces mayor en las personas sedentarias. El riesgo relativo de la inactividad física es similar al riesgo asocia-

[1] *SERRA GRIMA, José Ricardo. Prescripción de ejercicio físico para la salud. Barcelona: Editorial Paidotribo, ISBN: 84-8019-280-1. p. 324.*

do a los otros tres factores de riesgo primario (fumar cigarrillo, niveles elevados de lípidos sanguíneos e hipertensión arterial) para adquirir enfermedad arterial coronaria. No obstante, el porcentaje total de la población que es sedentaria supera de lejos el porcentaje de individuos que poseen los otros tres factores de riesgo primario[2].

Finalmente, se conoce bien que el exceso de peso graso, la dislipidemia, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, se agrupan y se relacionan unas con otras. La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia subsecuente constituyen el centro de este síndrome, que presenta una gran incidencia en los adultos sedentarios de mayor edad y que tomado como un todo, dicha combinación de anomalías se denomina **síndrome X**[3].

Consecuentemente, la considerable morbilidad y mortalidad asociadas a dicho síndrome, constituye una enorme carga clínica y económica, la cual es esencial que reduzcamos, implementando estrategias que prevengan las enfermedades crónico degenerativas y que eleven la calidad de vida de los habitantes de nuestras ciudades, ya que, es evidente que para mejorar la salud hay que incidir sobre las prácticas establecidas en el estilo de vida, los factores del medio ambiente y las variables socioeconómicas, más que en el sistema de atención de la enfermedad.

Dentro de esta línea, se asocian los estados positivos de salud con un estilo de vida adecuado, un óptimo nivel de estrés, una sensación de bienestar, una capacidad de disfrute y una tolerancia a los retos que plantea el entorno[4]; en otras palabras: incidir más en la calidad de vida que en la cantidad de vida.

En este sentido, la inclusión del ejercicio físico en los estilos de vida aparece como uno de los hábitos saludables conside-

[2] *WILMORE, Jack H. y COSTILL, David L. Fisiología del esfuerzo y del deporte. Barcelona: Editorial Paidotribo, 1998. p. 482.*

[3] *Aunque en la práctica clínica en los últimos años, se le han dado muchos nombres a este síndrome: Cuarteto de la muerte, síndrome de resistencia a la insulina, síndrome plurimetabólico y otros, he preferido mantener la denominación asignada por Reaven en 1988, ya que, es la más común en las publicaciones.*

[4] *SANCHEZ B, Fernando. La actividad física orientada hacia la salud. Madrid : Editorial Biblioteca Nueva, S. L.,1996. p. 23.*

rados como positivos. Esa valoración positiva se debe al convencimiento mayoritario de que su práctica reporta beneficios tanto biológicos como psíquicos y sociales.

2. EL EJERCICIO FÍSICO COMO FACTOR PROTECTOR V.S LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE GENERAN PATOLOGÍAS CARDIOCEREBROVASCULARES

Hoy en día, son suficientes las evidencias epidemiológicas para afirmar con certeza que el ejercicio físico inmerso en el contexto pedagógico previene e incluso controla las mencionadas enfermedades crónico degenerativas que se asocian con un estilo de vida sedentario, pues, disminuye las influencias desfavorables de la inactividad física, contribuye a la formación de mecanismos compensadores e intensifica las reacciones de defensa del organismo recuperando la estructura y las funciones de los órganos afectados. Asimismo, podemos afirmar que permite alcanzar una mayor estabilización emocional y mejores relaciones sociales.

Las modificaciones que induce la práctica del ejercicio físico generan una protección contra las enfermedades crónico degenerativas, ocasionando una disminución en la tasa de morbimortalidad cardiocerebrovascular (Ver tabla 2).

Tabla 2
MODIFICACIONES INDUCIDAS POR LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO QUE DISMINUYEN LA TASA DE MORBIMORTALIDAD CARDIOCEREBROVASCULAR

1- Reducción del exceso de peso graso.
2- Aumento de la sensibilidad a al insulina.
3- Cambios en el perfil lipídico.
4- Reducción de las cifras tensiónales.

5- Control de los niveles de glucosa sanguínea y hemoglobina glucosilada.
6- Disminución de la adhesividad y agregabilidad plaquetaria.
7- Mayor actividad fibrinolítica.
8- Aligeramiento de la carga de trabajo del corazón (disminución de la resistencia periférica, la frecuencia cardiaca y el consumo miocárdico de oxígeno. Adicionalmente, incrementa la contractilidad del miocardio, el volumen sistólico, el flujo sanguíneo periférico y la red de capilares, además de la formación de colaterales).

De otro lado, está claro que aquellas personas que implementan estilos de vida activos a lo largo de sus vidas, no sólo poseen una buena condición física, sino también una mejor función de sus sistemas orgánicos en comparación con los individuos sedentarios de la misma edad. Este es uno de los argumentos que más se ha utilizado para apoyar con entusiasmo este tipo de estrategia entre la población cuyo modo de vida es de predominio sedentario.

En conclusión, los importantes beneficios obtenidos del ejercicio físico, lo convierten en una excelente herramienta para prevenir las enfermedades crónico degenerativas que se presentan en las personas ancianas, siempre y cuando se implemente su práctica en los adultos con factores de riesgo antes de alcanzar dicha etapa del ciclo vital. Además, la participación en programas de ejercicios físicos reduce los costos anuales del sistema de atención de la enfermedad asociados con el estilo de vida sedentario, especialmente en la etapa de la ancianidad, lo que refuerza la necesidad de incluir en el actual plan de atención básica (PAB) del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el ejercicio físico como estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3. ORIENTACIONES SOBRE LA PROGRAMACIÓN DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE GENERAN PATOLOGÍAS CARDIOCEREBRO-VASCULARES

En todo lo expresado en los capítulos anteriores acerca del proceso salud - enfermedad de las sociedades actuales, destaca el hecho de que existen tanto en el ámbito personal como colectivo formas y maneras de comportarse que son favorables para los estados de salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables.

El ejercicio físico ha significado en los últimos años una moda, sin embargo, la importancia de su práctica radica en alcanzar y/o mantener niveles adecuados de salud, lo cual ha resultado en que las sociedades lo involucren como un componente más del modo de vida.

Por otra parte, está ampliamente difundido y aceptado que una adecuada Educación Física es un elemento significativo para el mejoramiento de la calidad de vida, ya que, incide sobre todas las esferas relacionadas con el fenómeno salud. De esta forma, tanto las tendencias actuales, como las perspectivas de futuro, apuntan en una dirección en la cual la educación física constituye un componente muy importante de la educación orientada hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Hoy en día, proliferan las instituciones que ofrecen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. No obstante, la mayoría de ellas no tienen presente que las enfermedades crónico degenerativas que generan patologías cardiocerovasculares son un fenómeno complejo que combina factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Por lo tanto, los programas de ejercicios físicos que se desarrollen actualmente deben incidir sobre todas estas esferas re-

lacionadas con el proceso salud - enfermedad. En consecuencia, dichos programas deben ser placenteros, deben estimular mental e intelectualmente, deben mejorar la socialización, deben ser adaptados a las necesidades e intereses del participante, deben ser efectivos para reducir los factores de riesgo, entre otros. En concordancia, con estas ideas, hay que destacar el significado del concepto autocuidado y su importancia para el mantenimiento de la salud.

Por tal motivo, el diseño de los programas de ejercicios físicos deben integrar todas las dimensiones del ser humano mediante una aproximación pedagógica a la Educación Física que contemple la triple vertiente de lo conceptual, (conocimientos sobre la relación educación física y salud), lo procedimental, (experiencias significativas sobre educación física) y lo actitudinal (actitudes positivas hacia la Educación Física)[5].

Por otra parte, importantes estudios realizados en la década de los noventa han puesto de manifiesto que en ciertas circunstancias la práctica de actividades físicas extenuantes puede inducir ataques de infarto del miocardio. No obstante, es importante resaltar que sólo una pequeña fracción de dichos casos (cerca de uno de cada veinte), parecen ser iniciados realmente por la actividad física pesada, ya que muchos infartos comienzan durante la actividad física leve o incluso mientras las personas se encuentran en descanso y, por lo tanto, son presumiblemente iniciados por otros mecanismos.

Los investigadores han estimado que el riesgo de un ataque al corazón durante una hora después de la ejercitación extenuante es seis veces mayor que durante la práctica de las actividades físicas leves o mientras se está en descanso. Un aspecto importante de señalar es que el incremento de riesgo de un infarto agudo del miocardio durante la realización de actividades físicas intensas o una hora después de estas

[5] SANCHEZ, *Op. Cit., p. 121.*

se limita a personas que no hacen ejercicio físico regularmente, en tanto que entre quienes se ejercitan por lo menos cuatro o cinco veces por semana se presente un mínimo riesgo. Entre los individuos con vida sedentaria, el riesgo de un ataque al corazón es cien veces mayor durante la realización de actividades físicas extenuantes que durante las de baja intensidad o mientras se encuentran en descanso[6].

Las personas con vida sedentaria, sobre todo si conocen que tienen afección arterial coronaria o presentan factores de riesgo primarios, no deben ejecutar actividades físicas extenuantes, ya que algunas veces éstas pueden causar más daño que bienestar.

Por lo tanto, como cualquier otra medida que se implemente para promocionar la salud y prevenir la enfermedad, no se puede ordenar la realización de actividades físicas sin tener en cuenta cada una de las etapas de la planificación sistemática de ejercicios físicos.

3.1 PLANIFICACIÓN SISTEMÁTICA DEL EJERCICIO FÍSICO

Inmerso en el contexto de lo comentado hasta el momento se encuentra la planificación sistemática del ejercicio físico, estrategia fundamental de la Educación Física.

En términos generales, **la planificación** es un proceso que tiene lugar en cualquier faceta de la vida; representa la determinación de algún objetivo y las acciones que deben emplearse para alcanzarlo en un plazo dado. Sin embargo, es importante resaltar que una planificación sistemática no sólo define a dónde se quiere ir y cómo se quiere llegar, sino que también establece cómo se sabrá si el viaje ha sido un éxito y qué tipo de medidas habrá que tomar en caso contrario. Asimismo, debe posibilitar alternativas para modificar de forma constante e inmediata el desarrollo del programa. Por

[6] *MITTLEMAN, Murray A. y col. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion "protection against triggering by regular exertion". En: The New England Journal of Medicine. Vol. 329 N° 23 (December 2, 1993). p. 1677 - 1683.*

lo tanto, el proceso de planificación es cíclico (Véase Figura 1).

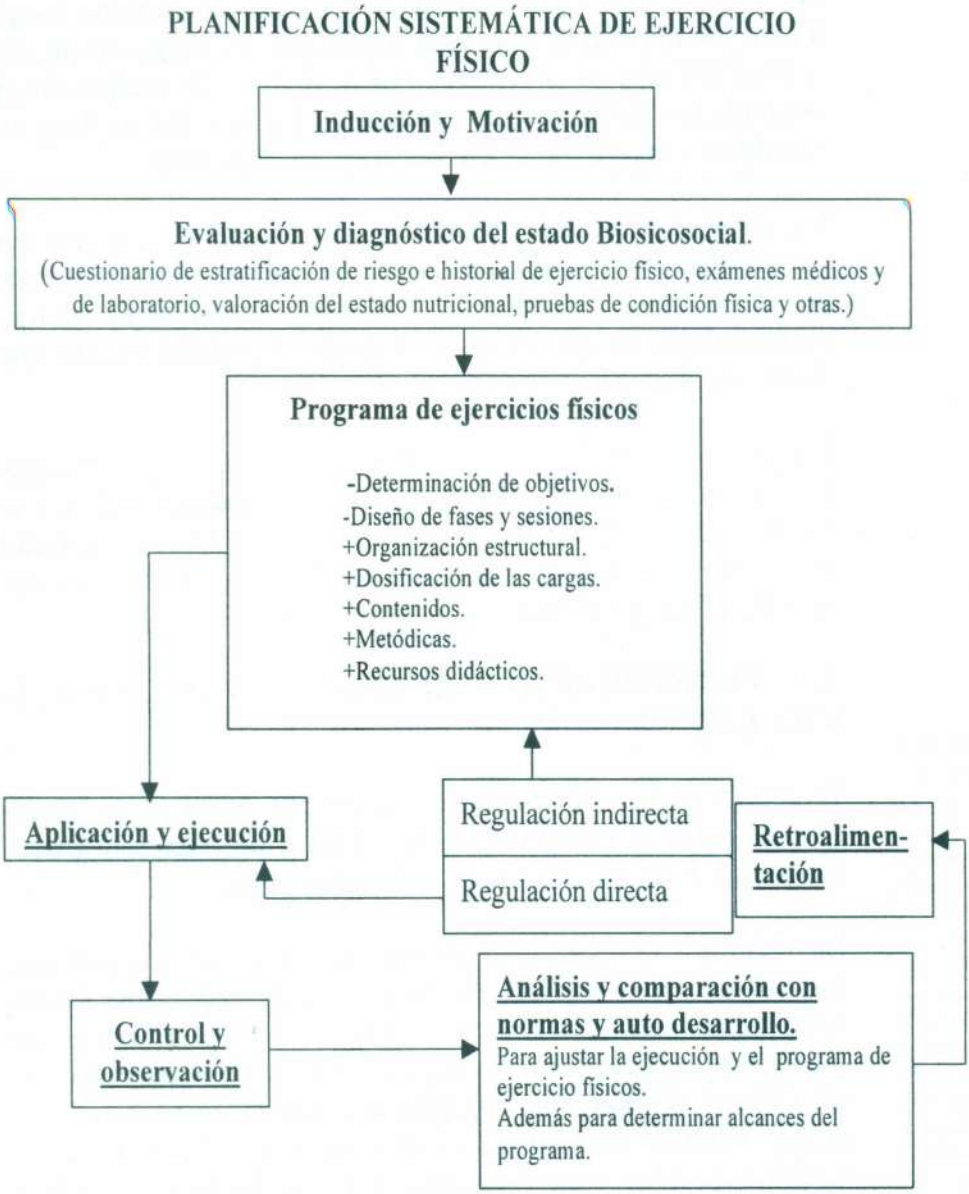


Figura 1. Planificación sistemática de programas de ejercicios físicos. Elaborada por ESCOBAR M., Oscar O.

El proceso de planificación sistemática de ejercicio físico que propongo consta de 7 etapas, cada una de las cuales poseen finalidades diferentes:

3.1.1 Etapa de inducción y motivación. Pretende establecer una atmósfera y un clima apropiado para el desarrollo del programa. Además, investigar los intereses y en parte las necesidades de los participantes.

3.1.2 Etapa de evaluación y diagnóstico del estado biosicosocial. Mediante esta pretendemos conocer el nivel de salud de cada uno de los participantes, para lo cual les realizamos: Cuestionario de estratificación de riesgo e historial de ejercicio físico; exámenes médicos y de laboratorio clínico pertinentes; valoración del estado nutricional; pruebas de condición física y otras. Asimismo, el análisis de la información obtenida debe permitirnos plantear la prescripción (recomendación de un régimen o serie de pautas) y el posible programa de ejercicio físico que vamos a proponerle a cada uno de los participantes, ya que para este momento del proceso, deben haberse clarificado tanto los intereses como las necesidades de cada uno de ellos.

3.1.3 Etapa de programación de ejercicios físicos. Programar significa anunciar por escrito en forma detallada un conjunto de instrucciones secuenciales previas a lo que se piensa realizar, es decir, correspondientes a un plan. Y ejercicio físico son actividades físicas programadas y estructuradas que implican la puesta en marcha de todo el sistema corporal humano y que ejecutamos teniendo una finalidad previamente establecida que puede ser educativa, instructiva, funcional, lúdica, social, psíquica, entre otras.

Ilustrados estos conceptos, debemos anotar que durante esta etapa del proceso de planificación sistemática se deben determinar los objetivos y diseñar las fases (acondicionamiento, mantenimiento y transición) con sus correspondientes sesio-

nes, teniendo como puntos básicos: Organización estructural, dosificación de las cargas, contenidos, metódicas y recursos didácticos. Es importante resaltar, que esta etapa del proceso deberá regirse en lo posible por los intereses, las necesidades y las características biosicosociales detectadas en cada uno de los participantes en las etapas anteriores.

3.1.4 Etapa de aplicación y ejecución. Durante esta etapa se pone en práctica la programación correspondiente a cada una de las fases y las sesiones. La ejecución debe aproximarse al máximo a lo previsto en el programa de ejercicios físicos; ésta es la razón por la que constituye el cuarto paso dentro del proceso de planificación sistemática.

3.1.5 Etapa de control y auto-observación. Ejercer control sobre la realización y la ejecución es una tarea fundamental para que la práctica se desarrolle de acuerdo con lo estipulado en el programa. El registro constante de lo sucedido durante cada clase es una de las mejores formas de control. Igualmente, el autocontrol, la percepción y los comentarios de cada uno de los participantes sobre las actividades desarrolladas durante la sesión permitirán conocer si cada uno de los ejercicios físicos ha sido ejecutado en la forma deseada. Asimismo, podemos controlar el desarrollo y el final de los programas de ejercicio físico, en parte, mediante la aplicación de las pruebas utilizadas al inicio en la etapa de evaluación y diagnostico. Por tanto, el propósito de esta etapa del proceso de planificación sistemática es la recolección permanente de información, para lo cual es necesaria una metódica de control apropiada a corto y largo plazo a través de la cual se obtenga una base de datos que facilite interpretar el impacto del programa de ejercicio físico.

3.1.6 Etapa de análisis y comparación con normas y autodesarrollo. El análisis de la información y su comparación con los hechos conocidos sobre la base de experimentos y observaciones acerca de la influencia del ejercicio físico

nos permiten corroborar si los resultados obtenidos parcial o finalmente mediante los controles se encuentran dentro de lo esperado. De esta forma, la etapa permite determinar los alcances de lo planeado para cada una de las sesiones, fases o el total del programa, a base de comparar el nivel actual con el previsto, es decir, el nivel real con el planificado. Así, lo esencial es valorar la información y los resultados obtenidos en cada uno de los controles y establecer los posibles criterios a seguir en el transcurso del programa.

3.1.7 Etapa de retroalimentación. Finalmente, mediante esta última etapa del proceso de planificación sistemática, la persona que orienta e incluso quien desarrolla el programa pueden corregir la ejecución del mismo y redefinir los objetivos planteados en caso de no haber alcanzado las metas propuestas. Las conclusiones de la etapa anterior nos permiten retroalimentar directa o inmediatamente la ejecución del programa mediante orientaciones impartidas durante el transcurso de la sesión. Además, llevar a cabo la retroalimentación indirecta ó a largo plazo sobre el programa. Asimismo, modificar toda la programación y su respectiva realización si deciden cambiar de enfoque al programa. En esta forma, se efectúa la verdadera regulación del proceso.

3.2 GENERALIDADES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE EJERCICIOS FÍSICOS

En primer lugar, deberíamos tener en cuenta que el objetivo general de los programas de ejercicios físicos como estrategia para la prevención de las enfermedades crónico degenerativas que generan patologías cardiocerebrovasculares, es que **los adultos con estilos de vida sedentarios incluyan la práctica de los ejercicios físicos en su cronograma de actividades.**

Para motivar a estos sujetos a ejercitarse de modo regular,

es necesario implementar estrategias que permitan que la sesión de ejercicios físicos se conviertan en un espacio agradable, pues de esta forma se contribuye a que se formen actitudes positivas, lo que puede afianzar los hábitos de práctica de los ejercicios físicos. Además, hay que instruir a las personas sobre las influencias beneficiosas que los ejercicios físicos pueden tener en la prevención de las enfermedades crónico degenerativas.

Es muy importante resaltar que todas las capacidades físicas deberán ser desarrolladas para conseguir una armoniosa y equilibrada condición física. No obstante, se ha de dar preferencia a los contenidos de resistencia dinámica general aeróbica, fuerza resistencia dinámica de baja intensidad y flexibilidad. Un criterio importante al seleccionar los contenidos o ejercicios físicos para cada una de las partes de la sesión, es que sean del agrado de los participantes, ya que, la motivación es probablemente el factor más importante para que el programa de ejercicios físicos tenga éxito. Así, la elección de contenidos divertidos, que proporcionen un reto y que produzcan los efectos para lo cual han sido diseñados es una de las tareas más cruciales en la programación de ejercicios físicos.

Esencialmente los programas de ejercicios físico se dividirán en tres fases: Una de acondicionamiento, otra de mantenimiento y una de transición. La duración de cada una de ellas dependerá de la cantidad de tiempo durante la cual se va a desarrollar el programa. Si éste va a desarrollarse aproximadamente durante un año, las fases pueden tener las siguientes duraciones: De 8 a 12 semanas la de acondicionamiento, entre 28 y 32 semanas la de mantenimiento y 4 semanas la de transición.

La fase inicial pretende alcanzar una cima, por lo que progresivamente se realizarán aumentos de los parámetros de carga a largo plazo para cada una de las capacidades físicas,

en la siguiente forma: Aumentos del número de sesiones por semana, incrementos en la cantidad de los estímulos por sesión, reducción de los períodos de recuperación y finalmente, aumentos en el nivel de esfuerzo de cada uno de los ejercicios físicos. El incremento a pasos pequeños siempre es apropiado cuando no se tiene un buen nivel de condición física. Además, es a menudo contraproducente incluir progresiones demasiado rápidas, ya que para muchos de los participantes el no ser capaces de adaptarse a la nueva exigencia, es una de las principales causa de desmotivación y abandono de los programas.

Igualmente, resulta importante la aplicación metodológica de postulados tales como: De lo conocido a lo desconocido, de lo fácil a lo complejo, de menos a más y otros. Asimismo, el diseño de la fase acondicionamiento deberá regirse por los siguientes principios o normatividades:

♦ Estímulo eficaz de la carga: Este principio nos indica que la carga de los diferentes ejercicios físicos deben ser superiores al nivel de la que poseen los contenidos de trabajo habituales, es decir, deben superar la duración, la intensidad, el volumen, la frecuencia y la densidad de los estímulos a los cuales nos encontramos adaptados. Esto significa, que para que se produzcan nuevas adaptaciones, el nivel de carga de los diferentes ejercicios físicos de la fase de acondicionamiento deben, después de determinados períodos o espacios de tiempo, ser superiores a los que se están realizando, ya que, si se mantienen iguales no resultarán adecuados para iniciar nuevos procesos de adaptación. Asimismo, es de suma importancia la variabilidad constante de contenidos y espacios de práctica, para que dicha estimulación no sea monótona.

♦ Relación óptima entre carga y recuperación: Este principio se basa en el hecho de que se requiere una pausa o tiempo de recuperación después de cada estímulo, sesión o período de práctica con el fin de que el organismo pueda sopor-

tar nuevamente otro estímulo, sesión o período de práctica en condiciones favorables. Si dicho espacio de tiempo no se respeta, se llegará fácilmente al agotamiento y los ejercicios físicos no alcanzarán a generar los efectos esperados.

♦ Repetición y continuidad: Para alcanzar y mantener adaptaciones es indispensable repetir varias veces los estímulos y realizarlos con cierta regularidad, ya que, infortunadamente las modificaciones que se obtienen mediante la práctica de los ejercicios físicos son reversibles.

De esta forma, teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores, los programas de ejercicios físicos intentarán alcanzar finalizada la fase de acondicionamiento, una cima que deberá mantenerse durante el tiempo que sea necesario para conseguir todos los beneficios asociados con la práctica del ejercicio físico.

Finalmente, todo organismo necesita cierto tiempo para una completa regeneración biosicosocial, motivo por el cual, se deberán reducir los niveles alcanzados ("cima"), y sostenidos durante las fases de acondicionamiento y de mantenimiento. Reducir no es detener la realización de ejercicios físicos; simplemente significa disminuir progresivamente el nivel de esfuerzo, la cantidad de los estímulos por sesión y él numero de sesiones por semana alcanzados, hasta un nivel de trabajo eventualmente superior al punto de inicio del programa de ejercicios físicos. Paralelamente, se aumentarán los periodos de recuperación.

Por lo tanto, una completa regeneración debe ser con base en la recuperación activa, pues, infortunadamente, las modificaciones y los beneficios que se derivan de la práctica de los ejercicios físicos se perderán progresivamente, si no continuamos ejercitándonos regular y periódicamente. Por último, recordemos que la realización de ejercicios físicos debe contemplarse como un hábito para toda la vida.

BIBLIOGRAFÍA

ASTRAND, Per-Olof y RODAHL, Kaare. Fisiología del trabajo físico "Bases fisiológicas del ejercicio". Tercera edición. Buenos Aires: Editorial médica panamericana S.A. 1992. p. 409.

BARBANY, Joan R. Fundamentos de fisiología del ejercicio y del entrenamiento. Barcelona: Editorial Barcanova, S.A. 1990. p. 90.

ESCOBAR MONTOYA, Oscar Oswaldo. Programas de ejercicios físico-motrices orientados hacia la reducción del exceso de peso graso "fundamentos fisiológicos y metodológicos". Medellín: Monografía de la especialización educación física "Actividad física y Salud". Universidad de Antioquia, 1999. p. 79.

———. Inactividad físico-motriz y enfermedad cardiovascular v.s entrenamiento físico-motriz. En:Educación física y deportes. Medellín. Vol. 18. N°1.(1995). p. 56 - 62.

GONZALEZ G. Javier, Fisiología de la actividad física y del deporte. Madrid. Editorial: Interamericana Mc Graw-Hill 1992. p. 77.

GROSSER, BRUGGEMANN Y ZINTL. Alto rendimiento deportivo. Barcèlona: Ediciones Martínez Roca S.A. 1989.

——— y MULLER, Helmut. Desarrollo muscular. Barcelona: Editorial Hispano Europea. 1990.

——— y Col. El movimiento deportivo "Bases anatómicas y biomecánicas. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A. 1991. p. 171-174.

LAGARDERA OTERO, Francisco. Contribución de los estudios praxiológicos a una teoría general de las actividades físico-deportivo-recreativas. En: Apunts - Educación física y deportes. Barcelona. N° 32. 1993. p. 10-18.

LOPEZ CHICHARRO, J. y FERNANDEZ VAQUERO, A. Fisiología del ejercicio. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1995. p. 13.

LOPEZ CHICHARRO, J. y LEGIDO ARCE, J. Umbral anaerobio "Bases fisiológicas y aplicación". Madrid: Editorial Interamericana McGraw-Hill. p. 16.

McARDLE, W.D., KATCH, F.I. y KATCH, V.L. Exercise Physiology " Energy, nutrition and human performance". Fifth edition. Lippncot Willians and Wilkins. 2001. p. 820 - 911.

MAJ ANN, Grediagin y Col. Exercise intensity does not effect body composition change in untrained, moderately overfat women. En: Journal of the american dietetic association. Vol. 95 (1995). p. 661-665.

MITTLEMAN, Murray A. y col. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion "protection against triggering by regular exertion". En: The New England Journal of Medicine. Vol. 329 N° 23 (December 2, 1993). p. 1677 – 1683.

NAVARRO VALDIVIESO, Fernando. La resistencia. Madrid : Editorial Gymnos. 1998. p. 82.

ROSS E., Andersen y Col. Effects of lifestyle activity v.s structured aerobic exercise in obese women. En : JAMA. Vol. 281, Nº 4. (January 27, 1999). p. 335-340.

SANCHEZ B. Fernando. La actividad física orientada hacia la salud. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L. 1996.

SERRA GRIMA, José Ricardo. Prescipción de ejercicio físico para la salud. Barcelona: Editorial Paidotribo, ISBN: 84-8019-280-1. p. 324.

SNYDER, K. A. y Col. The effects of long-term, moderate intensity, intermittent exercise on aerobic capacity, boby composition, blood lipids, insulin and glucose in overweight females. En: Int- journal obesity – relat- metab- disord. Vol. 21, Nº 12 (December 1997); p. 1180-1186.

STEEN, Suzanne Nelsn. Aspectos nutricionales para atletas que deben reducir de peso. En: Sports science exchange. The Quaker Oats Company. 1995.

STEWART, Kerry J. Exercise and hipertension. En: ACSM'S resource manual for guidelines for exercise testing and prescription. Fourth edition. USA. Lippincott Williams and Wilkins. 2001. p. 287.

TINAJAS RUIZ, Antonio y TINAJAS RUIZ, José V. El coste energético del ejercicio y su importancia en el tratamiento de la obesidad. En: Apunts – medica. Barcelona. Vol. XXX. 1993. p. 213- 227.

TURNER, Bryan S. El Cuerpo y la Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica. 1993.

WALBERG L, Yanet. Aerobic Exercise and Resistance Weight-Training During Weight Reduction. En: Sport Medicine. USA: Vol. 7. N°. 6(Julio 1989). p. 343-345.
WILMORE, Jack H. Body composition: A roundtable. En: The physician and sportsmedicine. Vol. 14. 1986. p. 144-162.

——— y COSTILL, David L. Physiology of sport and exercise. Champaign: Human Kinetics. 1994. p. 444-445.

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA CALIDAD DE VIDA

CARLOS RODADO NORIEGA *

Desde tiempos muy remotos, sabios, sacerdotes y filósofos han indagado sobre la naturaleza y la esencia de la felicidad y cuál es la actitud y el comportamiento que nos conducen a ella. Aristóteles hablaba en su época, de la felicidad como el bien supremo o fin último al que apuntan todos los actos o fines intermedios de la vida. El Libertador Simón Bolívar, imbuido por las ideas de la Francia revolucionaria y por el pensamiento de Tohomas Jefferson, en la Carta de Jamaica, en 1815, se refería al "instinto que tienen todos los hombres de aspirar a su mejor felicidad posible". Y en el discurso que pronunció ante el Congreso de Angostura, en 1819, sostuvo: "El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política".

*Ph.D en Economía de la Universidad de Michigan en EEUU. Coautor del libro: "La tierra cambia de piel. Una visión integral de la calidad de vida".

La felicidad a la que se refería Bolívar, de manera similar a la referencia que de ella hace la propia Constitución de los Estados Unidos, equivale a eso que hoy conocemos como "calidad de vida".

Y, por supuesto, pensadores modernos, europeos y norteamericanos principalmente, se han dedicado a elaborar teorías del

bien moral y del bienestar, siguiendo el pensamiento aristotélico y las ideas filosóficas de Kant.

Como se puede advertir, el tema de la calidad de vida ha sido tratado de múltiples maneras y, por su naturaleza, ha dado lugar a una extensa controversia en el campo de las ciencias sociales. No hemos soslayado esa discusión y, en ese terreno, asumimos posiciones claras en relación con los puntos más polémicos. El repaso que en el libro "La Tierra Cambia de Piel. Una visión integral de la calidad de vida"[1], se hace sobre la filosofía del bienestar no tiene como propósito revivir debates estériles, sino encontrar en la historia del pensamiento elementos para justificar racionalmente una descripción objetiva del bienestar o florecimiento humano.

El relativismo filosófico dirá que esa es una empresa imposible porque existen en el mundo 10.000 sociedades culturalmente diferentes, contando las numerosas tribus aborígenes esparcidas en la superficie del planeta. La pregunta obvia es entonces ¿pero en qué son diferentes las sociedades? En sus lenguas, en sus canciones, en sus comidas, en sus vestidos, en sus ritos funerarios y en muchos aspectos de esa índole, pero por encima de esas diferencias no esenciales, existe una indiscutible identidad de la naturaleza humana, determinada por una cualidad exclusiva de nuestra especie: su facultad de pensar. Esa cualidad es el denominador común que permite hacer abstracción de las diferencias accidentales y coloca a todos los seres humanos en un plano de igualdad.

Afirmamos por eso, que es perfectamente viable para individuos pertenecientes a las más diversas culturas llegar a un acuerdo sobre los componentes básicos de un buen vivir, deducidos de la característica esencial que singulariza a los humanos: la razón. En términos de esa potencialidad racional, no hay diferencia entre un europeo, un hindú, un africano, un malayo o un indígena del Amazonas.

[1] *Autores: Carlos Rodado Noriega y Elizabeth Grijalba de Rodado.*

Los argumentos anteriores explican por qué en nuestra investigación, nos apartamos del relativismo cultural y planteamos, a partir del concepto de racionalidad, una definición objetiva de calidad de vida, que agrupa en cuatro grandes dimensiones la diversidad de factores que la determinan o afectan. Para facilitar la memorización de esos cuatro componentes los hemos denominado de la siguiente manera: **nivel de vida (lo económico), condiciones de vida (lo social), medio de vida (lo ambiental) y relaciones de vida (lo mental, lo consciente).**

Por supuesto, no se trata simplemente de agregar más componentes al bienestar, sino de distinguir entre condiciones necesarias y superficies para un buen vivir. La vida es mucho más que un conjunto de relaciones mercantiles o monetarias y precisamente por eso, en la definición de calidad de vida, se deben tener en cuenta condiciones sociales, políticas y ecológicas que afectan la existencia humana. Pero el cuadro no se completa allí. A esa lista de factores determinantes es preciso agregar uno que rara vez se incluye en la definición de la calidad de vida: la parte mental o si se quiere consciente o moral del buen vivir.

Me referiré de manera breve, a algunos de los desequilibrios que más contribuyen a deteriorar la calidad de vida, y particularmente, a los desajustes que tienen que ver con la última de las dimensiones mencionadas: la mental.

El ser humano es por esencia un ente de relaciones, no sólo con sus semejantes y con la naturaleza, sino fundamentalmente consigo mismo; las relaciones que tiene con el mundo exterior son un reflejo de las que mantiene con su propio yo. Por lo tanto, la calidad de vida debe incluir no sólo un equilibrio del individuo con los factores externos, sino una armonía con su ser interior. Sin el cumplimiento de ese requisito, la persona puede satisfacer deseos, apetencias y aspiraciones de la más variada índole, pero jamás llegará a tener una buena calidad de vida.

Estamos viviendo uno de esos períodos verdaderamente cruciales de la historia. Somos testigos de un vertiginoso avance en el desarrollo del conocimiento científico y tecnológico, que contrasta con el lento progreso espiritual y moral de la humanidad. La criatura racional que ha sido capaz de dominarse a sí misma, ni en sus pasiones, ni en sus instintos agresivos, que la impelen a dirimir por la fuerza, los conflictos que con frecuencia surgen entre los individuos de su especie.

Ese desfase es, en gran medida, el resultado de su proceso que nos ha llevado a valorar en demasía el concepto de precio y simultáneamente a depreciar el concepto de valor. La evaluación del éxito en términos económicos se ha impuesto como una característica distintiva de nuestra civilización y, por ese camino, las relaciones humanas se han impregnado de los valores éticos del mercader. Nos hemos preocupado por formar a los individuos para el mercado, en vez de formarlos para la vida.

En este contexto, permítanme traer a colación las reflexiones de un hombre a quien se ha admirado por su profundo conocimiento científico, pero pocas veces reconocido por su hondo sentimiento humano. Decía esa mentalidad genial: "No es suficiente enseñar a un hombre una especialidad. En esa forma podría convertirse en una máquina útil, pero no en una personalidad armoniosamente desarrollada. Es esencial que el individuo adquiera un entendimiento y un sentido vital de los valores. Debe adquirir un sentido de lo vívido y moralmente bueno. De lo contrario, con su conocimiento especializado, se parece más a un perro adiestrado que a una persona armoniosamente desarrollada. Debe aprender a entender los motivos de los seres humanos, sus ilusiones y sus sufrimientos, con el fin de lograr una relación adecuada con los individuos y con la comunidad". El autor de esta cita es Albert Einstein, lo que demuestra que las ciencias de la naturaleza y las ciencias humanas constituyen un mismo todo

y pueden operar con armonía en búsqueda del bienestar humano.

La formación de la persona es quizás el más grande reto de nuestros tiempos, pero infortunadamente es la tarea a la que no se le ha dado la atención que merece ni en los hogares, ni en la escuela, ni en la sociedad, y tampoco ha constituido una prioridad de la acción pública.

Las relaciones humanas pueden verse seriamente alteradas como consecuencia de desajustes del individuo con su medio social, situación que lo lleva a adoptar actitudes y comportamientos nocivos para su bienestar o el de sus congéneres. Estos desarreglos pueden obedecer a causas muy variadas, pero generalmente tienen que ver con relaciones poco satisfactorias durante la niñez, con la inadecuada formación para las relaciones humanas, o con tensiones internas surgidas de la contradicción entre lo que se enseña por medios de la palabra y el ejemplo que se da cuando se actúa. Esta última situación se está haciendo cada vez más evidente en la sociedad en que vivimos donde, por un lado, se predica el amor al prójimo y, por el otro, se practica el odio y la guerra en el plano económico, en el político y en el social.

Para propiciar relaciones humanas armoniosas, hay que crear conciencia sobre la importancia de satisfacer la necesidad de seguridad y afecto que tiene el niño en sus primeros años de vida, e inculcarle a las personas la importancia de encontrar un sentido de la vida que se debe edificar sobre sólidos cimientos éticos. Cuando falta esa adecuada orientación, la conducta de los individuos, independientemente de su nivel de ingreso o de su comodidad material, puede llegar a manifestarse en actos de agresividad con ellos mismos, con sus semejantes o con la naturaleza y llegar a tener incluso, efectos destructivos sobre su integridad personal o la de los demás seres de la creación.

No hay mucha diferencia entre la acción megalómana de Eróstrato, el pastor jónico que incendió el templo de Artemisa en Efeso, para que su nombre fuese recordado por la humanidad por haber destruido una de las siete maravillas del mundo antiguo, y la acción demencial de los terroristas que derrumbaron las torres gemelas de Nueva York, una de las construcciones más asombrosas del mundo moderno, convencidos de que con ese acto se ganaban automáticamente el cielo. Es la ética utilitarista que lleva a sacrificar el bien común en el altar de la gloria personal.

Déficit de afecto y déficit de formación explican estas conductas insanas y enfermizas que amenazan lo que debería ser el discurrir armonioso de la humanidad. Todo individuo se ve influido por el medio natural en que se levanta y es socializado por el grupo humano al que pertenece. La persona, es decir, el individuo con la personalidad desarrollada, es el resultado de una suma de influencias o de estimulaciones sociales que desde las primeras etapas de la existencia, van configurando lo que finalmente constituye su impronta humana. Con mucha razón se ha dicho que, el odio no es más que amor frustrado, y la agresividad, una manera de buscar el amor del que se ha carecido.

Si el niño ha sido privado de un elemento tan esencial como el amor, o no ha sido criado bajo el influjo de unas relaciones satisfactorias, va a sufrir con seguridad de deformaciones en su estructura psíquica. No dará amor porque nunca lo ha recibido, y como el afecto es el mejor estímulo para el desarrollo de la aptitud social y de las potencialidades humanas, ese desarrollo se verá notablemente menoscabado. El resultado de esas privaciones no puede ser otro que un ser huraño, hostil e inseguro, carente de competencia para desenvolverse socialmente y, por lo tanto, sin capacidad para soportar frustraciones o aplazar satisfacciones. En síntesis, un individuo desacoplado de su medio social.

Pero los desequilibrios que afectan la calidad de vida no son sólo afectivos y de formación, también existen y de manera muy generalizada, profundas desigualdades económicas y sociales. Estas últimas son un desafío de carácter moral, y difícilmente podrán ser zanjadas por el simple accionar del mecanismo de los precios. Ese sistema de señales económicas ha probado ser muy útil para producir el máximo de eficiencia, pero casi siempre al altísimo costo de sacrificar la equidad.

"El mundo ha producido más riqueza en los últimos 50 años que en los cinco millones de años transcurridos desde la aparición del hombre sobre la superficie de la tierra. A pesar de ese record, todavía mueren en nuestro planeta más de 35000 niños diariamente por causas prevenibles, más de 1200 millones seres sobreviven con menos de un dólar por día y, 2400 millones de personas carecen de saneamiento ambiental adecuado". La brecha entre los países más ricos y los más pobres, que esa de 3 a 1 en 1800, se amplió a una relación de 75 a 1 en el año 2000.

El capitalismo es la más formidable máquina de producción de riqueza y de ingresos, pero en cambio ha sido muy deficiente como instrumento de redistribución del ingreso que contribuye a multiplicar. Muchas de las políticas macroeconómicas con las que se pretende manejar las economías de mercado, configuran una ética sin alma.

Los gobiernos de diversos países estructuran modelos de desarrollo que, en la mayoría de los casos, son deshumanizados y deshumanizantes, porque el objetivo es casi siempre el incremento de la producción de bienes materiales, sin importar cómo se reparta el bienestar entre las gentes, que debe ser el objetivo primordial de la acción pública.

El libro *"La tierra cambia de piel"*, identifica y analiza los

factores que de manera fundamental, determinan el bienestar de un individuo o de un grupo social. Igualmente, indaga qué se debe hacer para lograr una mejora sustancial y sostenible en el buen vivir de una comunidad, desde un villorio hasta la "aldea universal" y, por más relevante donde se deben concentrar los esfuerzos para obtener los mejores resultados. Es decir, el qué, el cómo y el dónde de un asunto que debe preocupar por igual a los ciudadanos y a los gobiernos.

La tesis desarrollada se puede resumir diciendo que, la educación es la herramienta más eficaz para mejorar todas las dimensiones de la calidad de vida. Ella sirve para emplear en beneficio de la sociedad, la mayor riqueza del ser humano: su potencialidad racional, pero también para generar saludables cambios de comportamiento ciudadano. Como el hombre es un ser infinitamente maleable, siempre se puede modelar para que adopte una conducta moralmente sana y socialmente fecunda.

El título del libro es un mensaje de optimismo frente al cúmulo de dificultades y retos que afronta la humanidad y a la tragedia cotidiana que agobia a nuestra nación. Tenemos fe en que así como la voluntad humana, obnubilada por el fanatismo ha provocado tantos males, iluminada por la razón y guiada por la educación nos conducirá a un mundo mejor, donde impere la eficiencia económica, la justicia social y la libertad política.

En el camino ascendente de la superación espiritual y del logro de una conciencia cada vez más elevada, la Tierra y los seres que la habitan pueden cambiar de piel más de una vez en la búsqueda de su inacabable perfeccionamiento.

ASPECTOS DEL LIBRO "LA TIERRA CAMBIA DE PIEL. UNA VISIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD DE VIDA"

ELIZABETH GRIJALBA *

La tierra cambia de piel

Hay una sola tierra,
Un único espacio conocido para la vida

Este planeta azul,
Que existe desde hace cuatro mil quinientos millones de años, es soporte de todas las formas de vida.

En él habitamos los humanos en medio de la paradoja de ser los más depredadores, crueles y egoístas, pero al mismo tiempo los únicos con trascendencia espiritual, aventura sin par, incertidumbre sublime y logro ilimitado: somos la piel de la tierra.

Por eso, nuestro compromiso adquiere unas dimensiones inconmesurables; debemos vivir y simultáneamente permitir que la vida permanezca.

La bioética tiene precisamente ese fundamento esencial: hay que amar todas las manifestaciones de la vida, porque conformamos una entrañable comunidad de intereses, porque

* *Administradora de Empresas de la Pontificia, Universidad Javeriana. Fundadora y Directora de RENACER. Coautora del libro: "La tierra cambia de piel. Una visión integral de la calidad de vida".*

el amor ha sido el motor fundamental de la evolución biológica y también de la cultural, porque el amor es el incontenible deseo de hacer el bien a los demás.

Hay que amar la piel de la tierra.
Cambiar de piel, significa encontrar el alma;
Es redescubrir el sentido de nuestra existencia como seres humanos,
Es reencontrar nuestro destino común con las demás criaturas que conviven con nosotros en la tierra, es ampliar nuestra capacidad de comprender y de permitir el discernimiento.

Cambiar la piel de la tierra, es filosofía, es ética, es arte; cambiar la piel de la tierra es un propósito, es un ascenso en la escala del espíritu.

La tierra cambia de piel si tenemos clara conciencia moral, individual y colectiva de volver a crear el mundo; de hacer surgir la verdad, la bondad y la justicia como condición para que la vida continúe, de aprender a valorar las cosas materiales en función del crecimiento social y espiritual del ser humano.

El animal sabe convivir con el entorno, pero el hombre trasciende su entorno y elude así las limitaciones del presente mundo material, mediante la perspicacia del amor divino.

La tierra cambiará de piel si reinventamos el amor

Los efectos de una buena educación, van mucho más allá de los beneficios que obtiene la persona instruida y se proyectan al ámbito social, de suerte que, es toda la comunidad la que se beneficia con la formación mejorada de cada ser humano.

Sin exagerar, se puede afirmar que no existe inversión so-

cialmente más rentable ni medida más apropiada para mejorar la vida individual y colectiva de las personas que la educación.

La verdadera igualdad de oportunidades que un Estado democrático debe organizar, radica en ofrecerles a todos los ciudadanos las mismas opciones para que se puedan educar y competir con éxito en un mundo globalizado. O, para decirlo de manera sencilla, la acción pública debe propiciar que todos los niños de cualquier país, arranquen desde la misma raya en la dura carrera de la vida.

En el caso particular de nuestra nación, no es necesario citar tantas estadísticas para advertir por doquier carencias y profundos desequilibrios económicos y sociales. Pero la deficiencia más grave de nuestra sociedad, que afecta la formación de las capacidades humanas y todas las facetas del bienestar, es el enorme déficit educacional que se manifiesta en formas muy diversas, pero que los científicos sociales acostumbran sintetizar en indicadores relacionados con las tasas de analfabetismo o de matriculación por rangos de edad. En ese contexto, se menciona con frecuencia que, en Colombia, dos millones de niños de edad escolar no tienen acceso a la educación primaria.

En el libro "La tierra cambia de piel", los diversos factores que determinan o afectan la calidad de vida se agrupan en cuatro grandes dimensiones y, aunque cada una de ellas es influida de manera crucial por la educación, en estas breves palabras le daré una especial atención a la preparación del individuo para las relaciones de la vida, es decir, a la educación que humaniza al ser humano y que lo capacita para el arte de vivir y sobre todo, de convivir armoniosamente con los demás.

Esa formación comienza en el vientre materno, continúa en el hogar, se fortalece en la escuela y se prolonga por varios

años en la edad adulta. Pero la labor educativa que se hace al comienzo es fundamental, porque tiene la equivalencia de los cimientos sobre los cuales se erige el edificio de la personalidad, factor determinante de la aptitud social de los individuos en el curso de su existencia.

Educar a las personas en el arte y en la ciencia de las relaciones humanas, requiere combinar tres elementos esenciales: *amor, ejemplo* y *formación*. La primera demostración de amor es la atención oportuna y adecuada de las necesidades vitales del feto, cuando éste le hace sentir a la madre la urgencia de ingerir alimento; posteriormente ese sentimiento se demuestra cuando se le brinda al niño todo el cuidado que necesita y particularmente cuando se le proporciona afecto, compañía, ayuda o protección. Todas las personas que contribuyen a satisfacer las necesidades fundamentales del párvulo, se convierten para él en seres amables y por ende, en objetos de búsqueda o apetencia. Además todo lo que satisfaga sus necesidades lo hace sentir seguro, de ahí que la necesidad de amor en los seres humanos no sea otra cosa que la necesidad de seguridad. Por eso esta primera etapa de la vida humana, que con frecuencia se descuida, es tan crucial para la eficacia de la educación, que aspira a sembrar amor desde temprana edad. Siempre debemos tener presente que el niño aprende a amar a los demás cuando es amado.

Otro elemento fundamental de la educación para las relaciones de vida, es el ejemplo que se da a través del comportamiento. Las acciones tienen una enorme influencia sobre los individuos que la observan. Una buena acción educa más que una lección verbal, que obligue a memorizar conceptos desarticulados de la realidad. Con sobrada razón se ha dicho que para la formación de una persona no hay peor cosa que un buen consejo, acompañado de un mal ejemplo. La conducta observada por los padres y los maestros en su quehacer cotidiano es la mejor cátedra de relaciones humanas para un buen vivir. En ese orden de ideas, el resto a los demás

como fundamento de la armonía social, se aprende observando la manera como actúan o se comportan los mayores.

Otro tanto se puede decir de la utilización del diálogo como método para resolver pacíficamente los conflictos, en lugar de apelar a la fuerza física para dirimirlos. Por supuesto, me refiero al diálogo auténtico, en el cual cada participante está genuinamente interesado en escuchar a su interlocutor, de tal manera que existe una apertura a la posible verdad planteada por el otro, permitiendo que nuestros conceptos y opiniones puedan ser contrastados racionalmente. Debemos tener siempre presente que el hogar y la escuela constituyen los primeros laboratorios de comportamiento humano y, lo que allí se aprende, se graba para toda la vida.

Pero además del amor y el ejemplo, es indispensable proveer una formación adecuada para el arte de vivir y en especial, para practicar la solidaridad y la convivencia en las relaciones humanas. Esa formación debe empezar por orientar a la persona en búsqueda de un sentido de la vida o, lo que es lo mismo, descubrir algo importante por lo que la vida merezca ser vivida. Y nada le da más sentido a la existencia de un ser racional, que servir a los demás y cumplir un propósito trascendente, realizándose en la entrega a una causa noble o en el servicio de la humanidad. Ese sentido es también el que alimenta al individuo a actuar dentro de un marco de responsabilidad consigo mismo y con los demás seres con los que comparte el escenario de la creación.

Biológicamente estamos programados para la socialización, pero ese trabajo de la naturaleza generalmente está inconcluso, Es indispensable que la educación complete esa labor y nos ayude a ser verdaderamente humanos. Esta es una potencialidad con la que nacemos, pero que efectivamente se realiza mediante la enseñanza ejemplarizante de los padres, de los maestro y de nuestros congéneres. El filósofo y educador español Fernando Savater sostiene que, todos los

nacimientos humanos son en cierto modo prematuros: una parte de la gestación se lleva a cabo en el útero, la otra se completa en la matriz social. Y agrega: "el primer objetivo de la educación es hacernos conscientes de la realidad de nuestros semejantes"[1]. Ellos también hacen parte de nuestra vida a través de un fecundo intercambio de conciencias. El hombre no es una isla sino que hace parte de un archipiélago de criaturas inextricablemente unidas no sólo por el comercio de las cosas materiales, sino sobre todo por el intercambio de actitudes, ideas y sentimientos.

Por supuesto, no se trata de desconocer que la persona tiene que velar por sí misma y por sus seres más cercanos, sino de enfatizar que también tiene un insoslayable compromiso social. Tampoco podemos pensar que la vida no exige un esfuerzo competitivo para sobresalir, o que todos nos llegará como resultado de un trabajo asociativo o mancomunado. El gran desafío de la educación es capacitar al individuo para que dé lo que más pueda de sí y emule sanamente a otros, pero inculcándole siempre que sus conocimientos, destrezas, habilidades artísticas o su aptitud demostrada para cualquier oficio o actividad, tienen sentido si se emplean humanamente.

Una de las deficiencias de nuestros sistemas educativos es que instruyen pero no educan; capacitan a los alumnos en el manejo conceptual y práctico de técnicas y paradigmas científicos, pero muy pocas veces se les hace caer en la cuenta de qué es lo que realmente le da significación y sentido moral a todo ese bagaje adquirido. Nuestras escuelas enseñan razonablemente bien el qué y el cómo, pero fallan en la enseñanza del para qué. La explicación de esa falencia probablemente radica en que los preceptores, extasiados en la transmisión del conocimiento, olvidan que la dirección del espíritu es más importante que su progreso, y los alumnos casi nunca se percatan de que el saber y las habilidades aprendidas alcanzan su verdadera dimensión moral, cuando se colocan al servicio del hombre.

[1] *Savater, Fernando. "El valor de educar". Editorial Ariel S.A. Barcelona, 1991. Reimpreso por Planeta Colombiana Editorial S.A. Bogotá. 2001. Pp.21-35.*

Si se le preguntara a los estudiantes de hoy para qué estudian o para qué se preparan, una proporción muy alta de ellos quizá respondería que para obtener un mayor ingreso, para alcanzar una distinción profesional o para mejorar sus status en una sociedad de castas o de clases, es decir para obtener logros materiales o beneficios muy particulares. Y apenas una minoría de los encuestados contestaría, que se está preparando para servirle a la sociedad o mejorar la calidad de vida de los seres humanos.

La civilización industrial ha condicionado la actitud y la mentalidad de los individuos para actuar permanentemente en función del lucro y del medio personal. Con esta óptica, la vida se convierte en una encarnizada guerra comercial y el prójimo se mira siempre como un adversario por el que no hay que tener consideración alguna en el afán de obtener un progreso material. En un escenario como ese, donde el desempeño y la importancia de las personas se miden por su logro cuantitativo, es lógico suponer que son pocos los triunfadores y muchos los vencidos. Escasa la alegría y abundante el desaliento, En una sociedad así, las perturbaciones emocionales, la angustia, la ansiedad y el fracaso que sienten los individuos, por no haber alcanzado los falsos valores en los que han sido educados.

Es indispensable generar cambios de comportamiento basados en una nueva ética, conformada por unos referentes mínimos de índole axiológica que puedan ser justificados racionalmente y que tengan aceptación universal. En el libro: "La tierra cambia de piel. Una visión integral de la calidad de vida", nos proponemos algunos de los principios que podrían conformar ese nuevo código de valores, que cualquier comunidad política debería respetar para que reine la armonía entre las personas y entre los pueblos.

Somos conscientes de las aprensiones y dudas que suscita la idea de establecer criterios éticos aplicables al diversificado

espectro de culturas que pueblan el orbe. Sin embargo, debe quedar bien claro que no se trata de uniformar creencias, visiones políticas o patrones culturales. No. La intención del ejercicio que proponemos es encontrar valores comunes que propicien la convivencia social fundada en el respeto a la diversidad.

"CALIDAD DE VIDA" DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, EL ÁMBITO CLÍNICO, AMBIENTAL Y ECONÓMICO

HELENA E. RESTREPO *

La presentación la he orientado a la articulación de los conceptos y acciones en Promoción de la Salud con los de calidad de vida. Confieso que me ha sido difícil abstraerme de la situación que vivimos actualmente en Colombia, para tratar de hablar de este tipo de temas positivos que tienen que ver con la paz, el bienestar, la felicidad y el desarrollo humano. Sin embargo, los alientos los dan la fe en la gente y en el potencial del trabajo a nivel de las comunidades y de los grupos, que nos han mostrado y siguen mostrando que, promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas, es una utopía "posible".

* *Médica salubrista-Epidemiológica de la Universidad de Antioquia. Consultora nacional e internacional en Promoción de salud y Salud pública.*

En la presentación no profundizo en los aspectos conceptuales de calidad de vida, porque considero que sigue siendo un concepto muy influenciado por las percepciones individuales y por juicios subjetivos. Hago énfasis sobretodo, en los conceptos que tienen que ver con la producción social de la salud y por ende de la calidad de vida, desde una perspectiva "saludable".

Los romanos avanzaron quizás más que los griegos, en la

construcción de vida saludable para la población en general; los griegos dieron las bases del concepto de vida sana más dirigida al nivel personal. Los romanos transformaron las normas higiénicas de los griegos, en normas de política sanitaria o sea, en políticas públicas. Además, crearon las estructuras físicas para que esas políticas pudieran ser implantadas con la construcción de acueductos, calzadas y alcantarillas, lo cual indudablemente, mejoró la calidad de vida.

Los determinantes de la salud obviamente, son también determinantes de calidad de vida, por ello menciono a la llamada Idea Sanitaria, que surgió en la Inglaterra del siglo XIX, y que claramente expresa la preocupación que existió sobre los factores ambientales físicos y sociales, como los causantes de las terribles enfermedades que azotaban a la sociedad de ese entonces, determinando por consiguiente, una mala calidad de vida de los grupos más vulnerables durante la Revolución Industrial.

Con mayor detalle me refiero a la encuesta de nivel mundial efectuada por el grupo de William M. Mercer en el año 2000 sobre calidad de vida. Este grupo es considerado como el más grande recurso humano para estos fines, con 13,000 empleados en 37 países. Esta encuesta incluye 39 calificadores claves de determinantes de calidad de vida, agrupados en 10 categorías a saber:

- Ambiente social y político. Se refiere a la estabilidad política, la fuerza de la ley, la situación de crímenes, etc.
- Ambiente económico. Servicios bancarios, regulaciones de la moneda, etc.
- Ambiente socio-cultural. Referido a limitaciones a la libertad individual, la censura, etc.
- Consideraciones sobre salud y médicos. Se refiere a servicios médicos, disponibilidad en insumos y equipos y aspectos de saneamiento básico como disposición de basuras, polución del aire, etc.

- Escuelas y educación. Escuelas y aspectos educativos.
- Servicios públicos y transporte. Incluye electricidad, agua, telefonía, transporte público, congestión de tráfico, etc.
- Recreación. Facilidades como restaurantes, teatros, cines, lugares para deportes y su apoyo, actividades de ocio, etc.
- Bienes de consumo (para el consumidor) Disponibilidad de alimentos, de carros, de otros artículos de consumo, etc.
- Vivienda. Todo lo relacionado con la vivienda, mobiliarios, servicios de mantenimiento, etc.
- Ambiente natural. Clima, riesgos de desastres naturales y record de este tipo de desastres, etc.

Según esta encuesta, las dos ciudades con mayor puntaje de calidad de vida en el mundo fueron Vancouver en Canadá y Zurich en Suiza. En América Latina, los primeros lugares los ocupan Montevideo y Buenos Aires pero con puntajes por debajo de los catalogados como primeros en otras regiones del mundo.[1] Indudablemente habría mucho tema para discutir con relación a esta encuesta.

El tema de cómo medir calidad de vida es tan amplio, que podría ser muy larga la especulación sobre posibles categorías que pueden calificarla. Creo que además de las empleadas por Mercer, podrían incluirse otras como por ejemplo, la existencia de un ambiente favorable para la creación artística y para su apreciación, la libertad para usar el tiempo de ocio sin la presión de tener que estar ocupado produciendo como mencionaba Aristóteles, el respeto hacia los niños y ancianos, etc., pero todas estas categorías son difíciles de medir y cuantificar en un municipio o ciudad e imposible a nivel de un país.

Al continuar con el aspecto de definir lo saludable y la calidad de vida, he querido retomar el concepto de salutogénesis de Antonovsky quien se planteaba el "misterio de la salud" que hoy lo llamaríamos "de lo saludable", para responder a la

[1] *La información sobre esta encuesta se tomó del Internet, por lo cual valdría la pena buscar más información sobre ella por parte de los interesados.*

pregunta de: ¿qué es lo que hace que una persona o un grupo sea más o menos sano?. El llegó al desarrollo de su teoría llamada "el sentido de la coherencia", que rige para el ser humano y los grupos. Para Antonovsky lo que existe es un continuo movimiento de y hacia lo salutogénico ó patogénico, de acuerdo con el sentido de la coherencia tanto interna del individuo como externa del entorno que lo rodea. El modelo concebido por este autor es multidimensional e incorpora un «índice social /salud» de una gran amplitud. En dicho índice estaría la disponibilidad de empleo, la sociabilidad, la posibilidad de participar y de involucrarse en la vida comunitaria e incluso hasta la satisfacción en la vida de pareja. El sentido de la coherencia es, según Antonovsky, lo que da la posibilidad de tener confianza para actuar, para comportarse positiva o negativamente; en otras palabras, de vivir con dignidad y saludablemente tanto a nivel individual como colectivo. En esta teoría, disminuir el sufrimiento humano tendría más poder preventivo que muchas técnicas sanitarias.

Nuestras preguntas tendrían que dirigirse a: ¿cómo podemos en Colombia actuar salutogénicamente y tener sentido de la coherencia, si la agresión es lo que esperamos permanentemente, si la amenaza de la inestabilidad laboral o ausencia de empleo es el pan diario, si la depredación del medio ambiente es cada día mayor?

En la presentación hago énfasis en lo expuesto por Carol Buck, refiriéndose a la salud de los canadienses con base en la teoría de Antonovsky, sobre los aspectos que necesitarían cambiarse para tener un mejor sentido de la coherencia y por lo tanto mejor nivel de vida y de salud.

Por tratarse de una presentación que de una u otra forma está dirigida a profesores de Ciencias de la Salud, preocupados por la prevención de enfermedades y de diversos riesgos que llevan o agravan éstas, se revisan rápidamente, las diferencias conceptuales y operacionales entre la prevención

a nivel individual o grupal pero utilizando técnicas restringidas, versus las intervenciones de la promoción de la salud, en especial las políticas públicas saludables, reconociendo las grandes dificultades que se encuentran para impulsarlas desde las instituciones de atención médica. Sin embargo, con la actual evidencia del fracaso de las campañas para los cambios de estilos de vida, es necesario reflexionar sobre los cambios necesarios en las áreas de educación sanitaria y de la llamada promoción, con enfoques sectoriales individualistas.

El mejoramiento de la calidad de vida debe ocurrir en todos los lugares donde transcurre la vida cotidiana. Surge así el concepto de los espacios saludables, incluyendo desde los de nivel micro como el hogar, el barrio, la escuela, etc. hasta el más macro de país. Obviamente, el de mayor potencial para actuar con éxito es el nivel local, que sería el del municipio. Es ahí donde se tiene que articular la gran estrategia de la Promoción de la Salud con las estrategias específicas de municipio saludable, partiendo de la base común de que se trata de un planteamiento socio-político para crear condiciones de bienestar para toda la población. Es ahí también donde se conjugan, otras estrategias y movimientos como el ecológico que persiguen metas comunes, hoy preocupación universal, y que dio origen al concepto de "desarrollo sostenible". Para los ansiados cambios de estilos de vida, es también necesario definir el nivel de actuación o escenario con mayor potencial de lograr dichos cambios.

La OMS habla de « ambientes promotores de salud», que sería el término más global de escenario y que cubre la totalidad ambiental: lo físico, lo social, lo económico, lo político y lo cultural. La Agenda 21, producto de la reunión de Río de Janeiro en 1992, es otro marco importante para el trabajo por el mejoramiento de la calidad de vida; desafortunadamente el movimiento de desarrollo sostenible se ha venido a menos, por el incumplimiento de los compromisos asumidos por los gobiernos en la Agenda 21—no solamente de los sub-

desarrollados pobres, sino también de los ricos y poderosos como Estados Unidos—, cosa que cada día es más grave para la conservación del ambiente. La OMS plantea una serie de líneas de acción maestras para articular la estrategia de "Salud para todos", con la Agenda 21. El ideal es tratar de utilizar estos referentes para impulsar desde el nivel local, las acciones integradas que se dirijan al mejoramiento de la salud y de la calidad de vida, y al desarrollo humano en último término.

BIBLIOGRAFÍA

Antonovsky,A. (1979) *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass Publishers

Buck,C. (1985) Después de Lalonde: La Creación de la Salud. En: *Promoción de la salud: una antología*. OPS/OMS Publ. Científica No 557.

Ashton, J.(1993)ed. *Ciudades Sanas* Masson Barcelona

Colomer-Revuelta, C.,Alvarez-Dardet,C.(2001) *Promoción de la salud y cambio social*.Masson, Barcelona.

Duhl, L.(1991) La Ciudad Sana:su función y su futuro. Revis Salud Pública 2:13-23

www.wmercer.com/global/english/resource (Para consulta de la encuesta sobre calidad de vida)

Restrepo, H.E., Málaga, H. (2000) *Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable* Editorial Médica Panamericana.

LA ENFERMEDAD CARDIOCEREBROVASCULAR EL PUNTO DE VISTA DE UN PACIENTE

FÉLIX MORENO POSADA *

LA EVOLUCIÓN DE MI HISTORIA CLÍNICA

Tengo 61 años. Soy ingeniero civil y economista, personalidad 1 en Eneagrama, o sea, rebelde, contra la corriente, casi hipercrítico. A los 48 años quedé viudo y tuve que hacer frente a la educación de mis tres hijos, que tenían 15, 11 y 10 años. Mi papá murió de enfermedad coronaria a los 62 años. Mis dos tías maternas también murieron de enfermedad coronaria. Desde los 30 años me di por preavisado. Introduje el ejercicio en mi vida diaria hasta ser casi un atleta. Empecé a ser parcialmente cuidadoso con la dieta. Nunca pedía que me prepararan la comida con poca grasa y poca sal. **En esos años de frecuentes invitaciones a restaurantes escogía con el paladar, sin preocuparme por la salud.**

Vivía en Bogotá a los 40 años, visite un médico. Este decidió pedirme un examen de colesterol. Cual sería mi sorpresa al ver el resultado: 300 mg/dl. Me dijo que era alto. Mi conciencia sobre este riesgo la tengo desde entonces. En aquellos días, acudí a la ayuda de un cardiólogo. Recuerdo que me puso durante una semana con una dieta de 1.600 calorías.

* *Ingeniero Civil de la Universidad Nacional. Magíster en Economía de la Universidad de Chile.*

Me sentí muy bien siguiéndola. Logré bajar 4 kilos en10 días. En los últimos 30 años mi peso había oscilado entre 78 kilos (a los 32) y 70 kilos, después de una crisis de hipertiroidismo, a los 60. Mi estatura es 1.75 mts, actualmente mi peso es de 73 Kg y bajé el colesterol a un nivel aceptable, de 180 mg/dl,

A los 57 años me trasladé a Medellín. Empecé a sentir una palpitación muy fuerte en las arterias temporales. Al consultar a un médico por este síntoma, me encontró muy alta la presión arterial. A partir de esto, comencé a luchar con otro factor de riesgo. A veces me he preguntado si la enfermedad está en los genes o en los hábitos de alimentación de nuestras familias. En la mía creo que más que la herencia genética, lo determinante fue la costumbre de consumir manteca de cerdo en todo lo que se fritaba, práctica tan común en la culinaria antioqueña.

He sido tratado con medicamentos de las distintas familias: Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina, Calcioantagonistas, Diuréticos, Beta bloqueadores, nombres que aprendí por mi cuenta. Tenía la presión más o menos controlada, aunque al jugar tenis o montar en bicicleta sentía una molestia 5 centímetros debajo de la clavícula izquierda. Una mañana creo que me empezó una arritmia y me automediqué Corgard (nadolol), que me lo había mandado el cardiólogo para controlar las arritmias, en especial los extrasístoles No sabía que esta droga era de manejo médico cardiológico y con riesgo de ocasionar hipotensión arterial. Pocas horas después estaba internado en una clínica. Allí me reanimaron con un marcapasos provisional, porque la presión había caído demasiado. Después, al tratar de colocar el marcapasos, descubrieron que existía un taponamiento de las arterías coronarias y a los dos días me encontraba en el quirófano sometido a una angioplastia.

Durante todo este tiempo, he estado reflexionando sobre mi conducta como paciente. Aunque he pretendido ser una persona racional, debo aceptar que he cometido equivocaciones,

por ejemplo, había dejado que los factores de riesgo se acumularan uno tras otro, en un proceso que hoy veo como evitable.

Esta experiencia vital me ha permitido hacer algunas consideraciones. Mi preocupación por la dieta tenía mucho de formal y falsa, por aquello de que «una vez al año no hace daño», con lo que me negaba cualquier dieta. Decidí tomar el toro por las astas y dar la batalla con mi empleada doméstica, para quien era una molestia incomprensible tener que cocinar casi sin aceite y sin sal. Los conflictos con la empleada no han desaparecido, pues ella ha intentado meterme goles cocinando a su gusto, sin preocuparse por las consecuencias de los excesos.

Había cometido errores graves, que casi me cuestan la vida, con la idea de que algo entendía de medicamentos y enfermedades cardiovasculares, lo que me produjo una hipotensión que casi me paraliza el corazón. Así que resolví ser más cauteloso y abandonar mi experimentación con los medicamentos y seguir las recomendaciones del médico.

Hasta hace algún tiempo, no sabía ciertamente si asuntos como mi viudez o el haber dejado mi empleo profesional o los estados de ánimo pudiesen haber generado mi hipertensión. De todos modos, decidí modificar mi sistema de valores, darle mas interés a lo trascendente y menos a lo que la gente llama el éxito. Esto significa que he introducido una nueva programación neurolinguística en mi vida y soy más consciente de las causas psicogénicas de la hipertensión y de otros factores circundantes de la enfermedad cardiovascular. Decidí vincularme a grupos de crecimiento personal como El Teléfono de la Esperanza (obra social de ayuda de emergencia a personas angustiadas), Eneagrama (estudio de los diferentes tipos de personalidad) y el Budismo Zen (posiblemente la mejor escuela para aquietar la mente y ver el mundo desde una perspectiva de larga duración).

Mi relación con los médicos

Por muchos años, cuando visitaba un médico, trataba de darle a entender que yo era una persona educada. Pocos se daban por enterados. La forma de trato la veía yo bastante estandarizada. Posiblemente el sistema de medicina prepagada no permite entrar a conocer al paciente, ni en su personalidad ni en su educación. Entre los médicos que he consultado en los últimos 10 años he encontrado tres corrientesprincipales:

1. La de aquellos que no le preguntan al paciente sino lo estrictamente necesario, tal vez con el objetivo de no alargar la consulta. Ejemplo de esta corriente es un famoso bioenergético de la ciudad. Cuando había terminado la consulta, le dije: «Doctor, no sé si sea de utilidad decirle que yo soy viudo y vivo solo» A lo que respondió: «Probablemente eso podría explicar su hipertensión, pues la noradrenalina es...» A él, médico holistíco, no se le había ocurrido preguntar por mis condiciones emocionales y ambientales, aunque su corriente médica reconoce la importancia de éstas en los estados de salud.

2. La de aquellos que creen que los pacientes que leen sobre salud son un problema para el médico, porque además de alargar las consultas, generan obstáculos por pretender entenderlo todo y la capacidad que creen tener para enmendarle la plana al médico. Este tipo de médico trata de hacerle ver al paciente el peligro de que éste interfiera y le recomienda una obediencia ciega a la fórmula y que se olvide del resto.

3. La tercera corriente es la de aquellos que creen que la educación del paciente puede ser utilizada en su beneficio y tienen claro que un paciente con educación, si es convencido por el médico, se convierte en un fiel observador de las recomendaciones y en un aliado para el tratamiento. Este tipo de

médico delega en el paciente la observación controlada del efecto de determinados medicamentos, algo que los médicos de otras corrientes considerarían como peligroso. El médico de esta corriente cree en la delegación, en hacer equipo con el paciente y con los demás médicos y asistentes que están alrededor del caso. Es cierto que las primeras consultas con estos médicos son más demoradas, pero el avance es más rápido y las probabilidades de éxito son mayores que cuando el paciente actúa a ciegas.

Si se me permite, deseo terminar esta nota expresando mi agradecimiento a algunos de los médicos de esta corriente que he consultado en los últimos años: el internista Rodrigo Botero, el cardiólogo Alvaro Escobar y el endocrinólogo Fernando Londoño.

BASES CONCEPTUALES DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SU PAPEL EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOCEREBROVASCULARES

GLORIA CECILIA DEOSSA RESTREPO *

INTRODUCCIÓN

Los gobiernos participantes en la conferencia Internacional de Nutrición celebrada en Roma, en diciembre de 1992, adoptaron una declaración mundial sobre nutrición y un plan de acción por los cuales se comprometieron a promover una alimentación apropiada y estilos de vida sanos.

Se ha pedido a los gobiernos que hagan todo lo posible por elaborar y divulgar guías alimentarias a las poblaciones, para orientar a los diferentes grupos de edad en la selección apropiada de alimentos y promover estilos de vida saludables acordes a las condiciones cambiantes de nutrición y salud de cada región.

En Colombia se acogen estas recomendaciones en el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005 en su línea de acción "Promoción de la Salud, Alimentación y Estilos de vida saludables". En el año 2000 se publica por parte de Nutrir, con la orientación del ICBF, las Guías Alimentarias

* *Nutricionista Dietista. Especialista en Nutrición Humana. Profesora Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia.*

para la población Colombiana, lo cual es un logro que aunque se debe enriquecer con estudios de hábitos y costumbres, definición de tablas de composición de alimentos y tamaño de porciones, permite tener un acercamiento a la población con el fin de mejorar su situación nutricional y prevenir la aparición de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

Relación entre alimentación, nutrición y salud:

La salud depende de un gran número de factores relacionados entre sí, no obstante el contexto de una región permite detectar las condiciones socio - económicas que influyen en la situación alimentaria y nutricional. En el caso de Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, realizada por Profamilia en el año 2000, se obtuvieron los siguientes datos:

Existen 41 millones de habitantes, la mayoría (72%) concentrados en la zona urbana, con predominio de la población joven y adulta (62% entre los 15 y 64 años) y con una notable disminución del porcentaje de niños (32% menores de 15 años) y de la población adulta mayor (6% mayores de 65 años). De igual forma el número de hijos por mujer ha disminuido, situación que se atribuye al ingreso de las mujeres al mercado laboral y al aumento de su nivel educativo, entre otros. Paralelo a esta situación la esperanza de vida en Colombia ha venido en aumento al pasar de 69 años en 1994 a 71 años en 1997.

Se observan varios fenómenos con respecto a los problemas de salud de la población, entre ellos el aumento del peso de las enfermedades crónicas y degenerativas, dentro de la estructura de mortalidad general, con disminución del peso de las enfermedades infectocontagiosas; se mantiene la muerte violenta, incluyendo los accidentes de tránsito como primera causa de muerte y de consulta por urgencias.

La alimentación y por ende los procesos de la nutrición están determinados por el sistema de alimentación y nutrición, con sus componentes de disponibilidad de alimentos y nutrientes, consumo y aprovechamiento biológico de los mismos. El estado de salud y nutrición de un individuo o de una comunidad depende del funcionamiento del sistema en mención y es importante anotar que existe malnutrición tanto por déficit, como por exceso en el consumo de ciertos nutrientes. En el caso de las enfermedades crónicas (denominadas así a las que se relacionan con los excesos en consumo de calorías o grasas), como la obesidad, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y las dislipidemias, entre otras. Existe un común denominador en su origen y es el exceso en el consumo de calorías, grasas saturadas, principalmente provenientes de origen animal, carbohidratos simples, alto consumo de sodio y bajo consumo de fibra, de frutas y verduras, al igual que de nutrientes, que en general se denominan cardioprotectores, como son los ácidos grasos omega 3, presentes en los pescados de agua de mar, sustancias antioxidantes como el betacaroteno precursor de la vitamina A y presente en alimentos de origen vegetal, de color amarillo intenso o verde oscuro, la vitamina C, presente en frutas como la guayaba, las fresas, la naranja, el mango, entre otras, la vitamina E cuyas fuentes son los aceites de maíz y girasol, el germen de trigo, las nueces y oleaginosas; y minerales como el selenio, presente en nueces de brazil, granola, nueces, leche, huevos y queso. De igual forma minerales como el calcio, el potasio y el magnesio se han relacionado con la prevención de la hipertensión arterial y por el contrario el exceso de sodio en personas sensibles a este junto con otros factores de riesgo incrementa la incidencia de la hipertensión primaria.

A continuación se da una definición de términos comunes en nutrición y unas recomendaciones nutricionales o guías alimentarias que ayudan a conservar la salud.

Nutriente: Sustancias que contienen los alimentos de los cuales depende la vida. El único alimento que contiene todos los nutrientes que el ser humano requiere hasta el sexto mes de vida es la leche materna.

Macronutrientes: Componentes de los alimentos que se encuentran presentes en la cantidad de un gramo o más en la alimentación diaria. Proveen energía y son las proteínas, las grasas y los carbohidratos. El agua aunque no aporta energía también se considera un macronutriente.

Micronutrientes: El contenido de los minerales de un ser humano es similar al de la tierra. De los 54 elementos conocidos en la tierra, presentes en la tabla periódica, 25 son esenciales para la vida y para las funciones de los seres humanos.

Macrominerales o minerales principales: Se requiere una ingesta superior a 100 mg/día. Los 7 principales son: Calcio, Fósforo, Sodio, Potasio, Magnesio, Cloro y Azufre.

Microminerales o elementos traza: Están compuestos por 18 minerales, se recomiendan en cantidades inferiores a 100 mg/día, ellos son: Hierro, Yodo, Selenio, Fluor, Cobre, Manganeso, Cromo, Molibdeno, Cobalto y Boro, los cules se consideran esenciales, mientras que el Sílice, Vanadio, Nikel, Cadmio, Arsénico, Aluminio y el Estaño, aún no se consideran como esenciales para el ser humano.

El consumo de una alimentación equilibrada, suficiente y variada proporcionará al organismo los macro y micronutrientes que este requiere con el fin de conservar la salud y lo más importante la calidad de vida, todo esto debe estar acompañado de un estilo de vida sano, donde la actividad física desempeña un papel importante.

A continuación se dan a conocer los grupos de alimentos y sus principales características nutricionales, además de un ejemplo de menú dirigido a diferentes grupos poblacionales.

Los alimentos son los vehículos que nos aportan los nutrientes que nuestro organismo necesita para vivir. Los nutrientes que encontramos en los alimentos son las proteínas, las grasas, los carbohidratos, las vitaminas y los minerales.

Los alimentos se agrupan de acuerdo con su valor nutricional en varios grupos, los cuales son:

1. **Grupo de Leches:** En este encontramos la leche entera, semidescremada, descremada, el yogur, el kumis y la leche en polvo. Ellos aportan principalmente proteínas, que son sustancias necesarias para mantener los tejidos, para hacer cicatrización, para combatir infecciones, entre otras muchas más funciones; también son la principal fuente de calcio, mineral que se requiere para mantener unos huesos saludables y evitar la aparición de la osteoporosis (enfermedad en la cual el hueso se descalcifica y se fractura con mayor facilidad); también encontramos vitaminas, como las del complejo B principalmente la B2, que participan ayudando a que el organismo obtenga energía.

2. **Grupo de queso o sustitutos:** Hacen parte de el los quesos, quesito, las carnes frías y el huevo, aportan principalmente proteínas, grasas y algunas vitaminas y minerales.

3. **Grupo de Carnes:** Aquí se encuentran las carnes de res, cerdo, pollo y pescado, su aporte a la alimentación se da principalmente en las proteínas y en el hierro, nutriente que evita la anemia (disminución del color de los glóbulos rojos y del número de ellos que hacen parte de la sangre y se requiere un buen funcionamiento para aportar suficiente oxígeno a los tejidos). Es de resaltar que el hierro se encuentra principalmente en la carne de res, en la morcilla y en las visceras.

4. **Grupo de cereales y derivados:** Pertenecen a este la arepa, el arroz, el pan, las galletas, el maíz, la avena, entre

otros y su función principal en la alimentación es la de aportar suficiente energía derivada de los carbohidratos para realizar el trabajo físico diario, para pensar y llevar a cabo los procesos vitales, también ayudan a que las proteínas se utilicen para la síntesis y reparación de los tejidos.

5. **Tubérculos y plátanos:** Este grupo de alimentos al igual que el anterior tiene como función principal además de aportar vitaminas y minerales, la de suministrar al organismo energía en forma de carbohidratos; cuya utilidad es igual que el anterior.

6. **Frutas:** Este grupo de alimentos constituye una gama de alimentos naturales, que aportan además de carbohidratos, vitaminas y minerales, la fibra, que es un componente de los alimentos que el organismo no usa, pero que ayuda a formar la materia fecal y de este modo evita el estreñimiento.

7. **Verduras:** Igual que el grupo anterior su valor nutricional radica en el aporte de vitaminas y minerales, además de carbohidratos y fibra. De acuerdo a la verdura que se utilice se obtiene en mayor o menor proporción vitaminas y minerales, así por ejemplo la zanahoria es un alimento fuente, es decir que aporta vitamina A, mientras que la acelga, por su color verde intenso aporta una vitamina llamada ácido fólico, que ayuda a formar los glóbulos rojos y a prevenir la anemia, de igual forma se ha encontrado relación con la protección de la enfermedad cardiovascular, pues se ha asociado el bajo consumo de esta vitamina con aumento en la aparición de enfermedades como el infarto.

8. **Grasas:** Este grupo de alimentos esta representado por los aceites vegetales, las margarinas, las mantequillas, el aguacate, la crema de leche y el maní, entre otros. Es de resaltar que se debe controlar el consumo de los alimentos de este grupo, principalmente de las grasas derivadas de los

animales, pues estas tienden a aumentar el colesterol de sangre y aumentan el riesgo de ateroesclerosis (engrosamiento de las paredes de las arterias, por donde circula la sangre, aumentando así el riesgo de enfermedades cardiovasculares, como el infarto, la hipertensión y los derrames cerebrales)

9. **Azúcares y dulces:** Este grupo esta formado por alimentos fáciles de digerir y que además tienden a aumentar los depósitos de grasa en el organismo cuando se consumen en exceso.

Nuestra salud depende del consumo de una alimentación variada (más de 40 alimentos diferentes en un día, lo que más contribuye a la variedad es la mezcla de diversas frutas y verduras) balanceada, es decir debe existir un equilibrio en el consumo de proteínas, de grasas y de carbohidratos; suficiente, ya que los excesos de calorías provenientes de cualesquier fuente tienden a aumentar el peso.

A continuación se da un ejemplo de alimentación para un niño, un adolescente y un adulto. Es importante recordar que todo plan de alimentación debe ser individualizado y parte de las necesidades de cada individuo y de su estilo de vida (gustos, rechazos, intolerancias, horarios, lugares para comer, entre otros).

Plan de alimentación recomendado para un niño entre 7 y 12 años

Leche.... 2 vasos al día
Queso o sustituto....1 porción al día
Carnes....1 a 2 veces al día
Cereales y tubérculos y plátanos....entre 4 a 6 porciones
Frutas... 4 en el día
Verduras...2 al día (puede ser como sopa o como ensaladas, o mezcladas con la cerne o con el arroz)
Grasas...entre 4 a 6 porciones
Azúcares y dulces...4 porciones

Hay que recordar la importancia de una buena higiene bucal, por lo tanto los niños deben cepillarse después de comer los alimentos en el día cuantas veces sea necesario.

Plan de alimentación recomendado para un adolescente entre 13 a 17 años

Leche.... 2 vasos al día
Queso o sustituto....1 porción al día
Carnes.... 2 veces al día
Cereales y tubérculos y plátanos....entre 6 a 10 porciones
Frutas... 4 en el día
Verduras...2 al día (puede ser como sopa o como ensaladas, o mezcladas con la cerne o con el arroz)
Grasas...entre 6 a 8 porciones
Azúcares y dulces...5 porciones

Plan de alimentación recomendado para un adulto entre 18 y 59 años

Leche.... 2 a 2 ½ vasos al día
Queso o sustituto....1 porción al día
Carnes... 2 veces al día
Cereales y tubérculos y plátanos....entre 6 a 10 porciones
Frutas... 4 en el día
Verduras...2 al día (puede ser como sopa o como ensaladas, o mezcladas con la cerne o con el arroz)
Grasas...entre 6 a 8 porciones
Azúcares y dulces...5 porciones

Nota: Es posible que mientras menor sea la edad, mayor sea la actividad física que se realice y por lo tanto mayor será el número de calorías requeridas

Recuerde siempre acompañar su alimentación de suficiente agua, por lo menos 6 vasos al día y realizar actividad física aeróbica, como trotar, caminar, montar en bicicleta, nadar, bailar entre otras.

Controle su peso, no espere a que la ropa no le sirva para empezar a controlar su comida. Busque ayuda, siempre habrá un nutricionista dietista dispuesto a ofrecérsela.

RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1. Consuma una dieta nutricionalmente adecuada, que incluya una variedad de alimentos.

2. Consuma menos grasa (25-35%), en particular menos grasa saturada (7%).

3. Ajuste la ingesta de energía y/o la actividad física para mantener o lograr un peso saludable.

4. Consuma más carbohidratos complejos y fibra. Incremente los cereales, granos, vegetales y frutas. Evite dulces entre comidas. Consuma como máximo un 15-25% del valor calórico total en carbohidratos concentrados.

5. Reduzca la ingesta de sal (4 a 5 gr/d).

6. Consuma el licor con moderación (máximo 2 bebidas por día).

GUIAS O RECOMENDACIONES ADICIONALES

- Fomente la lactancia materna.
- No ingiera demasiada proteína.
- Preserve el valor nutritivo de los alimentos (mediante una buena preparación).
- Consuma el agua con fluor.
- Asegure una ingesta suficiente de calcio.
- Reduzca la ingesta de alimentos salados y ahumados.
- Limite el consumo de AG trans y de cafeína.
- Disfrute de la comida en familia.
- Disfrute de su comida.

LECTURAS RECOMENDADAS:

Krause's Food, Nutrition and Diet therapy, 10 th edition. W B. saunders company, 2000.

Larson Roberta, The American Dietetic Association's. Complete food and nutrition guide. Minneapolis, 1998.

Laquatra Ida, Nutrition for weigth management en: Krause's, food, nutrition and diet therapy, 10 th edition, 2000 (485-515).

Deossa, Gloria, conceptos sobre la obesidad en: El control de peso y la alimentación, Escobar Magnolia. 2000 (11-22).

"Elementos de diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional en Colombia" Comité de Currículo. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Santafé de Bogotá, Octubre 2000.

LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y SU INFLUENCIA EN LA ENFERMEDAD CORONARIA

DOMINGO IVÁN CARABALLO*
ALBERTO FERRER**
LUZ EMILIA FLÓREZ***
ELIANA ANDREA MONTOYA****
CLAUDIA YANETH OSORIO****
SANDRA REGINA POSADA****

*Coordinador del Programa de Prevención de enfermedades Cardiovasculares de la Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de Investigación de Psicología Cognitiva Universidad de Antioquia.

**Profesor del Departamento de Psicología Universidad de Antioquia. Coordinador del grupo de Investigación de Psicología Cognitiva de la Universidad de Antioquia.

***Enfermera del Programa de Prevención de enfermedades Cardiovasculares de la Universidad de Antioquia.

****Psicólogas Universidad de Antioquia. Miembros del grupo de Investigación de Psicología Cognitiva Universidad de Antioquia.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, y a nivel nacional son superadas sólo por las muertes por traumas y violencia (Minsalud, 1998).

Aunque se han identificado diversos factores de riesgo asociados con estas enfermedades, gran parte de los estudios se han enfocado hacia la comprensión del fenómeno desde el aspecto médico-social, desconociendo la relevancia de los factores psicosociales en la aparición, curso y pronóstico de dichas patologías.

Múltiples investigaciones (Eysenck, 1994; Lacy et al, 1995; Legault, 1995; Palmero y Rosenman, 1998; Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999, entre otras) han mostrado que factores psicosociales específicos hacen a los individuos más vulnerables a desarrollar problemas cardiovasculares y además con-

tribuyen a agudizar la enfermedad en quienes ya la padecen. Sin embargo, esta área requiere mayor profundización, que permita consolidar su conocimiento y plantear propuestas de prevención e intervención tendientes a abordar integralmente las enfermedades cardiovasculares.

En este artículo se presenta una revisión de importantes investigaciones que han demostrado la relación existente entre factores psicosociales (tales como: estrés, apoyo social, Ira/hostilidad, ansiedad y depresión), y enfermedad coronaria.

1. ESTRÉS

Según lo panteado por Lazarus y Folkman (1986) "*el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*" *(p. 43)*. Esta definición resalta dos aspectos básicos del estrés: la evaluación cognitiva y el afrontamiento. La evaluación cognitiva puede clasificarse en primaria y secundaria. La evaluación primaria hace referencia a la anticipación de amenaza que un sujeto hace de una situación. Las personas hacen evaluaciones estresantes cuando anticipan daños o pérdidas que no han ocurrido pero que se prevén. La evaluación secundaria hace referencia a la forma como el sujeto cree que puede enfrentar determinado tipo de situación. Las evaluaciones secundarias estresantes consisten en anticipar que no se tendrán las suficientes estrategias para hacer frente a la situación amenazante. De allí se concluye que el estrés psicológico ocurre cuando anticipa una amenaza y al mismo tiempo una incapacidad para enfrentarla. El segundo concepto resaltado por Lazarus Y Folkman es el de afrontamiento. Estos autores definen el afrontamiento como "*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las de-*

mandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes desbordantes de los recursos del individuo". (Lazarus y Folkman, 1984). En una teorización más completa sobre el estrés, pero derivada de los planteamientos originales de Lazarus, Belloch, Sandín y Ramos (1995) plantean siete elementos conformantes del estrés: las demandas psicosociales, la evaluación cognitiva, la respuesta de estrés, las estrategias de afrontamiento, las variables personales de predisposición, el apoyo social y el status de salud.

Muchos estudios han demostrado de forma incuestionable la relación entre el estrés y la enfermedad coronaria. Por ejemplo se ha establecido estrecha relación entre el estrés y el aumento de la reactividad cardiaca (Lacy et al, 1995; Grossman et al, 1996, Jain et al, 1995; Legault et al, 1995), mediante el incremento de la demanda de oxígeno y decremento del flujo sanguíneo coronario por vasoconstricción coronaria. Además, se produce activación parasimpática e incremento de los niveles de catecolaminas circulantes. Por esto, el estrés mental puede ser un buen indicador de futuros problemas cardíacos y, por ende, la reducción de respuestas potencialmente anormales al estrés mental puede aminorar estos futuros eventos. El estrés también puede afectar el funcionamiento cardiovascular de manera indirecta, ya que es posible que incida sobre otros factores de riesgo coronario y conductual como la hipertensión, el colesterol, tabaquismo e inactividad física (American Heart Association, 1998).

De los factores conformantes del estrés mencionados anteriormente podría decirse que hay cuatro que se han documentado ampliamente evidenciándose su relación con la enfermedad coronaria: sucesos vitales estresantes y estrés diario (que forman parte del componente del estrés: demandas psicosociales), propensión a la enfermedad (que forma parte del componente del estrés: variables personales de predisposición), y apoyo social.

Respecto al primer factor, sucesos vitales estresantes, Boman (1988) y Theorell (1982), (citados por Sandín et al, 1995) plantean que los individuos que han padecido infarto de miocardio o que han muerto súbitamente por causas cardiacas, han experimentado un exceso de sucesos vitales (eventos de gran impacto) durante las semanas o meses precedentes, y que existe una asociación entre la severidad del problema cardiaco y el número de cambios vitales. Se ha encontrado que los acontecimientos vitales ocurridos 6 meses (Saiz, et al, 1992), o hasta cinco años atrás (Fletcher, 1991; Rosengren, Tibblin y Wilhelmsen, 1991; citados por Sandín et al, 1995) pueden inducir el inicio o la agudización de enfermedades cardiovasculares, en sus manifestaciones clínicas de angina de pecho e infarto de miocardio.

El segundo factor, estrés diario, ha sido resaltado en investigaciones recientes (Guillette et al, 1997) que han mostrado que el estrés mental de la vida diaria (sucesos menores), incluidos sentimientos de tensión, frustración y tristeza, duplican el riesgo de isquemia miocárdica.
El tercer factor (propensión a la enfermedad) fue estudiado por Eysenck y sus colaboradores, quienes demostraron, a través de investigaciones longitudinales, que el tipo de personalidad (tipo psicosocial) tiene mayor valor predictivo de enfermedad, en personas sometidas a situaciones estresantes, que en personas no estresadas. De igual forma, encontraron que estas variables de personalidad son más influyentes que algunos otros factores físicos como son el fumar, la tensión sanguínea y el colesterol (Eysenck, 1994).

Utilizando la tipología de reacción al estrés descrita por Eysenck, Sandín et al (1992) encontraron que el tipo 2 (Predisposición a la enfermedad coronaria), se relaciona fuertemente con la ira-rasgo e ira-manifiesta, y débilmente con la ira contenida, además, predomina en los varones.

El cuarto factor, apoyo social, y su estrecha relación con el

estrés y la enfermedad coronaria ha sido evidenciado por algunos autores que se han ocupado del estudio de las variables psicosociales: el afrontamiento y el apoyo social, como moderadoras de la respuesta de estrés y sus efectos. Obrist y sus colaboradores (1981; citados por Lazarus, 1986) en sus investigaciones sobre psicofisiología mostraron el importante papel mediador del afrontamiento activo en los cambios cardiovasculares regulados por el sistema nervioso simpático.

2. APOYO SOCIAL

Como se afirmaba anteriormente el afrontamiento se refiere a los recursos personales que tiene el individuo para hacer frente al estrés y disminuir los efectos de éste, el apoyo social constituye los recursos sociales para el afrontamiento e implica la presencia y el producto de relaciones sociales humanas estables.

Cutrona y Russel (citados por Rosenman y Palmero, 1998), centran las funciones del apoyo social en los siguientes aspectos: apoyo emocional, que se refiere a la posibilidad de encontrar tranquilidad y seguridad en períodos de estrés, lo que permite al individuo sentirse protegido y cuidado por los otros; integración social o apoyo de la red social, que se refiere a los sentimientos generados por un individuo al sentirse parte integrante de un grupo con intereses comunes; apoyo de estima, que se refiere al sentimiento experimentado por un individuo al saberse querido por otro, y competente para los demás; apoyo tangible, que se refiere a la ayuda instrumental en forma de soporte económico o físico; y apoyo motivacional, que se refiere al ofrecimiento de consejos o de instrucciones por parte de los demás es caso de tener que resolver algún problema.

En el estudio del apoyo social, se ha encontrado evidencia sobre su efecto protector con respecto a la morbilidad y mor-

talidad por trastornos cardiovasculares (Gorkin et al, 1993; Williams y Littman, 1996). Kamarck, Manuck y Jenning (1990; citados por Roa, 1995) han sugerido que el apoyo social puede operar a un nivel psicofisiológico como un moderador del estrés y la reactividad cardiovascular. Varios estudios (Christenfield et al, 1997; Glynn et al, 1999) plantean que el apoyo social -no evaluativo- durante condiciones estresantes puede reducir la respuesta cardiovascular; sin embargo, otro estudio (Kamarck, Annunziato y Amateau, 1995) indica que este efecto se obtiene sólo cuando el individuo se encuentra bajo condiciones de alta amenaza social. La integración social se encuentra asociada con una apreciable disminución del infarto de miocardio, angina de pecho y los trastornos cardiovasculares en general; a la vez que la disponibilidad de apoyo instrumental y apoyo de estima, está relacionada con la oclusión arterial de manera significativamente menor, que en sujetos que no informaron de dichos aspectos (Rosenman y Palmero, 1998).

Se ha mostrado una correlación negativa entre el apoyo social y factores de riesgo para la enfermedad coronaria como la depresión y la hostilidad. Los sujetos hostiles tienden a percibir menor apoyo social, e incluso alejan las fuentes de apoyo social por su actitud agresiva; lo cual incrementa el riesgo de depresión (Brummett et al, 1998; Kamarck, Annunziato y Amateu, 1995).

3. IRA / HOSTILIDAD

El concepto de ira/hostilidad se desprende de las investigaciones de Rosenman y Friedman sobre el patrón de conducta tipo "A". Tal patrón es definido por ellos como "un conjunto particular de acción-emoción, que puede observarse en cualquier persona comprometida en una lucha relativamente crónica para lograr un mayor número de cosas normalmente ilimitadas de su ambiente, en el menor tiempo posible y/o contra los esfuerzos opuestos de otras personas

o cosas de su mismo ambiente" (Friedman y Roseman, 1974; citado por García León, 1993).

Entre todas las actitudes y emociones del patrón de personalidad tipo "A", sobresale el potencial para la hostilidad, es decir, la tendencia relativamente estable a experimentar varios grados y combinaciones de ansiedad, irritabilidad y resentimiento; también la tendencia a experimentar emociones de antagonismo como desagrado, rudeza, mal humor, crítica y falta de cooperación (Dembroski y Costa, 1987; citado por García León, 1993). En investigaciones recientes se ha comenzado a evidenciar que no es todo el patrón de conducta tipo "A" el que predispone a la enfermedad coronaria. Estos estudios han demostrado que el componente específico predisponente es la hostilidad (Roserman, 1988, Mathews, 1988; citados por Ojeda y Vallespín, 1996; Booth-Kewley y Friedman, 1987, Dembroski y Costa, 1987, Johnston, 1993; citados por Whiteman, Fowkes y Deary, 1997; Fernández Abascal, 1994; Markovitz, 1998; Barrio, 1993; Ojeda y Vallespín, 1996; y Whiteman, 1997).

Numerosas investigaciones han mostrado una estrecha relación entre hostilidad y variables fisiológicas como: presión sistólica, diastólica y frecuencia cardiaca (Sul, 1993; citado por Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999), disminución de la modulación vagal de la función cardiaca (Sloan et al, 1994, Fukudos et al, 1992; citados por Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999), incremento en la activación plaquetaria (Markovitz, 1998; Markovitz et al, 1996), hiperreactividad cardiovascular en respuesta a situaciones de desafío interpersonal (Suárez et al, 1998). Además se ha encontrado que la hostilidad está asociada con conductas poco saludables como alcoholismo, tabaquismo, consumo de marihuana y cafeína, falta de ejercicio físico, obesidad (Smith y Christensen, 1992, Shekelle et al, 1983, Koskenvuo et al, 1988; citados por Roa, 1995; Leiker y Hailey, 1988, Scherwitz y Rugulies, 1992, Siegler et al, 1992; citados por Miller et al,

1998) y una mayor probabilidad de presentar otros factores psicosociales asociados a enfermedad coronaria como el aislamiento social (Blumenthal, 1987; citado por Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).

Algunos investigadores como Rosenman y Palmero (1998), hacen observaciones a las investigaciones que utilizan exclusivamente a la hostilidad como factor de riesgo de la enfermedad coronaria, y que no utilizan el patrón de personalidad tipo "A" de forma global. Ellos piensan que muchas de estas investigaciones tienen limitaciones en el tamaño de la muestra, dificultades metodológicas, poca rigurosidad en el control de las variables sociodemográficas y en la selección de los instrumentos de medición. Sugieren que futuras investigaciones sean más rigurosas e incluyan el factor de personalidad tipo "A", de forma global. Autores como Spielberger han tratado de dar una definición más precisa de la ira y la hostilidad. Este autor (citado por Spielberger y Moscoso, 1995) diferencia de forma clara cinco componentes derivados del concepto ira/hostilidad: estado de cólera, rasgo de cólera, ira contenida, ira manifiesta y control de la ira.

De los componentes anteriores, se ha encontrado que la ira contenida se asocia a hipertensión, principalmente en condiciones de estrés. La ira manifiesta se ha asociado con el incremento del riesgo de enfermedad coronaria fatal y no fatal, incluyendo angina de pecho e infarto de miocardio (Mittleman et al, 1995, Kawachi et al, 1996; citados por Everson et al, 1998; Johnson, 1984; citado por Spielberger y Moscoso, 1995; Suárez y Williams, 1990; citados por Roa, 1995). Otros autores (Fernández-Abascal y Martín, 1994) han encontrado la presencia significativa de estos dos factores en pacientes coronarios; ellos hipotetizan que no es la dirección de la ira, hacia fuera o hacia dentro, la que está relacionada con los trastornos cardiovasculares sino, la cantidad.

4. ANSIEDAD

La ansiedad es definida como un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprehensión anticipatoria de peligro o amenaza, acompañados de activación del Sistema Nervioso Autónomo (Sandín y Chorot, 1995). Se diferencia del miedo propiamente dicho, en que éste se da en relación con una amenaza real, mientras que aquella es producto de una amenaza percibida.

La ansiedad es multifactorial ya que se compone de tres sistemas de respuestas: El sistema subjetivo-cognitivo (que incluye la percepción y evaluación del estímulo y estados asociados con la ansiedad), el sistema fisiológico somático (que incluye respuestas tales como sudoración, incremento de la tensión muscular, aceleración cardíaca, etc), y el sistema motor-conductual (que fundamentalmente se refiere a respuestas de escape -huida- y evitación.

Con respecto a la ansiedad, diversos autores (Booth-Kewley y Friedman, 1987; citados por Sloan et al, 1999; Barrio, 1993; Kawachi et al, 1994) han planteado que está relacionada con la aparición y consecuencias de la enfermedad coronaria; a pesar de que no se ha podido especificar el tipo de relación existente, se ha reportado que se asocia con actividad autonómica cardiaca irregular (Sloan et al, 1999). Las personas que presentan alta tendencia a reaccionar con ansiedad, muestran una significativa reducción del control vagal de la tasa cardiaca (Watkins et al, 1998). Otros autores (Glas et al, 1983; citados por Barrio, 1993) han aportado evidencias sobre la relación de la ansiedad-estado con el incremento del ritmo cardiaco y la presión sistólica y diastólica; lo cual apoya la hipótesis tradicional de que las emociones intensas y puntuales son precipitantes de eventos cardiacos. Barrio (1993) plantea que la ansiedad interiorizada e intensa estaría más relacionada con la enfermedad cardiovascular.

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) afirman que la ansiedad estaría asociada con la muerte cardiaca súbita pero no con infarto de miocardio. Kawachi et al (1994) también sugirieron un vínculo entre la ansiedad y la enfermedad mortal del corazón. Se ha encontrado (Barrio, 1993) que la ansiedad es intensa durante el periodo inmediato a un evento cardiaco, y presenta un descenso gradual en los dos años posteriores al evento.

5. DEPRESIÓN

La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo. La Amerinan Psychiatric Association (1995), en su "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", cuarta edición -D.S.M. IV-, menciona tres tipos de trastorno depresivo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de uno o varios episodios depresivos mayores. Estos incluyen la presencia de estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día y casi cada día –durante un período de dos semanas-; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas, o casi todas las actividades; pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso; insomnio o hipersomnia casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día; fatiga o pédida de energía casi cada día; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte, ideación sucicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. En el trastorno depresivo mayor, el (o los) episodio(s) depresivo(s) mayor(res) no se explica por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, no está superpuesto a cualquier trastorno psicótico; tampoco se ha producido un episodio manìaco o hipomaníaco.

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido, que se presenta la mayoría de los días, durante al menos dos años. Aquí no hay un cambio respecto a la actividad previa del sujeto, como ocurría en el caso anterior; aquí el sujeto percibe a la depresión como parte de su estado natural. Además de lo anterior, las personas con trastorno distímico pueden presentar pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, y sentimientos de desesperanza. Estas personas no han tenido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de su alteración; tampoco han tenido un episodio maníaco o hipomaníaco; la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico; los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad; y los síntomas producen malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El trastorno depresivo no especificado puede asumir la forma de un trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo post psicótico en la esquizofrenia, trastorno depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante; y trastorno depresivo en los cuales el clínico es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

La terapia cognitiva se preocupó particularmente de la depresión, y concluyó que este tipo de trastorno estaba muy influido por la forma de pensar del sujeto, y las creencias que éste tenía. Beck y otros (1983), encontraron que en la persona depresiva existían tres fenómenos cognitivos: tríada cognitiva, organización estructural del pensamiento depresivo y errores en el procesamiento de información.

La tríada cognitiva es definida por Beck y otros (1983), como un tipo de pensamiento particular, propio de la persona depresiva, la cual se caracteriza por una visión negativa de sí misma, el mundo y el futuro. Esta forma de pensamiento produce y mantiene los síntomas afectivos, motivacionales, comportamentales y fisiológicos de la depresión.
Beck y otros (1983), proponen que el pensamiento depresivo está organizado en estructuras y patrones cognitivos estables, denominados "esquemas". Estos esquemas constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Pueden permanecer latentes durante largos períodos y activarse ante estímulos ambientales específicos.

Los errores en el procesamiento de información, son errores sistemáticos que tiene la persona depresiva con el fin de mantener la creencia en sus conceptos negativos (tríada cognitiva), a pesar de la existencia de evidencia contraria.

En cuanto a la relación entre depresión y enfermedad coronaria, se ha adelantado un importante número de investigaciones donde se estudia la depresión como factor de riesgo, consecuencia de un evento cardiaco y predictor de recaídas. La depresión ha sido asociada con isquemia cardiaca (Cay et al, 1972, Schleifer et al, 1989, citados por Krittayaphong et al, 1997; Brummett et al, 1998), ateroesclerosis (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999) y como precursora de infarto de miocardio (Lespèrance, Frasure-Smith y Tulajic, 1996). Los síntomas depresivos, el aislamiento social y la hostilidad están interrelacionados, sugiriendo que estos factores de riesgo psicosocial para enfermedad coronaria tienden a coocurrir en ciertos segmentos de la población; haciendo que el riesgo se aumente en quienes presentan más de uno (Brummett, 1998). Además la depresión está asociada con conductas poco saludables como fumar (Anda et al, 1993, Mermelstein et al, 1986; citados por Brummett, 1998; Glassman et al; citados por Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).

No obstante, la depresión reactiva ha sido objeto de mayor estudio como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. Se ha encontrado que en el periodo inmediato a la aparición de la enfermedad los sujetos muestran niveles patológicos de depresión que disminuyen con el paso del tiempo (Liesse et al, 1974, Rejeski, 1985; citados por Barrio, 1993; Lespèrance, Frasure-Smith y Tulajic, 1996; Carney, Freedland y Jaffe, 1990, Travella, 1994; citados por Carney y Freedland, 1999; Barrio, 1993).

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Stress and heart disease. En: Internet: http: // www. americanheart.org. 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson. 1995.

BARRIO, V. del. La intervención psicológica en la rehabilitación cardiaca. Los tipos de conducta y el estrés. En: VELASCO, J.A de. y MAUREIRA, J.J. Rehabilitación del paciente cardiaco. Barcelona : Doyma. 1993. p.49-60.

BECK, A. Inventario de depresión de Beck. En: BECK, A. RUSH, A. SHAW, B. y EMERY, G. Terapia cognitiva de la depresión. España : Desclée de Brower, 1983. 393p.

BRUMMETT, B. et al. Social suppport and hostility as predictors of depression symptoms in cardiac patients one month after hospitalization: a prospective study. Psychosomatic medicine. 1998; 60: 703-13.

CARNEY, R. Y FREEDLAND, K. Depresión en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias. Mundo Médico. 1999; 15: 51-4.

CHRISTENFELD, N. et al. Social support effects on cardiovascular reactivity: Is a stranger as effective a friend?. Psychosomatic medicine. 1996; 59: 388-98.

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Morbilidad por enfermedades cardiovasculares en Antioquia (1982-2004). Medellín. 2000.

EVERSON, S. GOLDBERG, D. KAPLAN, G. JULKUNEN, J.

y SALONEN, J. Anger expression and incident hypertension. Psychosomatic medicine. 1998; 60:730-43.

EYSENCK, H.J. Tabaco, Personalidad y Estrés. Barcelona : Herder, 1994.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. y MARTÍN, M. Ira y hostilidad en los trastornos coronarios. Anales de psicología. 1994; 10: 177-87.

GERIN, W. MILNER, D. CHAWLA, S. y PICKERING, T. Social support as a moderator of cardiovascular reactivity in women: a test of the direct effects and buffering hypothesis. Psychosomatic medicine. 1995; 57: 16-22.

GLYNN, L. CHRISTENFELD, N. y GERIN, W. Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. Psychosomatic medicine. 1999; 61: 234-42.

GORKIN, et al. Psychosocial predictors of mortality in the cardiac arrhythmia suppresion trial-1 (CAST-1). Am J Cardiol. 1993; 71: 263-67.

GROSSMAN, P. et al. Cardiac vagal control and dynamic responses to psychological stress among patients with coronary coronary artery disease. Am J Cardiol. 1996; 78: 1424-27.

GUILLETE, E. Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. JAMA. 1997; 277: 1521-26.

JAIN, D. et al. Prognostic implications of mental stress-induced silent left ventricular dysfunction in patients with stable angina pectoris. Am J Cardiol. 1995; 76: 31-5.

KAMARCK, T. ANNUNZIATO, B. y AMATEU, L. Affiliation moderates the effects of social threat on stress-related

cardiovascular responses: Boundary conditions for a laboratory model of social support. Psychosomatic medicine. 1995; 57: 183-194.

KAWACHI, I. SPARROW, D. VOKONAS, P. y WEISS, S. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The normative aging study. Circulation. 1994; 90: 2225-9.

KRITTAYAPHONG, R. et al. Heart rate variability in patients with coronary artery disease: differences in patients with higher and lower depression scores. Psychosomatic medicine. 1997; 59: 231-35.

LACY, C. et al. Coronary vasoconstriction induced by mental stress (Simulated public speaking). Am J Cardiol. 1995; 75: 503-05.

LAZARUS, R. y FOLKMAN, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986. 463p.

LEGAULT, S. LANGER, A. ARMSTRONG, P. y FREEMAN, M. Usefulness of ischemic response to mental stress in predicting silent myocardial ischemia during ambulatory monitoring. Am J Cardiol. 1995; 76: 1007-11.

LESPÉRANCE, F. FRASURE-SMITH, N. y TULAJIC, M. Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. Psychosomatic medicine. 1996; 58: 99-110.

MARKOVITZ, J. Hostility is associated with increased platelet activation in coronary heart disease. Psychosomatic medicine. 1998; 60: 586-91.

MARKOVITZ, J. MATTHEWS, K. KISS, J. y SMITHERMAN, T. Effects of hostility on platelet reactivity to psychological stress in coronary heart disease patients and

healthy controls. Psychosomatic medicine. 1996; 58: 143-49.

MILLER, S. et al. Hostility, sodium comsuption, and cardiovascular response to interpersonal stress. Psychosomatic medicine. 1998; 60: 71-7.

MINISTERIO DE SALUD. Las enfermedades cardiovasculares. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. 1998; 3: 189-90.

RISO, Walter. La terapia cognitivo-informacional. Crítica a las terapias tradicionales e implicaciones clínicas. Medellín : C.EA.P.C. 1996. p. 125.

ROA, Alfonso. Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid : CEPE. 1995. P.641-731.

ROSENMAN, R. y PALMERO, F. Ira y hostilidad en la enfermedad coronaria. En: PALMERO, F.y FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. Emociones y adaptación. Barcelona : Ariel psicología, 1998. p. 219.

ROZANSKI, A. BLUMENTHAL, J. y KAPLAN, J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation. 1999; 99: 2192-217.

SAIZ, M. PERDOMO, A. y PRADO, Y. Estrés y personalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Boletín de psicología. 1992;15: 73-91.

SANDÍN, B. Cuestionario de Sucesos Vitales y Cuestionario de Estrés Diario. En: Estrés, psicopatología y salud. Madrid: UNED, 1999. p. 254-60.

SANDÍN, B. et al. Trastornos psicosomáticos. En: BELLOCH,

A. SANDÍN, B. y RAMOS, F. Manual de Psicopatología. Madrid : Mc Graw Hill, 1995. v.2, p. 401-69.

SANDÍN, .B et al. Estrés y enfermedad: Inventario de reacciones interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck. Revista de psicología general y aplicada. 1992; 45: 391-96.

SLOAN, R. SHAPIRO, P. BAGIELLA, E. MYERS, M. y GORMAN, J. Cardiac autonomic control buffers blood pressure variability responses to challenge: a psychophysiologic model of coronary artery disease. Psychosomatic medicine. 1999; 61: 58-68.

SPIELBERGER, C.D. GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R.E. Cuestionario de ansiedad estado rasgo. 2ed. Madrid : Tea, 1986.

SPIELBERGER, C.D. y MOCOSO, M.S. La expresión de cólera y hostilidad y sus consecuencias en el sistema cardiovascular. Psicología contemporánea. 1995; 2:32-43.

SUÁREZ, E. KUHN, C. SCHANBERG, S. WILLIAMS, R. y ZIMMERMANN, E. Neuroendocrine, cardiovascular and emotional responses of hostile men: the role of interpersonal challenge. Psychosomatic medicine. 1998; 60: 78-88.

WATKINS, L. GROSSMAN, P. KRISHNAN, R. y SHERWOOD, A. Anxiety and vagal control of heart rate. Psychosomatic medicine. 1998; 60:498-502.

WILLIAMS, R. y LITTMAN, A. Factores psicosociales: participación en el riesgo cardiaco, y estrategias de tratamiento. Clínicas cardiológicas de norteamérica. 1996; 1:99-106.

ZIMET, G.D. et al. Perceived Social Support Scale PSSS. En: BLUMENTHAL, James et al. Social support, Type A behavior and coronary artery disease. Psychosomatic medicine. 1987; 49:331-40.

16 FORMAS PARA SER UN BUEN PROFESIONAL – FACILITADOR-A

De: Chuck Salter. Revista Abordo ACES. Enero de 2002
Documento adaptado por

MARÍA ELENA ÁNGEL. *

Ser un buen educador es parte esencial del liderazgo efectivo que todo profesional en la actual sociedad debe desarrollar y por consiguiente, hace parte de una excelente atención de calidad al usuario.

Pero ¿de qué forma se logra persuadir a la gente en una organización para que cambie su actitud frente a nuevos estilos de vida más saludables? ¿Tenga una mejor calidad de vida con su realidad social o cotidiana? ¿Cómo orientar de nuevo el personal cuando se han tenido que reducir las estrategias para ajustarlas a la recesión? ¿Cómo sabemos que la gente de todos los niveles y estratos sociales, entiende cuáles son las prioridades del momento?

Muy sencillo: Mediante la enseñanza. Algo muy diferente a dictar una conferencia magistral (tiza, borrador...), a dar órdenes a un usuario; esto no garantiza el objetivo central de enseñar: "Que la gente aprenda lo suficiente para tener aptitudes y actitudes diferentes frente a sus problemas, bien sean físicos, mentales, sociales y/o cognitivos".

Entonces ¿Qué debemos imitar de lo que hacen los buenos educadores – Facilitadores?

* *Licenciada en enfermería. Magister en Salud Pública Universidad de Antioquia Facultad de Educación. Coordinadora del Diploma: "Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardiocerebrovasculares, con Enfoque Integral".*

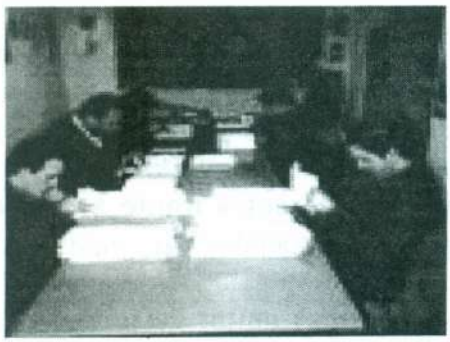
Se consultó a un grupo de maestros que habían sido evaluados por sus alumnos como buenos y se enunciaron los siguientes principios:

1. LA CUESTIÓN SON ELLOS Y ELLAS: LOS ALUMNOS Y/O USUARIOS

Cuando las personas se acostumbran a que las manden sin ninguna explicación (receptor pasivo), pueden crear una dependencia tal, que dejan de: tomar decisiones creativas, buscar oportunidades e innovar y pueden perder la capacidad de cambio, de aprender de manera reflexiva y más aún el arte de "aprender a hacer" y por consiguiente el arte de "aprender a ser": autogestionarios-as de su propio desarrollo.

La buena enseñanza resultó ser universal: Los mismos **principios** y muchas de las mismas **técnicas**, son válidas ya sea para el lanzamiento de un evento, para el estudio de un tema social o para trabajar con comunidad y diferentes grupos.

En la vida es necesario buscar para encontrar, y seguir buscando con el fin de que sean los mismos usuarios-as, los-as alumnos-as o los diferentes grupos quienes reflexionen sus metas de desarrollo: **autoestima, autonomía, autogestión, salud, educación, felicidad, creatividad, amistad**, entre otras. En dos palabras su **"proyecto de vida"**.



2. USTED: MAESTRO-A

Trabaje con diagnósticos y necesidades individuales y/o del grupo, priorizando las circunstancias. Algunos profesores se ven así mismos como "Saberlo todo" cuya labor es imponer sus conocimientos, ante un auditorio, un grupo o una persona y se olvidan del saber, las experiencias y necesidades del otro como si los-as usuarios-as y/o alumnos-as fueran receptores vacíos. Están muy equivocados dice William Rando, quien ha estado capacitando profesores universitarios durante 15 años en la Universidad de Yale.

Los mejores educadores se consideran a sí mismos como acompañantes de un proceso. Comparten lo que saben y tienen presente que ellos no son los únicos importantes, sus usuarios y/o alumnos también lo son. Para Rando "No quiere decir que el profesor no importe, lo que quiere decir es que éste se pregunte qué necesita el grupo o usuario de acuerdo con sus necesidades, capacidades y experiencias, es decir, ¿qué saben y qué requieren aprender?

Conclusión: Dominar el tema no es suficiente, puede parecer obvio pero con frecuencia los profesionales entran en materia y se olvidan de preguntar a los usuarios ¿dónde están o qué saben del tema? Por ejemplo, en el caso de un usuario ¿Qué sabe sobre su problema de salud? ¿Cuál cree que sea la causa por la cual no mejora? O ¿Qué hace para estar mejor (mitos, creencias, entre otros)? Igual con el alumno: ¿Qué conoce del tema?, ¿Qué necesita saber para su perfil profesional?, ¿Qué tal es su motivación?, entre otros.

3. LOS-AS USUARIOS-AS TOMAN UNA ACTITUD POSITIVA CUANDO LOS PROFESIONALES CREAN UN AMBIENTE SEGURO Y SE LES ESCUCHA

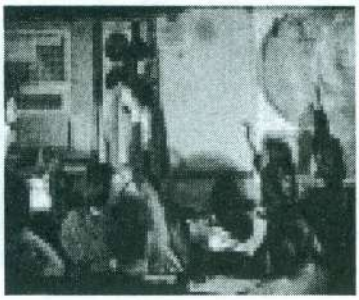
Cuando los profesionales (Médicos, Enfermeras, Maestros, Nutricionistas, Sociólogos, Psicólogos, entre otros) escuchan al usuario-a y/o alumno-a y le proporcionan un ambiente acogedor, les trae buenos resultados. El resultado es un lugar de trabajo agradable donde éstos pueden confiar en su profesional.

4. LOS BUENOS FACILITADORES REFLEJAN PASIÓN POR ENSEÑAR, ARDOR, GANAS Y TIENEN CLAROS LOS OBJETIVOS

La pasión por enseñar y las ganas son algo que no puede fingirse; el alumno-a y/o usuario-a se da cuenta si el profesional trabaja con ganas y se contagia de él.

5. LA GENTE CAMBIA CUANDO SE LE MUESTRA CUÁNTO TIENE POR APRENDER Y QUIERE HACERLO

Tom McCarty, Director de Servicios de Consultoría en Motorola University, utiliza el viejo dicho: "Cuando el alumno está listo aparece el maestro".



Por lo tanto, es muy importante que la persona quiera cambiar y aprender nuevos hábitos, y los profesionales deben ser los gestores de este cambio. Algunas de las personas que se inscriben en los talleres de mejoramiento continuo no están listas porque no sienten que tienen que mejorar.

6. SEA CLARO, AÚN CUANDO EL TEMA SEA DIFÍCIL

Uno de los mayores atributos de un buen maestro-a es su habilidad para explicar una idea compleja, dividirla en partes y hacerla comprensible.
De hecho para Gary Grates, "La comunicación es la esencia de enseñar y aprender"; el asunto más importante para un líder es que lo entiendan.

7. LA MEJOR RESPUESTA QUE UN PROFESOR PUEDE DAR A SUS ALUMNOS-AS A VECES ES: NO SÉ, PERO VOY A INVESTIGAR

Es muy importante poner en práctica la vulnerabilidad sin perder credibilidad. En lugar de perder credibilidad, este profesional gana la confianza de los-as usuarios-as y/o alumnos-as y esa confianza será la base de una relación muy productiva.

8. ENSEÑE CON EL CORAZÓN

La mejor enseñanza es personal. "Uno no enseña con lo que sabe sino con lo que es" (Nietzsche), o como dice Palmer, "Enseñamos lo que somos". Si uno no se conoce a sí mismo, no puede conocer a los-as usuarios-as y/o alumnos-as y por ende, no puede conectarse con ellos.

9. REPITA LOS PUNTOS IMPORTANTES

Si usted necesita que sus usuarios-as y/o alumnos-as recuerden ideas importantes de su taller, tiene que repetir más de una vez: "La primera vez que uno dice algo lo escuchan, la segunda vez ya lo reconocen y la tercera vez lo aprenden", dice William Rastetter, profesor de Harvard.

10. LOS BUENOS FACILITADORES HACEN BUENAS PREGUNTAS

Los profesionales facilitadores acertados, saben que aprender se refiere a explorar lo desconocido y comienzan por hacer preguntas, despertando el interés por la discusión y la reflexión para reforzar mediante un análisis las diferentes opciones y maneras de ver las cosas ante una misma situación. La base de un buen diagnóstico en un problema dado, es hacer buenas preguntas, sólo así podemos entender el problema real del usuario-a y/o alumno-a.

11. NO SE TRATA DE REPARTIR INFORMACIÓN, SE TRATA DE ENSEÑARLE A PENSAR A LA GENTE

Decirle a la persona qué tiene que hacer o pedirle las respuestas que uno quiere escuchar, es desconocer que ésta también puede pensar. Lo que se debe explorar es cómo él-ella mira el mundo, interpreta la información y reflexiona sobre sus problemas.

12. DEJE DE HABLAR Y ESCUCHE

Es tan importante lo que se dice como lo que se escucha. El aprendizaje efectivo es una calle de dos vías: es un **diálogo** no un monólogo.

13. APRENDA A SABER QUÉ DEBE ESCUCHAR

Levi Walkins profesor de cirugía en Baltimore dice: "Me interesa no solamente el número de usuarios-as atendidos, sino también los sentimientos de las personas. Quiero saber qué les produce satisfacción y qué les frustra".

14. PERMITA QUE SUS USUARIOS-AS Y/O ALUMNO-A SE ENSEÑEN UNOS A OTROS

Usted no es la única persona de quien aprenden sus usuarios-as y/o alumnos-as. Ellos y ellas también aprenden por sí solos y de sus compañeros-as, así funciona el triángulo del aprendizaje.

Rando ha trabajado esta idea en una etapa más avanzada, ha designado pequeños grupos para que sean expertos en diferentes temas y luego se mezclen con usuarios-as y/o alumnos-as de grupos nuevos, de manera que enseñen a otros lo que han aprendido. "Este método multiplica lo que ocurre en la vida real, todo el mundo tiene una parte de información, lo que hace de cada persona un maestro y un aprendiz.

15. EVITE UTILIZAR LA MISMA TÁCTICA PARA DIRIGIRSE A TODAS LAS PERSONAS

Los buenos profesionales facilitadores piensan que cada persona tiene la capacidad de aprender de forma diferente. Algunas en forma visual, otras aprenden mejor cuando leen y otras cuando escuchan. Lo que se denomina aprendizaje activo (Rando).

Además de acuerdo con las edades las personas tienen formas diferentes de asimilar la información.

16. NUNCA DEJE DE ENSEÑAR

"Uno de los ingredientes más importantes de enseñar es que a uno le guste".

Existe un dicho en Israel: "más grande que las ansias del ternero por alimentarse, son las de la madre por alimentar su cría".

LA COMUNICACIÓN-EDUCACIÓN: UN FACTOR PROTECTOR DE LA SALUD

MARTA CECILIA CHAVARRIAGA M.*

Comunicadora Social, Periodista Egresada del Diploma Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardio-Cerebro-Vasculares. Profesora de la cátedra: Comunicación y Desarrollo de la Facultad de Comunicaciones de la Universidad de Antioquia. luna@embera.udea.edu.co

Hoy en día es insuficiente el abordaje del proceso salud - enfermedad desde el campo de la medicina y las ciencias biológicas únicamente, pues está plenamente demostrado el impacto que sobre la salud, tienen las acciones de promoción y prevención asumidas como un quehacer interdisciplinario.

De la mano de Igea y Panacea, diosas de la promoción y de la prevención, propongo una reflexión acerca de la Acción Comunicativa en los proyectos y programas de educación en salud, tarea que no es exclusiva del personal sanitario. Los/as Profesores/as y los/as Comunicadores/as sociales - periodistas estamos llamados también a generar procesos educativos donde la persona desarrolle su propio potencial humano y adopte una actitud saludable.

La carta de Otawa[1] dice que «la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud».

[1] *Primera Conferencia internacional sobre la Promoción de la salud. Canadá 21 de Noviembre de 1986.*

A su vez, en la declaración de Jakarta acerca de la promoción de la salud en el siglo XXI[2], se acordó que «una de las prioridades es la creación de programas educativos donde se planteen responsabilidades individuales ya que los objetivos de la promoción de la salud solo podrán lograrse si los individuos asumen con mayor responsabilidad su propia salud. Los individuos deben empoderarse mediante la comunicación, que se interioriza de acuerdo a un ámbito propio».

Allí también se especifica que los medios para lograr la promoción se relacionan en forma inequívoca con la participación activa en la salud, la cual, a su vez, está fundamentada en la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria, y el desarrollo de aptitudes personales. Es en estos dos últimos aspectos donde se inscribe esta propuesta (sin desconocer que el abordaje debe ser integral) porque en labores que tengan que ver con la transformación, potenciamiento o afianzamiento de comportamientos, la comunicación social tiene un amplio campo de acción que no ha sido muy explorado ya que los «expertos» de la comunicación moderna se han preocupado por « conocer el nuevo enfoque crítico de la teoría de la información, examinar los condicionamientos sociales que determinan los procesos de comunicación, diseñar políticas nacionales de comunicación, o por explicar los nuevos procesos de educación vía medios masivos de difusión, pero se olvidaron de lo más elemental: la comunicación humana que es el terreno donde la comunicación colectiva aterriza y adquiere sentido.[3]

Bajo esa perspectiva, muchas y diversas son las propuestas que a nivel mundial y nacional se han formulado para articular la comunicación al trabajo en salud. Por eso, es fundamental revisar ambos conceptos con una mirada crítica, para consolidar un marco de sentido común que posibilite hacer de la comunicación un escenario para el verdadero encuentro con nosotros mismos y con los otros.

[2] *4º Conferencia internacional en Promoción de la salud. Jakarta Indonesia, 24 de Julio de 1997.*

[3] *Javier Esteinou Madrid. Comunicación Humana: Un problema no resuelto. .Revista Comunicación U.P.B. año 10, Nº 10 1987. pags 16-21*

COMUNICACIÓN = COMUNIÓN

Cuando la palabra aparece en el siglo XV en lengua inglesa, es sinónimo de comunión y significa el acto de compartir, de participar en común.[4]

En lengua francesa los términos comunicar y comunicación aparecen en los siglos X y XII y están muy próximos a comulgar y comunión. Este significado permanece hasta el siglo XVI cuando el sustantivo comunier empieza a significar propietario común. A partir de ese sentido general de participación, en el siglo XVI aparece el sentido de practicar. Desde entonces hasta finales del siglo, comunicar comienza a significar también trasmitir. En el curso del siglo XVIII con el desarrollo de los medios de transporte, es cuando el término se pluraliza y se convierte en el término general abstracto para denominar carretera, canales y más tarde ferrocarriles.

En el primer tercio del siglo XIX en Estados Unidos, y hacia 1950 en Gran Bretaña, el término empieza a designar a las industrias de la prensa, el cine, la radio, la televisión.

COMUNICACIÓN = MEDIOS

Dice Antonio Elizalde[5] que vivimos en una sociedad donde el gigantismo caracteriza nuestra forma de producir, consumir, educarnos, y comunicarnos, entre otras. Todas ellas son formas masificadas, diseñadas para operar en grandes escalas, en las que se ha perdido absolutamente la especificidad y carácter personalizante que tuvieron en el pasado las relaciones sociales constituidas en torno a dichas formas. Somos tratados como consumidores, lectores, televidentes, o pacientes, lo que ha homogeneizado nuestra realidad y también ha estrechado nuestras opciones de vida. Por eso es que confundimos comunicación con medios masivos y creemos que la acción comunicativa es un quehacer solo de

[4] *LA NUEVA COMUNICACIÓN. Selección y estudio preliminar de Yves Winkin sobre textos de Bateson Birdwhistell y otros... Bruguera. Buenos Aires 1999.*

[5] *SALUD, ECONOMIA Y LENGUAJE. De la crisis a la esperanza. Revista de la escuela de Salud Pública. Facultad de ciencias médicas, Universidad de Córdoba. Volumen III. Nº 1.992. Pags 25-32.*

comunicadores sociales o periodistas, así como la salud solo es un asunto de médicos y enfermeras.

Javier Esteneiu Madrid, en el texto citado anteriormente, afirma que «para el modelo de comunicación que hemos construido a lo largo de estos años, todo ha sido importante: las corrientes epistemológicas, los satélites, las estrategias de mercado, los encuadres cinematográficos, las relaciones públicas, la comunicación organizacional, los flujos de información, excepto nosotros como seres humanos. Es decir, nosotros no hemos sido importantes para nosotros mismos. Hemos hablado de todo excepto de nosotros mismos, de lo que pasa al interior de nuestras vidas, de lo que nos pasa en lo más adentro de nosotros mismos»

COMUNICACIÓN = EDUCACIÓN

Una concepción más amplia de la comunicación, reconocida como un pilar fundamental de la educación, y a la que llamaré comunicación-educación, debe tener en cuenta tres funciones específicas y tres niveles de intervención para que pueda favorecer el intercambio de saberes, ayudar a comprender la realidad y a construir nuevos saberes.

Las funciones principales de la comunicación-educación son: Una función informativa para distribuir datos útiles para el logro de determinados objetivos; una función educativa para mediar en el intercambio simbólico, proveer los insumos útiles para la construcción de nuevos saberes, y portar elementos culturales que permitan a los interlocutores trascender de la información a la formación; y una función movilizadora para incitar a la acción: el autocuidado, la adquisición de hábitos saludables.[6]

En cuanto a los niveles de intervención de la acción comunicativa, podemos decir que se dan a un nivel general, o sea en el contexto demarcado culturalmente; a un nivel

[6] *COMUNICACIÓN PARA LA SALUD. programa de educación en salud. Ministerio de Comunicaciones. Ministerio de Salud. Santa Fé de Bogotá. Marzo de 1999. (Documento fotocopiado)*

particular, inherente a un grupo determinado por características específicas y comunes; y a un nivel singular que tiene que ver con la persona y su propia identidad. Examinemos qué se ha hecho en cada uno de estos niveles y cual sería la propuesta de acción específica para hacer de la comunicación- educación un factor protector de la salud.

En el nivel general, en nuestro país, los programas de comunicación-educación para la salud han realizado campañas educativas a través de los medios masivos, compitiendo desventajosamente con las grandes campañas publicitarias de tabacaleras, licoreras y colas, entre otras, que impulsan a copiar estereotipos creados por ellos mismos y demandan de la audiencia masiva, el «tener más» como condición de calidad de vida.

Por otro lado, Leslie B Snyder, Profesora del Departamento de Comunicación Social de la Universidad de Connecticut, realizó en 2000, un estudio acerca de «¿ Qué tan efectivas son las campañas de salud a través de los medios masivos de comunicación?[7] y concluyó que» es más fácil promover una nueva conducta que persuadir a la gente a que abandone comportamientos.

Como el proceso educativo que planteo aquí tiene que ver no con el ser humano homogeneizado, sino con la persona individualizada y reconocida en su particularidad, la propuesta es que los educadores estimulemos en la población actitudes de pensamiento crítico, para desarrollar la capacidad de análisis de la información contenida en la prensa escrita, radio y televisión, así como en los mensajes publicitarios. Enseñar a los jóvenes que evalúen, descodifiquen, analicen y critiquen los mensajes mediáticos y comprendan cómo influyen en las costumbres, las actitudes y los comportamientos sociales.

A nivel particular, se han hecho algunos programas para gru-

[7] Titulo original: «How effective are mediated Health Campaigns» en Public Communication Campaigns Rice, Ronalkd & Aatkin Charles, (Eds). Third Edition . pags 181-190. (traducido por Alvaro Olaya)

pos específicos, definidos por perfiles epidemiológicos y que sólo apuntan a proponer cambios de hábitos dañinos, con el fin de prevenir complicaciones en una patología ya manifestada.

Es necesario pues crear nuevos procesos y espacios de mayor acercamiento personal a través de la lúdica y las diferentes manifestaciones culturales. Recordemos que los encuentros en las canchas de fútbol, la conversación en la tienda o en el bus, son tan importantes como la información que arroja la televisión, la radio, el cine, etc.

En este nivel se propone que se hagan investigaciones que propendan por conocer los elementos que desde lo cultural determinan los comportamientos individuales y colectivos, porque la capacidad de la acción comunicativa para afectar determinados aspectos de la realidad está íntimamente ligado al conocimiento que se tenga de ella, de los aspectos provenientes de la cultura y de las comunidades. Por eso es necesario caracterizar el público para identificar grupos que comparten valores, creencias y atributos claves que repercuten en el proceso comunicativo. La investigación sobre el público destinatario es clave para preparar los mensajes, la información, los materiales y metodología pertinentes y para identificar los canales que tienen más posibilidades de llegar y generar cambios de comportamiento.

La intervención directa debe tener como objetivo impulsar nuevas formas de participación y comunicación humana a través de micro-medios como video-foros, programas radiales en emisoras comunitarias, cartillas, talleres de sensibilización, obras teatrales, historias de vida, títeres, y diferentes dinámicas que apoyen los procesos pedagógicos que el personal de salud y los profesores realicen con grupos etáreos utilizando el lenguaje adecuado.

Más que «habladores», los trabajadores de la salud, educa-

dores y comunicadores debemos ser «oidores» que optimizamos nuestro trabajo en la medida en que somos capaces de comprender las argumentaciones del otro; en la medida en que tengamos la capacidad de cambiar de lugar y dejar el papel protagónico de emisores y podamos aprender a ser buenos perceptores que buscan estructurar una intervención donde se generen procesos que permitan que las personas rompan con los obstáculos que tienen para comunicar lo que la tradición, el orden establecido, la costumbre, los intereses, impiden expresar.

«... Me enfermé del corazón.
es usted cardíaca- dijo.
Por fin bautizaron
mi vacío, mi silencio
mi ademán de idiota enamorada
del aire»
(Alejandra Pizarnik)

«El primer gesto de conocimiento, es necesariamente un acto de conocimiento interior; ante todo, hay que escuchar las revelaciones del diálogo interior» (A Beguin).

Es desde nuestra comunicación personal como seres humanos que debemos repensar y reconstruir el nuevo orden de la comunicación social para avanzar como país.

Probablemente existan, pero no conozco enfoques a nivel singular que propongan la comunicación consigo mismo como uno de los factores que potencializan procesos protectores de la salud.

Es en este nivel de la comunicación donde quiero centrar mi reflexión y propuesta para el trabajo educativo en salud, porque cuando se acompaña a una población a través de programas educativos, nos encontramos con un universo simbólico que cada uno ha construido desde su cotidianidad y desde sus propias construcciones afectivas y cognitivas del mundo .

Además, la promoción y prevención en nuestro medio se ha enfocado en lo exterior: vitaminas, descanso, ejercicio, no fumar, no beber, etc. y no se ha interiorizado en la comunicación de la unidad cuerpo-mente-espíritu, fundamental para el autocuidado.

Si el objetivo final de la promoción de la salud es educarnos como personas autónomas, dueñas y responsables de nuestro cuerpo entendiendo este por el lugar donde habita el ser en un proceso vital, es indispensable que nos eduquemos para hacernos conscientes de nosotros mismos, y aceptemos la responsabilidad de conocernos mejor que nadie, porque en caso contrario buscaremos la salud en otra parte: en un médico, una droga o un tratamiento, prefiriendo la pasividad de un supositorio antes que el esfuerzo por cambiar el enfermizo ritmo de vida y los malos hábitos alimenticios que perjudican la salud.

"¿Quién sabe qué uniones maravillosas, qué sorprendentes nacimientos nos falta descubrir dentro de nosotros? " (Novalis).

La física subatómica expresa una y otra vez, de diferentes maneras, que los componentes de la materia y los fenóme-

nos básicos que la incluyen están todos interconectados, interrelacionados e interdependientes; no pueden entenderse como entidades aisladas, sino sólo como partes integrantes del todo. La teoría cuántica ha abolido el concepto de objetos separados, ha introducido el concepto de partícipe para reemplazar el de observador y considera necesario incluir la conciencia humana en su descripción del mundo. Ha llegado a ver el universo como una entretejida telaraña de relaciones físicas y mentales cuyas partes solo se definen a través de sus relaciones con el todo.[8]

En esta sociedad donde se producen todo tipo de separaciones o disociaciones: los sentimientos de las ideas, lo público de lo privado, el cuerpo de la mente y el espíritu es a su vez dejado de lado en el esfuerzo por curar el cuerpo; donde la vida ha sido reducida a simples o complejos mecanismos fisioquímicos; donde la enfermedad perdió su significado trascendente y dejó de ser un camino hacia el autoconocimiento, hay que iniciar una alfabetización en salud retomando la propuesta de Freire: «educación para la toma de conciencia»; promulgando una transformación en nuestras formas de percibir el mundo para asumir nuestra responsabilidad como individuos.

La búsqueda de la salud es una búsqueda de nosotros mismos, de la totalidad: una búsqueda de ese depósito de sabiduría y bienestar que hasta ahora parecía escapar del alcance de nuestra conciencia. Si buscamos el contexto de la enfermedad más allá de los síntomas: en nuestros miedos, rabias y tristezas que se nos quedan instalados convirtiéndose en ansiedad, resentimiento y depresión; en la dieta alimenticia o en los ciclos biológicos, y si aprendemos a escuchar el mensaje oculto en el dolor y en la enfermedad, podemos alcanzar un nuevo nivel de bienestar.

Los sanadores chamánicos - los curanderos de sudamérica, por ejemplo- advierten a sus pacientes que ellos pueden in-

[8] *EL TAO DE LA FISICA. Fritjof Capra. Ed Luis Cárcamo. Madrid 1987.*

fluir sobre los síntomas, pero lo que no pueden es cambiar el proceso interno causante de la enfermedad. Los síntomas pueden desaparecer por un tiempo, pero lo más frecuente es que no se haya cambiado la matriz más profunda de la enfermedad. Solamente la persona misma puede curarse desde adentro, porque la salud y la enfermedad no son cosas que nos suceden sin más. Son procesos activos, resultado de una armonía o una desarmonía interior, que están profundamente afectados por nuestros estados de conciencia, y por nuestra capacidad o incapacidad de comunicarnos con nosotros mismos. El reconocimiento de que eso es así supone implícitamente una responsabilidad, pero es también una fuente de oportunidades, en tanto sepamos escuchar y estemos atentos en nuestra comunicación con nuestro cuerpo-mente-espíritu.

«Intelectual es alguien que pretende saber lo que su cuerpo ignora» (Luis Enrique Mejía).

Comunicadores sociales que saben de encuadres televisivos, mezcla de sonidos, enfoque fotográfico, estilo gramatical, montaje cinematográfico, pero que ignoran que en el fondo de la vida de ellos mismos y del público se experimentan frustraciones, tristezas, desconocimiento de si mismos, marginación social; es decir, ausencia de plenitud; es decir, ausencia de salud.

«¿Con qué cara y con qué base de autoridad hemos abordado como disciplina a la comunicación social, cuando la comunicación personal que es el cimiento de ésta la tenemos sepultada?»[9]

«Quien mira hacia afuera sueña, quien mira hacia adentro despierta» (Jung)

El cuerpo sabe que es un todo. Y no solo es cierto que el cuerpo forma una unidad indivisible con el cosmos, sino que

[9] *Javier Esterinou Madrid. Texto citado.*

la toma de conciencia de esta verdad resulta indispensable para el equilibrio, para la salud. Pero la unidad corporal no se limita a una conciencia de la interdependencia entre la parte anterior y posterior del cuerpo; hay que comprender también la relación entre el interior y el exterior y entre éstos con la mente y el espíritu.

Porque el cuerpo es además fantasía, utopía, sueños...tomar conciencia del propio cuerpo significa abrirse el acceso a la totalidad del propio ser.

Comunicarnos con nosotros mismos significa despertar los sentidos, aguzar las percepciones, volver consciente los automatismo del cuerpo.

En el contexto de la comunicación-educación, más allá de la información, de la instrucción y del adiestramiento, hay que recobrar el significado original de la palabra comunicación en su dimensión de diálogo permanente que nos posibilita ligar el afuera y el adentro; el cuerpo, la mente y el espíritu; la salud y la enfermedad; porque ellos son, no la dualidad del ser, sino su unidad.

Esta común - unión traerá como consecuencia que cada uno de nosotros nos comprometamos con el autocuidado, hagamos elecciones saludables y sintamos al propio cuerpo tomar vida o a la propia vida tomar cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

DE LA CUESTA, Carmen.(Compiladora). Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Editorial Universidad de Antioquia. 1999.

DETHLESFEN, Thorwald y DAHLKE, Rudiger. La enfermedad como camino. Plaza y Janés 1990.

DUBO, René. El espejismo de la salud. Fondo de la cultura económica. 1996.

FERGURSON Marilyn. La conspiración de acuario. Kairós. 1994.

FRANKL, Viktor. La presencia ignorada de Dios. Herder. Barcelona. 1988.

KAPLÚN, Mario. Una pedagogía de la comunicación. Ediciones de la torre. Madrid 1998.

LORES Arnaíz, María del Rosario. Hacia una epistemología de las ciencias humanas. Belgrano, Buenos Aires 1986.

MAX-NEEF, Manfred, ELIZALDE Antonio y otros. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. CEPAUR 1986.

RODADO Carlos y GRIJALBA de Rodado Elizabeth. La tierra cambia de piel. Una visión integral de la calidad de vida. Planeta. Bogotá 2001.

Organización Panamericana de la salud. Propuestas de curriculum académico en comunicación para la promoción de la salud. Washington, D.C. 1995.

DOCUMENTOS

Carta de Santiago. Declaración de la 11ª Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Santiago, Chile. 13 al 17 de Octubre de 1996.

Quinta Conferencia Mundial de promoción de la salud. México DF, 5 de junio de 2000.

El concepto salud enfermedad. historia y perspectiva. Jaime Arturo Gómez C. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina preventiva. 1997.

Círculos de promoción de la salud como estrategias pedagógica para la educación en salud. Adriana María Gómez G. Miguel Angel Bedoya G. Corporación Ser Humano. (sf)

Proceso Vital Humano. Proceso Salud/Enfermedad: Una nueva perspectiva. Dr Saúl Franco. Programa Uni-Rionegro, Fundación Kellogg. Conferencia presentada en el seminario «marco conceptual para la formación de profesionales de la salud». Universidad nacional 1993.

La promoción de la salud en las enfermedades cardiovasculares. Carlos Augusto Agudelo M. (sf)

Comunicación para la promoción de la salud. Alvaro Olaya P. II Congreso Internacional de salud pública. Facultad Nacional de Salud pública. Universidad de Antioquia 2001.

Comunicación para la promoción de la salud. Gloria A. Coe. Revista Chasqui 63. Septiembre 1998. Pags 26-29

La comunicación y la salud pública. Una invitación a la interdisciplinariedad. Alvaro Olaya P. Facultad nacional de salud pública. Universidad de Antioquia. (sf).

La comunicación humana: Un escenario para el encuentro con el otro. María Teresa Luna C. Maestría en desarrollo educativo y social. CINDE-UPN. Medellín. 1993.

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL TABAQUISMO

JAIME LONDOÑO ECHEVERRY*
OLGA INES ARAMBURO MISAS**

RESEÑA HISTÓRICA

El tabaco es una planta originaria de América, aunque se han encontrado elementos del tabaco en la momias Ramses II como sustancia que sirvió para momificarlo. ¿Cómo llegaron allí? .....nadie lo sabe.

Existen 50 variedades de plantas de tabaco y en algunas regiones sólo 2 industrializadas. A las hojas del tabaco le agregan sustancias aromatizantes y saborizantes que determinan la marca de un cigarrillo, lo que la da un sabor y olor característico a cada marca.

La diferencia entre tabaco rubio y tabaco negro esta determinada por la concentración de nicotina y alquitrán así como también la suavidad entre una marca y otra.

El consumo de tabaco o puro está determinado en algunos países y regiones en la población muy adulta, principalmente del campo. La presentación del rapé, el tabaco masticado, en pasta y el chimú, no es muy común y se puede asignar a regiones especificas como los Llanos orientales y Venezuela.

*Jefe de promoción y prevención. Psicólogo Universidad de San Buenaventura Medellín. Especialización Gerencia Hospitalaria Universidad de Antioquia.

**Enfermera promoción y prevención. Enfermera Licenciada de la Universidad de Antioquia.

El tabaco masticado principalmente en los beisbolistas de Norte América. La Pipa tuvo su auge en Europa y hoy es utilizada en clases sociales altas.

La marca del cigarrillo, suavidad, presentación y precio influyen en el mercadeo del producto.

ASPECTOS QUÍMICOS

Cuando se enciende un cigarrillo se producen entre 800 y 900 grados centígrados, esa temperatura se dispersa en el humo, por la columna de tabaco y a la boca del fumador activo llegan 65grados centígrados que destruyen la mucosa oral y de las vías respiratorias altas, medias y bajas.

La combustión de la columna de tabaco produce 50 mgs de humo el cual es absorbido por las vías respiratorias no sólo del fumador activo, que es la persona que realiza la acción de fumar, sino también de aquellos con quien conviven denominados también fumadores pasivos y los-as hijos-as de las madres gestantes llamados-as fumadores-as involuntarios-as.

Cuando un fumador activo se fuma 7 cigarrillos en un espacio cerrado el pasivo de fuma 3; a titulo de ejemplo, si una mujer en embarazo se fuma 7 cigarrillo el bebé en gestación se fuma la misma cantidad, potencializando la posibilidad de la enfermedad y de los daños causados a los bebes en la etapa intra uterina y de la primera infancia, cuando la mamá fuma y fuman en su presencia, aumenta el riesgo.

Un cigarrillo al quemarse produce 50 mgs de humo , 8% son sustancias particuladas y el 92% sustancias gaseosas que no se retienen en el filtro, estos elementos pasan por el humo de primera mano al cuerpo del fumador activo y por el humo de segunda mano o sea el exhalado por el fumador activo más el que se produce en la zona de incandescencia es

inhalado por el fumador pasivo. Hay que tener en cuenta que la concentración de los compuestos químicos aumenta en lugares cerrados y también incrementa su toxicidad en unión de otras sustancias haciéndolas mas nocivas.

La combustión del cigarrillo produce 4000 compuestos químicos identificados, ninguno de ellos de uso medicinal, por el contrario tóxicos asociados a diferentes patologías.

Cuando los 4000 compuestos químicos entran a las vías respiratorias, principalmente la baja, la permanencia del humo del cigarrillo en el alvéolo pulmonar es larga y hay mayor absorción de los compuestos aumentando la posibilidad de producir la enfermedad.

Está claro que los efectos nocivos del cigarrillo para el fumador activo son a largo plazo casi siempre y su daño está asociado a los siguientes parámetros:

- Edad de inicio del consumo. Mientras más joven se inicie mayor agresividad de las sustancias.
- Tiempo que lleve fumando. A mayor tiempo mayor exposición.
- Cantidad de cigarrillos fumados por día. Aunque este no es un argumento del todo valedero porque personas de bajo consumo pueden presentar igual riesgo de enfermedad teniendo en cuenta la posibilidad de ésta a través de la herencia; marca de cigarrillo, aquella que es llamada tabaco negro que posee altas concentraciones de sustancias tóxicas aumentan el riesgo, No podemos olvidar que existen familias susceptibles a desarrollar este tipo de patología asociado a la herencia el cual hay que tener en cuenta y en las que el consumo de tabaco incrementa mucho más el riesgo.

PROGRAMAS DE CESACIÓN

Hoy el tabaquismo es considerado uno de los mayores pro-

blemas evitables de salud publica en el mundo , siendo este comportamiento uno de los factores de riesgo asociado a enfermedades degenerativas crónicas no sólo para el fumador activo sino también para el fumador pasivo e involuntario.

El dejar de fumar o disminuir, es un proceso con diferentes etapas, donde los profesionales de la salud pueden orientar y acompañar a los fumadores en este difícil proceso de modificar comportamientos inadecuados como es el tabaquismo.

El acercamiento que se debe hacer con los fumadores activos pretende que conozca los aspectos bio-psico-sociales asociados al tabaquismo como son:

- Aspectos físicos y reacciones químicas de la combustión del tabaco.
- Formas de consumo.
- Causas por las cuales las personas expuestas al mismo riesgo desarrollan diferentes tipos de patología.
- ¿Por qué la gente fuma?
- Patologías asociadas al consumo.
- Propuesta de ayuda para disminución o abandono del comportamiento.

Conscientes de esta problemática, Medicáncer ofrece a la comunidad diferentes estrategias educativas orientadas a informar, sensibilizar y educar sobre tabaquismo; para prevenir su consumo o ayudar a los ya fumadores a disminuirlo o abandonarlo con el fin reducir las secuelas de la enfermedades que el produce y mejorar la calidad de vida.

HACIA UN MODELO EDUCATIVO BASADO EN NUEVOS ENTORNOS Y AMBIENTES DE APRENDIZAJE LA EDUCACIÓN MULTIMEDIA

EUGENIA RAMÍREZ ISAZA*

Una educación fundada en una auténtica comunicación, aplicada a una reflexión y un trabajo comunes, a unos análisis y síntesis cribados por una critica comunicativa, suscita la creatividad, la expresión espontánea, la escucha y la comprensión de los otros, del otro, un razonamiento por pruebas, la asimilación de una cultura verdaderamente vivida.
Michel Martín

* *Especialización en Sistemas de Información. EAFIT, 1986. Master – Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. UNED España. Año 2002. Doctoranda en Educación: Formación del Profesorado en Medios Didácticos. UNED, España. Jefa de la Sección de Producción de Medios Aplicación de Nuevas Tecnologías y Publicaciones. Departamento de Extensión y Educación a Distancia. Facultad de Educación. UNED de España: Profesora tutora en Colombia Master Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. 2001-2002. Profesora de Comunicación Educación. Facultad de Comunicaciones Universidad de Antioquia.*

Las nuevas necesidades, realidades y tendencias actuales en la educación exigen de las universidades, la identificación y adopción de mecanismos y estrategias orientadas a fundamentar la pedagogía activa, es decir, aprender a aprender, aprender a hacer y aprender a ser; que los currículos deben propender por la búsqueda de una formación integral y ser abiertos y flexibles, para ir a tono con las pautas y necesidades sociales y particulares de cada contexto, autónomos y críticos dentro de una perspectiva de educación permanente.

En este sentido es necesario, cambiar el esquema rígido y condicionado de que los materiales de aprendizaje se apoyan exclusivamente en el medio (soporte) impreso ya que éste no es siempre el más indicado para conseguir los objetivos didácticos de los cursos o asignaturas. Es imprescindible, entonces, incorporar sonido, imagen y niveles de interactividad con el alumno, que le permitan la comprensión y asimilación de las informaciones transmitidas de forma oral.

Dicha incorporación y acceso a estas nuevas tecnologías va a introducir profundos cambios no sólo en las metodologías de la enseñanza, en cualquier área o saber, sino incluso en los contenidos curriculares, permitiendo que los materiales didácticos acometan objetivos que antes solo eran posibles mediante la comunicación directa y presencial del docente.

La posibilidad de reproducir situaciones similares a las que se dan en la realidad, bien sea en el entorno, en el laboratorio o en el mundo productivo, va a permitir que el alumno construya sus propios esquemas conceptuales y no de una forma exclusivamente deductiva, sino partiendo de situaciones y hechos concretos, actuando de forma empírica y aplicando metodologías inductivas; lo que le va a facilitar el acceso y desarrollo de los contenidos procedimentales, difíciles de tratar utilizando únicamente soportes impresos.

De esta manera no sólo se podrán abordar y mejorar los actuales contenidos curriculares sino que, forzosamente, se podrán incorporar contenidos de los currículos ocultos.

De otro lado, es fundamental el desarrollo de la informática y las telecomunicaciones y la implementación de aplicaciones educativas basadas en sistemas hipertexto dado el auge de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, que en la educación se convierten en mediadores fundamentales en los procesos de enseñanza y aprendizaje. Retornamos a Francisco Gutiérrez en lo que él define como Educación Multimedia.

La Educación Multimedia pretende colaborar en el desarrollo de la autonomía personal y el espíritu crítico del alumno ayudándolo a interpretar la realidad y fomentando los valores de una sociedad democrática.

Sólo hay un camino para que la educación esté definida desde ese criterio, y éste es la formación del profesorado. Pero

una formación no como mero ejecutor acrítico de un plan generalizado, como se hizo en los años 70, sino, más bien, como un orientador de un espíritu crítico y reflexivo, e investigativo.

En esta medida, se desarrollarán mayores aplicaciones multimedia en orden a las posibilidades que se le brinden al sujeto para acceder tanto desde la escuela como desde el hogar a los sistemas multimedia interactivos.

Las nuevas tecnologías multimedia pueden ser utilizadas para codificar la realidad de diversas maneras. Esto facilita la capacidad del alumno para «asimilar» y «acomodar» los nuevos conocimientos, teniendo en cuenta, que es necesario saber elegir el dispositivo, el soporte y el lenguaje más adecuado para cada momento, puesto que no se trata de un nuevo contacto y posterior codificación de la realidad sino de una interacción constante y consciente del alumno con dicha realidad.

Los alumnos de todas las edades tienen que interaccionar entre sí y con los adultos para poder aprender las capacidades sociales e interpersonales, como por ejemplo, el modo de trabajar de manera cooperativa. El computador y las tecnologías multimedia no serán las encargadas de enseñar esa interacción tan propia del ser humano, pero si la favorecerán y mejorarán así la experiencia de aprendizaje.

Es importante destacar algunas de las ventajas que tienen las tecnologías multimedia:
Facilitan la participación activa del alumno: Esto está relacionado con la interactividad que pueda proporcionar cada programa multimedia. Puede favorecer así un aprendizaje más autónomo donde el sujeto vaya controlando progresivamente las informaciones que introduce en el ordenador según las respuestas que le va dando la máquina.

Motivan, facilitan el trabajo colaborativo y optimizan el individualizado: Las tecnologías multimedia son muy llamativas y atractivas para los alumnos por la riqueza de medios de expresión. Debido a esta característica, la sensación y el interés por interaccionar son cada vez mayores. Además los contactos sociales (sobre todo para ver qué y cómo trabajan los demás) aumentan y en torno a los computadores, se crean foros de debates, opiniones, etc...

Facilitan el tratamiento, la presentación, la comprensión y la retención de la información:
Las tecnologías multimedia nos permiten combinar los tipos de presentación más tradicionales, como la televisión, con la interactividad propia del ordenador, clarificando así la información a transmitir y haciéndola más significativa para el sujeto.

Al profesor, por su parte, le es de gran utilidad conocer los diversos medios y lenguajes de expresión para aprovecharse de cada uno de ellos y utilizarlos en los momentos adecuados. Estos permiten la funcionalidad y aplicabilidad de los aprendizajes: todo lo que es enseñado y, en consecuencia, aprendiendo a través de las nuevas tecnologías, guarda una estrecha relación con la realidad del día a día y por tanto, permite al sujeto aplicar esos aprendizajes en otras situaciones y en otros contextos diferentes a las instituciones educativas.

Hace falta una reflexión profunda sobre la incidencia de la comunicación en la acción educativa y en el entorno académico, por lo tanto el currículo debe plantearse de acuerdo con las necesidades en este campo, desarrollando programas adecuados a las urgencias actuales en la formación profesional.

Es necesario considerar la acción de los medios de comunicación y los problemas que le plantean a la escuela, ya que, el

sistema de comunicación de masas influye poderosamente hasta ser un agente educativo.

En nuestro medio es necesario reforzar no sólo la relación dada entre comunicación y educación sino también la que se produce entre democracia y comunicación, y democracia y educación, con el fin de asegurar un trabajo conjunto en la primera relación, donde prima la educación como proceso comunicativo.

Por esta razón, si hacemos una caracterización de la educación y el mundo contemporáneo, la palabra clave es comunicación. Sin embargo, se presenta un conflicto en las instituciones educativas, entre el reconocer o no la existencia de los nuevos medios y la implementación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, resienten la caracterización e interpretación del proceso comunicativo en la educación.

El objetivo primordial de la pedagogía es integrar diferentes lenguajes y formas de comunicación que requieren en un momento dialéctico, de una comunicación más reciproca. También interesa iniciar una escuela creativa y participativa donde confluyan el pensamiento de un hombre o mujer nuevo(a) a través de una diversidad de canales.

Los nuevos medios de comunicación, decodificados y desmitificados, ofrecen al proceso educativo nuevas y más amplias formas de diálogo, donde la capacidad comunicativa de la persona abre nuevos cauces a la educación, a las palabras, a los gestos, a las imágenes ya los sonidos. La única posibilidad y la más enriquecedora, es crear coherencia entre los dos sectores y esto se logra a través de un currículo abierto y flexible definido según las necesidades especificas de cada entorno escolar considerando el papel modificante de los medios de comunicación.

Hasta hoy la practica educativa enfocada como comunicación educativa, se hace de manera esporádica y excepcional y como desapercibidos experimentos. Esta estructura rígida es necesario cambiarla si se quiere caminar hacia las nuevas exigencias y necesidades de la modernidad.

El nuevo proyecto educativo se modula por las exigencias de adaptación alas nuevas tecnologías de la información y comunicación partiendo de cambios económicos, sociales y culturales como son: la revolución científica - técnica, políticas de desarrollo, las expectativas de vida de la población, la concentración urbana, la apertura y la demanda de la educación permanente que revalúan un sistema educativo flexible, amplio, totalizador e innovador que cubra las nuevas expectativas de las mayorías.

En tal sentido se proponen una serie de proyectos tendientes al mejoramiento de la calidad de la enseñanza: lectura crítica de mensajes, codificación y decodificación de imágenes, manejo de códigos culturales básicos alfabetización en los nuevos sistemas de información y de medios de comunicación de masas, y la aplicación de éstos como estrategias de aplicación en el sector educativo.

El reto que planteamos es la integración de la escuela con los medios y la tecnología, para conformar un solo proceso que aclare la perplejidad cultural y axiológica que proporcionan a los sujetos la comprensión de los mensajes de nuestro sistema educativo y los propios medios, la mayoría de las veces contradictorios. Pero la realidad es evidente: la mediación que cada vez es más frecuente, motivacional y enriquecedora ojalá existiera en la didáctica tradicional.

De otro lado, y citando a Michel Tardy: «asistimos a una especie de excomunión reciproca: la mayor parte de los pedagogos ponen en entredicho las «obras» surgidas de los medios de comunicación de masas y se escudan detrás de un non possumus, inspirados por no sabemos qué clase de orto-

doxia pedagógica, Pero si las puertas del templo se entreabren los detentadores de la cultura de masas se niegan a franquear el umbral, dudando ante lo que consideran como una especie de bautismo pedagógico.»

De lo anterior deducimos que es esencial unificar el campo de experiencias de los sujetos, emisor- receptor, EMIREC que aún hoy siguen teniendo un más fácil acceso a la producción de mensajes: tanto el docente como el comunicador han de reciclarse en lo que se puede definir como una educación en materia de comunicación.

Para el comunicador es esencial mirar la producción de mensajes, como un replanteamiento del procedimiento pedagógico tradicional que conlleva un elemento dinámico y de renovación, y por tanto, lo ideal seria que todos los educadores trabajarán en equipo con ellos en la producción de los mensajes pedagógicos utilizados en sus clases, adaptándose ambos profesionales a las nuevas exigencias de una comunicación más abierta y totalizadora ya nuevas maneras de aprender, de ejercer la crítica y la reflexión, la intuición y el razonamiento y de aprender a aprender.

La Comunicación educativa es el proceso de interacción humana cuyos recursos expresivos son los lenguajes verbales, kinésico, proxémico, impreso, sonoro, visual, audiovisual, informático y telemático que se transportan en medios de comunicación diversos. Se aprecia entonces, que en esta perspectiva se asumen los medios desde una óptica más amplia, sociológica, aquella que considera a los medios de comunicación como... todos aquellos recursos que sirven o se utilizan para la comunicación... incluidas las estructuras sociales formales e informales y el individuo mismo (Gallardo, 1993).

Se propende desde esta propuesta, por una real relación entre escuela- medios, docente- comunicador o profesional de los medios, programador o productor y audiencia, capaz de

restablecer desde su base misma la desigual relación de poder existente en el actual «orden informativo». El modelo educativo en cuestión, tiene un énfasis en la comunicación, fomentando la relación democrática, expresiva y dialógica en los procesos de enseñanza y aprendizaje, donde juegan papel fundamental los Emirecs (emisores- receptores alternativamente, según Jean Cloutier).

El estudio de los medios educativos y de las nuevas tecnologías como excelentes herramientas de accèso a la información y como agentes didácticos que permiten acceder al conocimiento, ha sido escaso, y apenas empiezan a vislumbrarse perspectivas teóricas y propuestas investigadoras sobre su funcionamiento.

La investigación sobre la adquisición del conocimiento a través de las nuevas tecnologías apenas comienza, pero se intenta demostrar su validez en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Se considera importante señalar algunos argumentos previos:

- Los recursos tecnológicos no son ni los únicos ni determinantes en el proceso de aprendizaje.

- La aplicación o utilización de los medios educativos no mejoran per se el aprendizaje. El progreso del aprendizaje se debe, realmente, a la existencia de un agente mediador que no es otro que la propia mente.

- Los medios audiovisuales y las nuevas tecnologías (educación multimedia) se presentan como asistentes cualificados de la enseñanza y el aprendizaje pero nunca podrán sustituir al docente.

- El papel d e los medios debe orientarse o facilitar o promo-

ver procesos de pensamiento y el uso de estrategias de aprendizaje cognitivos y metacognitivos.

La aplicación de un modelo de comunicación horizontal y dialógico EMIREC y de modelos de aprendizaje constructivos, flexibiliza ostensiblemente la presentación de la información o los contenidos académicos, llegando a permitir verdaderos significados de lo que se quiere enseñar. (papel orientador y facilitado, mediador).

De tal manera:

♦ Permiten a los estudiantes una rápida asimilación de los conceptos gracias a la variedad de medios y estímulos que utilizan.

♦ Favorecen el aprendizaje autónomo y permiten asignar significado a la nueva información relacionándolos con los conocimientos previos.

♦ Permiten a los sujetos desplazarse por la información en función de sus necesidades, intereses, curiosidades y expectativas.

Sin embargo, es imprescindible que estos medios cumplan con unos requerimientos para que el sujeto pueda desarrollar correctamente el aprendizaje y sea capaz de transferir o aplicar sus conocimientos a otros contextos o situaciones. Los medios presentan opciones o alternativas didácticas y comunicativas claras y precisas, adecuadas a las necesidades de los sujetos que enseñan y aprenden.

♦ Permiten el acceso a la información de manera ágil y eficaz, simplificando los procesos cognitivos y facilitando las estrategias de aprendizaje.

♦ Facilitan el acceso a estas herramientas y sus opciones

didácticas, de tal manera que el estudiante se oriente y pueda realizar el aprendizaje a través de los distintos estímulos de sus sentidos.

- Agrupan y organizan la información y contenidos de modo que el estudiante pueda organizar los esquemas mentales e ir creando pequeñas redes de conocimiento.

De tal manera, se quiere demostrar que los medios constituyen una herramienta valiosa para la construcción del conocimiento y facilitan a los usuarios - as una búsqueda continua de la comprensión.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ, Amelia y DEL RÍO, Pablo. Educación y Desarrollo: La Teoría de Vygotski y la Zona de Desarrollo Próximo. En Coll, C; Palacios, J.; Marchesi, A.(1995): "Desarrollo psicológico y educación, II", Madrid: Alianza.

ADELL; J: Educación en Internet. Universitas Tarraconensis, Serie IV, Vol. Extraordinario. Semana Pedagógica. 1995.

————. Redes y Educación. En Pablos, J.; JIMÉNEZ J., Nuevas Tecnologías, Comunicación Audiovisual y educación. Barcelona. CEDECS.

APARICI, Roberto (Coord) La Revolución de los Medios Audiovisuales. Madrid: Ediciones de la Torre. 1993.

APARICI Roberto, GARCÍA MATILLA, A. Imagen, Vídeo y Educación. Madrid: Paidea. Madrid. 1987.

APARICI Robertoy colbs. Evalucación de las Tecnologías. UNED, España. Año 2000.

AA:VV. Aprender Para el Futuro. Desafíos y Oportunidades. Madrid: Fundación Santillana.

BAUTISTA, A. Las nuevas tecnologías en la capacitación docente. Visor. Madrid. 1994.

BOU BPUZARD, Guillem. El guión Multimedia. Madrid: Anaya. 1997.

CAICEDO ESCOBAR, Carlos. "La Prospectiva de la Formación Virtual en las Organizaciones del Próximo Milenio". Revista Ingeniería e Investigación. Universidad Nacional de Bogotá. Facultad de Ingenierías. No 37, diciembre de 1997.

CARRETERO, Mario. Constructivismo y Educación. Zaragoza. Edelvives. 1993.

COLL; César y otros. El Constructivismo en el Aula. Barcelona: Graó. 1997.

COLL, César y MARTÏ, Eduard. (1995). Aprendizaje y Desarrollo: La Concepción Genético- Cognitiva del Aprendizaje". En Coll, C.; Palacios, J.; Marchesi, A. (1995): "Desarrollo Psicológico y Educación II". Pp.121-139. , Madrid.Alianza.

DELICADO, Javier. Sistemas Multimedia. Madrid: Síntesis. 1995.

DILO, Didier. "De lo Tradicional a lo Virtual: Las Nuevas Tecnologías de la Información". Debate temático realizado por la UNESCO. París: Unesco. 1998.

FAINHOLC, Beatriz. "Las Nuevas Tecnologías y la Educación en este Fin de Siglo".

GARCIA MADRUGA, Juan A. (1997). "Aprendizaje por Descubrimiento Frente a Aprendizaje por Recepción". En Coll, C.; Palacios, J.; Marchesis, A. (1995): "Desarrollo Psicológico y Educación II". Madrid: Alianza, pp.81-92.

GIL RAMÍREZ, Hernán. "Internet: de lo Real a lo Virtual". Revista de Ciencias Humanas, Universidad Tecnológica de Pereira. Año 5, No 15, mayo de 1999.

GROSS, Begoña (coord.) Diseños y Programas Educativos. Pautas Pedagógicas para la Elaboración de Software. Ariel Educación. Barcelona. 2000.

——————————— El Computador Invisible. Barcelona. 2000.

GUTIÉRREZ, Alfonso. Educación multimedia y Nuevas Tecnologías. Ediciones de la Torre. Madrid. España. 1991.

GUTIÉRREZ, P., FRANCISCO Y PRIETO, Daniel. La Mediación Pedagógica. Apuntes para una Educación Alternativa a Distancia. San José , Costa Rica: Nederland Training Center. 1991.

HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Pedro. (1997) "Construyendo el Constructivismo: Criterios para su Fundamentación y su Aplicación Instruccional". En Rodrigo, María José (1997): La Construcción del Conocimiento Escolar". Barcelona: Paidós, pp. 285-312.

HUITEMA, CH. Internet... una vía al futuro. Londres: McGraw Hill. 1995.

JIMENO SACRISTÁN, José. Comprender y Transformar la Enseñanza. Madrid: Ediciones Morata. 1996.

KAPLÚN Mario. Una Pedagogía de la Comunicación. Madrid: Ediciones de la Torre. 1998.

LANDOW; George P. Teoría del Hipertexto. Barcelona : Paidós. 1997.

LÓPEZ GRANADOS, Mónica. Aportes Reales de las Nuevas Tecnologías a la Enseñanza, en Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación en la Enseñanza. Compilación de B. Fainhole. Buenos Aires: Ed. AIQUE. 1998.

LORENTE, Eneko. "Las Comunidades Virtuales de Enseñanza-Aprendizaje". cyplobij@lg.ehu.es.

MACDONALD. La Evaluación y el Control de la Educación. En Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez. AI. (comp.) (Ed) La Enseñanza: Su Teoría y su Práctica. Axal. Madrid, 1976.

MARABOTTO, M. Irma, GRAU, J. Multimedios y Educación. Buenos Aíres: Fundec. 1995.

MIRAS, Mariana. (1997). "Un Punto de Partida Para el Aprendizaje de Nuevos Contenidos: Los Conocimientos Previos". En Coll, C. (1997): "El Constructivismo en el Aula"". Barcelona: Graó, pp. 47-63.

MARTÍN BARBERO, J. De los Medios a las Mediaciones. México, G.Gill. 1991.

NEGROPONTE, Nicholas. ¿De Dónde Vienen las Ideas?. En: Suma Plus. Santa Fé de Bogotá, nov 1997. pp. 89-90.

——————Ser Digital. Buenos Aíres. Atlántida. 1995.

POZO MUNICIO, Juan Ignacio. "Teorías Cognitivas del Aprendizaje". Madrid. Morata. 1996.

—————— "Aprendices y Maestros". Madrid: Alianza. 1996.

OROZCO GÓMEZ, G. Recepción Televisiva. Tres Aproximaciones y Una Razón Para su Estudio. México: Universidad Iberoamericana.

ORTEGA SANTAMARÍA Sergio. Tesina de Doctorado en educación: El constructivismo y la teoría de la Flexibilidad cognitiva en la Educación: Aplicación a los entornos hipermedia. Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca, España. Año 1998.

OVIEDO GOVANTES, Ariel. "Retos y Posibilidades que Imponen las Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones Para la Educación en los Países del Tercer Mundo". Contexto Educativo, Revista Digital de Educación y Nuevas tecnologías. La Habana. 2000.

RAMÍREZ ISAZA, Eugenia. Proyecto Para la Creación e Implementación de la Educación en la Red de Comunicaciones. REDEXTEDI. Facultad de Educación. Universidad de Antioquia. 2000.

RAMÍREZ ISAZA, Eugenia. Documento de apoyo para el "Doctorado en Formación de Docentes en Medios Didácticos", UNED, España. 2001.

---------- Hipermedia para autoformación de docentes en nuevas tecnologías a través de entornos constructivistas. Trabajo final del Master en Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. Año 2002.

RODRIGO, María José y ARNAY, José (1997). "La Construcción del Conocimiento Escolar". Temas de Psicología. Barcelona: Paidós.

SALINAS LEANDRO, José María (1996). "Trabajo Cooperativo Asistido por Ordenador". En informes de Fundesco (1996). "Multimedia 1996/tendendencias".

SILVIO, José F. "La Virtualización de las Universidades". Revista "Comunicación". Centro Gumilla. No 105. 1999.

SOLÉ, Isabel y COLL; César. (1997). "Los Profesores y la Concepción Constructivista". En Coll, C y otros. (1997). "El Constructivismo en el Aula". Barcelona: Graó, pp. 7-23.

SPIRO, RAND, J.; feltovich, Paul J.; JACOBSON, Michael J.; COULSON, Richar L. (1991). "Cogniti Flexibility. Constructivism, and Hypertext: Random Acces Instruction for Advanced Knowledge Acquisition in III- Structured Domains". Educational Technology, No 31. Pp. 24-33.

UNED. Programa de Formación del Profesorado. Curso Nuevas Tecnologías y Educación. Madrid. Año 2000.

TIFFIN,J.; RAJASINGHAM,L. En Busca de la Clase Virtual. La Educación en la Sociedad de la Información. Paidós. Barcelona.