



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO EN
“PATOLOGÍA EXISTENCIAL E INTERVENCIÓN EN CRISIS”

**SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
ESTUDIANTES DE LA CARRERA TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO
EN ESTADÍSTICA DE SALUD. FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA**

Autora:

Nancy B. Freitez de Sardi

Madrid, julio 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
ESTUDIANTES DE LA CARRERA TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO
EN ESTADÍSTICA DE SALUD. FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA**

Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado de Doctor en
Patología Existencial e Intervención en Crisis

Autora: Nancy B. Freitez de Sardi
Directores: Doctor José María Poveda de Agustín
Doctora María del Carmen Sellán Soto
Tutoría: Doctora Ingrid Tortolero

Madrid, julio 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid

CERTIFICO

Que, **Doña Nancy B. Freitez de Sardi**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo:

“SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO EN ESTADÍSTICA DE SALUD. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA”. Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Julio de 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

MARÍA DEL CARMEN SELLÁN SOTO, Profesora del Departamento de
Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid

CERTIFICO

Que, **Doña Nancy B. Freitez de Sardi**, ha realizado bajo mi dirección, el
trabajo:

**“SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
ESTUDIANTES DE LA CARRERA TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO
EN ESTADÍSTICA DE SALUD. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES. VENEZUELA”**. Dicho trabajo reúne a mi juicio las
condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Julio de 2012

DEDICATORIA

A mis raíces, tronco, ramas, flores y frutos.

Todos alimentados con el Amor

Que le ha sabido dar alas a mis sueños.

Nancy

AGRADECIMIENTOS

A Dios, el Amor infinito que da la vida.

A mis padres Gabriel y Angélica, mis raíces.

A Galeno, el tronco firme que me apoya.

A Gabriel e Iliana, Alejandro, Claudio, Cirángiely y Matteo, mis flores y frutos.

Al amor hecho vida: mis nietos Gabriel Esteban, Loïc y Sebastián.

A la Universidad de Los Andes, casa que me formó y terreno donde siembro.

A la Universidad Autónoma de Madrid, cristalizadora de sueños.

Al Dr. José María Poveda de Agustín, guía y ejemplo de tesón.

A la Dra. M^a. Del Carmen Sellán Soto, compañera en el amor por la Historia.

Al Dr. Jesús Poveda, andamio para ver a Dios desde las copas de los árboles.

A Paz, Sagrario, Mercedes, Toño y Mariángeles, pilares de este empeño.

A la Prof. Ingrid Tortolero, artífice en la construcción de este camino.

Al Estadístico Henry Andrade, mi asesor.

A las Lic. Aida Márquez de Rincón y Ma. Auxiliadora Sánchez por sus testimonios de vida sobre la carrera TSU en Estadística de Salud.

A David Rondón y Adriana Heras, su apoyo es invaluable.

Al personal y colegas del Departamento de Medicina Preventiva y Social.

A los compañeros en esta aventura maravillosa que nos trajo a la Madre Patria.

Al Dr. Luís Nava D Jesús, Lic. Martina Guerrero, todo el personal y alumnos del Programa de Técnicos en Estadística de Salud, por permitirme trabajar en su obra.

Salud y libertad, bienes hermanos
pero de impar dimanación y goce;
la salud es de Dios y buen gobierno,
la libertad, más fuerte que los hombres...”

Andrés Eloy Blanco. En: CANTO A LOS HIJOS

RESUMEN

La salud mental como elemento indivisible de la salud integral, es expresión del equilibrio armónico entre factores biológicos intrínsecos y extrínsecos, sociales y físico-ambientales. En la visión de la salud individual o colectiva, es un derecho humano fundamental y componente básico del bienestar, que la hace obligación de los gobiernos y de todos los miembros de una sociedad. En este trabajo se hace un breve recuento del largo camino filosófico e histórico en la evolución conceptual y los intentos de cuantificar sus componentes. Planteando como hipótesis que: *La afectación de la salud mental influye en la actitud de afrontamiento de los estudiantes del TSU en Estadística de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes*, se evalúa las condiciones de salud mental y estrategias de afrontamiento asumidas por estudiantes de los semestres primero, tercero y quinto de ésta carrera, que forma el personal responsable de producir información estadística confiable para el diagnóstico, planificación e investigación en salud y su utilización para la toma de decisiones. En una población de 144 estudiantes, el 16,98% eran de sexo masculino y el 83,02% femenino con un rango de edades de 17 a 50 años, una media de 25.05 años y desviación estándar de 6.65 años. Para evaluar la salud mental, se aplicó el Cuestionario de Goldberg de 28 ítems (GHQ28) adaptado por Pastor y Aldeguer, observando que el 75.69% % de los estudiantes tenían GHQ28 negativo y el 24.31% resultaron con GHQ28 positivo, resaltando los valores del grupo de 17-20 años de edad, que cursan la mitad de la carrera, quienes fueron el 60,00% del total de los positivos con una significancia de p de 0,024. Esta positividad nos habla del riesgo de presentar alteraciones en su salud mental. También se aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) adaptado por Cano, Rodríguez y García (2007) que mostró diferencias significativas en los distintos semestres de la carrera con afrontamiento pasivo del estrés y predominio del pensamiento desiderativo. Al relacionar los resultados del test de afrontamiento con los positivos de Goldberg, se ven valores mayores en las subescalas de afrontamiento con respecto a quienes presentaron test de salud mental negativo. Estos resultados confirman la hipótesis y apoyan el criterio de la necesidad de evaluar permanentemente la salud mental de los estudiantes de ésta, como carrera de Ciencias de la Salud y organizar servicios de apoyo psicológico que puedan fomentar la salud mental y diagnosticar precozmente y tratar adecuadamente cualquier trastorno.

Palabras Clave: Salud Mental, Afrontamiento, Estadística de Salud, Pensamiento Desiderativo, Ciencias de la Salud

SUMMARY

Mental health is an important part of integral health, and represents the equilibrium between intrinsic and extrinsic factors, social and physical-ambiental factors. From both individual and collective points of view, the health is a fundamental human right and constitutes a basic component of individual or social well being, and is a must for any government and every individual of a society.

In the present paper we make a brief review of the philosophical and historical evolution of this concept, and we evaluated the students of Superior University Technician of Health Statistics in their 1st, 3rd and 5th semester. This career is prompted to teach those individuals who will be in the future the personnel responsible for obtaining confident statistics in health aspects, leading to precise diagnostics, planning and the decision making process. We hypothesise that "mental health disorders" have a great influence on overall coping strategies of the students in Health Statistics of the University of Los Andes Faculty of Medicine. In order to evaluate their mental health we used the 28 items of Goldberg Questionnaire (GHQ28) adapted from Pastor & Aldeguer. The total population of individuals studied in this paper was 144 students and we found that 16,98% were males and 83,02% females. Age range was from 17-50 years, with a mean of 25,05 years, and standard deviation of 6,65 years. We also found that 75,69% of the students were Negative and 24,31% were Positive in this Test. We found that in the group between 17-20 years in their 3rd semester constituted a whole 60% positive ($p < 0,024$). We also applied the Coping Strategies Inventory from Tobin, Holroyd, Reynolds and Wigal (1989) adapted by Cano, Rodriguez & García (2007), that showed significant differences in the three groups, with Passive Stress Coping, and a predominance of Wishful Thinking. When we compared the Goldberg Positive individuals with the results of the Coping Strategies Inventory, we can observe a higher values of coping subscales than those with Negative Goldberg test. This type of results confirm our hypothesis, leading to the need of installing a permanent evaluation of the Mental Health Conditions of our students, in order to avoid any mental problems, or improve, or to install early treatment of those students who present established mental disorders.

Key words: coping- stress- strategies- Inventory- Mental Health- Statistics- Wishful Thinking-

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I	Pag.
INTRODUCCIÓN.....	1
I. 1. El concepto de salud.....	3
I. 2. La Salud Pública. Evolución de los conceptos.....	7
I. 3. La Salud Pública en Venezuela.....	9
I. 4. La Estadística en la Salud Pública Venezolana.....	17
I. 5. Antecedentes de la Estadística de Salud.....	20
I.6. La Estadística de Salud en la Historia de la Salubridad de Venezuela.....	26
I. 7. Los estudios en Estadística de Salud en la Universidad de Los Andes.....	28
I. 8. Justificación de ésta Investigación.....	32
I. 9. Bases Legales de la profesión TSU en Estadística de Salud.....	37
I.9.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.....	37
I.9.2 Ley Orgánica de Salud.....	37
I.9.3 Ley Orgánica de Educación.....	38
I.9.4 Ley de la Función Pública de la Estadística.....	38
 CAPÍTULO II.	
MARCO TEÓRICO.....	39
II. 1. La Salud Mental. Concepto.....	40
II. 2. El bienestar como derecho humano.....	48
II. 3. Los patrones para evaluar el bienestar.....	51
II. 4. Afrontamiento. Concepto.....	62
II. 4.1 Elementos dinámicos y estructurales del Modelo de Afrontamiento...	64
II.4.2 Estrategias de Afrontamiento.....	65
II.4.3. Instrumentos para evaluar Estrategias de Afrontamiento.....	67

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO.....	71
III. 1. Objetivos.....	74
III. 1.1 Objetivo General.....	74
III. 1.2 Objetivos Específicos.....	74
III. 2. Hipótesis.....	75
III. 3. Diseño y tipo de investigación.....	75
III. 4. Metodología.....	75
III. 4.1. Población.....	75
III. 4.2. Muestra.....	75
III. 4.3. Operacionalización de las Variables.....	76
III.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	78
III. 6. Técnicas de análisis de datos y procedimiento.....	79
III.6.1. Análisis Estadístico.....	79
III.6.2. Estadística Descriptiva	80
III. 6.3. Inferencia Estadística	80

CAPÍTULO IV

RESULTADOS ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	81
IV.1.Características socio-demográficas de los estudiantes del Técnico Superior Universitario en Estadística de la Salud de la Universidad de Los Andes.....	85
IV.2.Comparación de la salud mental de estudiantes del Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la ULA con sus variables socio-demográficas.....	85
IV.3. Comparación de la necesidad de ayuda psicológica en el Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la Universidad de Los Andes-.....	91
IV.4. Comparación de las Estrategias de Afrontamiento en el Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la ULA.....	101

IV. 5. Comparación del afrontamiento con el test de Golberg en el Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la ULA.....	103
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	105
V. 1. Evaluación de las Características Socio-demográficas.....	106
V. 2. Evaluación de la Salud Mental	108
V. 3. Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento.....	113
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES.....	116
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES.....	119
CAPÍTULO VIII	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS.....	136
Anexo 1. Bases Legales de la carrera TSU Estadística de Salud.....	137
Anexo 2. Plan de Estudio de la Carrera TSU Estadística de Salud. Fac. de Medicina. ULA. Venezuela	145
Anexo 3: MODELO DE ENCUESTAS APLICADAS.....	150

INDICE DE TABLAS

- Tabla I.** Matrícula Estudiantil por área de conocimiento. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Año 2011.....página 32
- Tabla II.** Pensum de Estudios. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.página 35
- Tabla III.** Materias electivas. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.....página 36
- Tabla IV.** Carga horaria total del Plan de Estudio Consolidado. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.página 37
- Tabla V.** Operacionalización de las variables del estudio. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.página 76
- Tabla VI.** Distribución de los Alumnos del TESUES por núcleo, según semestre. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.....página 82
- Tabla VII.** Distribución de los alumnos del TSUES por semestre, según factores socio-demográficos. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Página 84
- Tabla VIII.** Comparación de la salud mental por semestres de los alumnos del Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.....página 85
- Tabla IX.** Comparación de la salud mental de los alumnos del Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, por semestre, según grupo de edad y test de Goldberg. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.página 88
- Tabla X.** Comparación de las sub-escalas del Test de Goldberg por semestre (ANOVA). Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.página 89
- Tabla XI.** Comparación múltiple de las sub-escalas del Test de Goldberg. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.página 90

Tabla XII. Comparación de la necesidad de ayuda psicológica y/o psiquiátrica. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2.012.	página 92
Tabla XIII. Comparación de las razones por las cuales necesita ayuda psicológica y/o psiquiátrica, por semestres. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.....	página 93
Tabla XIV. Comparación de los factores que afectan la calidad de vida del Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud, por semestre. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2.012.	página 95
Tabla XV. Comparación de la continuidad de actividades y aficiones del Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud, por semestre. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela,2012.....	página 96
Tabla XVI. Comparación del grado de satisfacción del Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud, por semestre. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2.012.....	página 97
Tabla XVII. Comparación de las escalas y sub-escalas de afrontamiento, por semestre. ANOVA, Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2.012.	página 102
Tabla XVIII. Comparación múltiple de las escalas y sub-escalas del afrontamiento. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2.012.....	página 103
Tabla XIX. Comparación múltiple de las escalas y sub-escalas del afrontamiento por test de Goldberg. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2.012.....	página 104

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1. Distribución del test de Goldberg de los alumnos del TSUES por semestre, según sexo.....página 86

Gráfico N° 2. Distribución del test de Goldberg de los alumnos del TSUES por semestre, según estado civil.....página 87

Gráfico N° 3. Puntaje promedio de aspectos relacionados a la carrera, alumnos del TSUES. Estudiantes del primer semestre. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.....página 98

Gráfico N° 4. Puntaje promedio de aspectos relacionados a la carrera, alumnos del TSUES. Estudiantes del tercer semestre. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.....página 99

Gráfico N° 5. Puntaje promedio de aspectos relacionados a la carrera, alumnos del TSUES. Estudiantes del quinto semestre. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.....página 100

Gráfico N° 6. Puntaje promedio del consumo persona de los alumnos del TSUES, por semestre. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2.012.....página 101

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Pirámide de Jerarquía de las Motivaciones Humanas, de Abraham Maslow.....página 47

Figura N° 2. Esquema de los 4 cuadrantes de Ken Wilbert.....página 48

Figura N° 3. Mapa de la República Bolivariana de Venezuela. División geopolítica.....página 73

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El estudio detallado de la salud y de los fenómenos mórbidos que la alteran es materia de las Ciencias de la Salud, de la Clínica en el enfoque individual y de la Epidemiología y la Salud Pública cuando la estudiamos como fenómeno colectivo. Su aprendizaje enfrenta a estudiantes y profesionales que las abordan al estudio intenso y permanente de múltiples conocimientos, dada la complejidad y multifactoriedad de elementos que intervienen en el fomento, mantenimiento y preservación de la salud y al reto de afrontar y tratar de resolver los problemas que llevan a los seres humanos a requerir los servicios de un Sistema de Atención de Salud para la restitución y rehabilitación de la salud perdida.

Un equipo para la Atención de la Salud estará conformado por numerosos profesionales de diferentes disciplinas, quienes cumplen una función determinante dentro de él y donde cada uno de sus miembros deberá promover la calidad y calidez de la asistencia sanitaria con su propia actitud de compromiso, vocación de servicio e identificación mental y afectiva con quienes requieren la atención, con su entorno familiar y de manera muy importante, con el grupo de personas que conforman el ambiente laboral, donde deben ser instrumentos para mantener el mayor grado de armonía que redunde en su propia salud física y mental. Por tanto, un Sistema de Atención de Salud debe promover, fomentar y mantener las mejores condiciones de salud integral de todos sus miembros, no solo como parte de la responsabilidad laboral sino como deber humano con la vida.

El conocimiento de los factores condicionantes de la salud o la enfermedad se hace posible gracias a que se han establecido sistemas de registro de datos epidemiológicos y administrativos que permiten cuantificar la incidencia y prevalencia de procesos morbosos, su distribución según variables demográficas, territorios afectados y hasta predecir su posible conducta futura, si no se planifican acciones para enfrentarlos con medidas adecuadas.

Todo este proceso es la base en la que se sustenta el desarrollo de la Epidemiología y la Salud Pública, disciplinas indispensables para la toma de decisiones políticas que garanticen el respeto al derecho humano fundamental de disfrutar las mejores condiciones de salud individual y colectiva en una sociedad, para la planificación de programas específicos, para la organización de un Sistema de Atención Médica y para la evaluación y control de todas las actividades que en él se cumplen.

Es también el campo de acción de los profesionales en la ciencia “Estadística de Salud” -no solo como recolectores de información para la elaboración de “estadísticas” entendidas como ordenación de datos numéricos- carrera que cada día se hace más importante, a pesar de la creencia de que la tecnología puede sustituirlos, quienes deben incluso lograr la experticia que requiere el uso de patrones internacionales de clasificación y codificación que nos impone el extraordinario momento histórico de vivir todos en ésta maravillosa “sociedad global.”

I. 1. El concepto de salud

Durante siglos, la salud se ha visto como la ausencia de enfermedad. Remontándonos a los principios de la existencia del hombre cuando todo lo inexplicable era atribuido a razones sobrenaturales y aún en las sociedades y culturas primitivas de nuestros tiempos, la salud y los hechos visibles o invisibles que la alteran, se han interpretado como un proceso mágico-religioso que incluso predomina sobre el conocimiento empírico, producto de la experiencia y la observación que se ha transmitido de generación en generación. Este enfoque negativo -hay salud cuando no hay enfermedad- fue interpretado por las diferentes sociedades, según la concepción filosófica predominante en cada una de ellas.

En las sociedades esclavistas de la antigua Grecia y Roma, la salud fue equivalente a belleza y armonía. Allí surgieron criterios doctrinarios como los de la escuela epicúrea, para quienes salud era el mantenimiento sereno del ánimo

con discreta satisfacción de todos los deseos; los de la doctrina estoica, quienes aceptaban el destino, obedecían a la razón y eran indiferentes al placer o al dolor y los de la doctrina hedonista, para quienes la razón de la vida era el placer y la salud su disfrute a través de los sentidos.

Al caer el Imperio Romano comienza la Edad Media, cuando surgen las sociedades feudales en donde consideraron la salud como una bendición divina y a la enfermedad como un castigo, se olvida buena parte de las prácticas para su cuidado y solo mantienen algunas acciones para enfrentar las terribles plagas que aniquilaron poblaciones enteras.

El pensamiento científico que nació desde la antigüedad imbricado con el pensamiento filosófico, buscó siempre una explicación sustentada en los hechos de la experiencia, tratando de elaborar leyes generales que determinaran las relaciones existentes entre los hechos observados.

Platón (428-347a.C) afirmó que *“los médicos de la Hélade desconocían muchas enfermedades porque erraban al separar el alma del cuerpo.”* Aristóteles (380-322 a.C) planteó como las enfermedades son producidas por causas naturales e introdujo la dimensión psicológica al sostener que todos los seres vivos somos poseedores de un alma *-psyché-* que diferenció en vegetativa (propia de las plantas, pero presente también en los animales y en el ser humano), sensitiva (propia de los animales y del humano) y alma racional (exclusiva del humano) que es incorpórea, permite el control del movimiento del cuerpo y da la capacidad de conocer. Alcmeón de Crotona (500-450 a.C) en su obra *“De la Naturaleza”* planteó la necesidad del equilibrio para estar sano; Hipócrates (460-370 a.C) estableció la concepción natural de la enfermedad y el poder curativo de la naturaleza y Galeno (129-216 d.C), quien basó sus estudios de fisiología en las ideas aristotélicas de naturaleza, movimiento, causa y finalidad, con el alma como principio vital, según las ideas de Platón. (Díaz González, Joaquín. 1974)

Por la caída de las antiguas culturas griega y romana, este pensamiento entró en un letargo de 1.500 años y es solo en el siglo XVI cuando se inició un nuevo período de progreso científico que buscó explicar los fenómenos de la salud y la enfermedad. El hito que marcó este momento fue la aparición de la obra de Andrea Vesalio (1515-1564), *De humani corporis fabrica* (1.543), texto inaugural de la anatomía moderna que, junto con la fundación de la moderna fisiología por William Harvey (1578–1657), son el punto de partida de la nueva medicina.(López Piñero, José M.1979) El conocimiento de las formas y funciones del cuerpo humano en estado de salud constituyeron las bases de la medicina científica que la interpretaron como el estado físico óptimo tanto morfológica como fisiológicamente. Esta nueva concepción le confirió a la salud un carácter dinámico que no le había sido considerada en toda su extensión.

Con la revolución industrial nace la sociedad capitalista que considera al ser humano como instrumento para mejorar la fuerza productiva y a la salud como la vía para mejorar su fuerza de trabajo. Ante este concepto surge el enfoque marxista que la considera un medio para alcanzar los fines del Estado, quien debe garantizar el bienestar. Sin embargo, en ambas visiones se evalúa la magnitud y trascendencia de un problema de salud con una valoración costo-daño en donde se fija valor económico a la salud y hasta a la vida, cuando se aplican criterios de “años potenciales de vida perdidos” y donde se deja de lado el principio ético de “el igual valor de toda vida humana.”(Camel V, Fayad. 1970.p 482)

Después de la Segunda Guerra Mundial se crea la Organización de las Naciones Unidas ONU (1945) y un poco más tarde nace la Organización Mundial de la Salud OMS, institución anexa a la primera, con la finalidad de promover el desarrollo sanitario y la lucha contra la enfermedad en todo el mundo. En el Preámbulo de su Constitución, la OMS define a la salud como:“*Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.*” Esta definición fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York, firmada el 22 de

julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100),

Este concepto positivo e integral, es sin embargo subjetivo, utópico y estático, por lo que se interpreta como una declaración doctrinaria y por tanto, el *desiderátum* a alcanzar. La doctrina es ratificada en Alma Atá, República de Kazajstán, antigua Unión de Repúblicas Soviéticas (1978) en donde se agrega: *"La salud es un derecho humano fundamental y el logro del más alto grado posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores, además del de salud."*(OMS, 1978)

En las conclusiones de la reunión convocada por la OMS para la Promoción de la Salud en el siglo XXI, que tuvo lugar en Yakarta en 1997 se establece: *"Los requisitos para la salud de la población son: paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto por los derechos humanos y equidad"*. (<http://www.paho.org>)

Hoy interpretamos a la salud con ese enfoque positivo e integral, pero como un proceso dinámico en el que pueden darse diversos grados o niveles donde se incluirían el concepto objetivo enunciado primariamente por W. Perkins (1938) que presenta a la salud como un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo y el concepto ecológico que interpreta a la salud como el resultado de la interacción y adaptación entre los individuos y el ambiente.

Dentro de todas estas concepciones, en lo que hay consenso es en la interpretación de los factores que condicionan la salud de un individuo, a saber:

- Biológicos: aquellos factores intrínsecos, genéticos que determinan la susceptibilidad individual ante un riesgo específico.
- Ambientales: caracterizados por las condiciones físico-naturales del paisaje o sus modificaciones generadas por la acción antrópica, todos los seres de la flora y la fauna tanto microscópica como macroscópica, más los factores de riesgo producto de la relación entre los miembros de una sociedad, tales como la pobreza, la discriminación y cualquier tipo de inequidad.
- Estilos de vida: determinados por las conductas individuales y condiciones de vida saludables que cada persona practique y que estarán en relación con sus valores culturales, la consciencia de las acciones de fomento de su propia salud y la responsabilidad ciudadana que asuma como actitud.
- Asistencia sanitaria: asequible y de calidad, que permita la atención de la salud integral individual y colectiva y garantice la salud como derecho humano fundamental.
- Compromiso social: que asuma un Estado para con sus ciudadanos favoreciendo las mejores condiciones de educación, trabajo, vivienda, recreación, satisfaciendo sus necesidades de atención de salud en correspondencia con los recursos disponibles.(F de Sardi, N. 2.001)

Todos estos elementos en una verdadera interrelación “acrobática” es lo que hoy nos enfrenta a la multicausalidad de los fenómenos mórbidos y su estudio detallado es materia de la Salud Pública que garantice el logro del mayor nivel de salud posible para una población que disfrute de sus derechos con criterios de equidad.

I. 2. La Salud Pública. Evolución de los conceptos.

En la Edad Paleolítica, cuando el hombre deambulaba nómada por un territorio, solo o en pequeños grupos, sus problemas de salud probablemente dependieron de la exposición a las inclemencias del clima, a los enfrentamientos con animales feroces o con otros grupos humanos. La

protección en cavernas y la fabricación de las primeras armas de piedra tallada que caracterizaron esta época prehistórica, fueron quizás, junto al uso de algunos productos de origen vegetal o animal, los principales medios para proteger la salud individual y grupal.

En la Etapa Neolítica-cuando el ser humano se hace sedentario- se apodera de un territorio y en él ubica su vivienda, desarrolla cultivos y domestica algunos animales. Se empiezan a conformar pequeños vecindarios que favorecen la transmisión de zoonosis al humano, la contaminación de aguas y suelo y se incrementa la violencia entre los diferentes grupos que buscan el dominio de territorios.

Con la aparición de la escritura nos llegan evidencias de la aplicación intuitiva de acciones favorecedoras de la Salud Pública. En el *Leviticus*, tercer libro del *Pentateuco* del Antiguo Testamento, se describe el culto israelita y sus prácticas de salud colectivas. En el *Talmud*, que contiene los estudios de las leyes de Moisés, también se establecen importantes criterios sanitarios presentados como leyes religiosas. En los papiros egipcios y en los *Libros Herméticos* de la cultura greco-romana se enuncian numerosas normas sanitarias.

Durante la Época Feudal, cuando se constituyen grandes concentraciones de población agrupadas en las glebas que rodeaban los castillos de los señores feudales, se favoreció la transmisión de pestes y grandes epidemias diezmaron periódicamente las poblaciones. Razones económicas y socioculturales propiciaron el desarrollo de ciudades que profundizaron las condiciones de pobreza y por lo tanto, la transmisión de enfermedades. Esto obligó al establecimiento de medidas públicas de control y surgen las primeras organizaciones de vigilancia de la salud colectiva, bajo el patrocinio de grupos políticos, religiosos o de beneficencia privada.

El Renacimiento lo fue para las ciencias y las artes, pero ignoró a la salud pública y solo fue después del descubrimiento de la vaccinia por el

médico inglés Edward Jenner(1798) y de la obra, *“Un Sistema Completo de Policía Médica”* del alemán Johann Peter Frank -quien en 18 volúmenes publicados entre 1.779 y 1817, estableció los principios de la atención de la salud colectiva por parte de los gobiernos- cuando se comienza a considerar a la salud de las comunidades como una responsabilidad estatal, lo que desarrolla finalmente a la Salud Pública como ciencia que adquiere un carácter de política sanitaria. De la amenaza a la salud colectiva surge una legislación escudada en el “poder de policía”, que luego se convierte en “derecho sanitario” que incluso pasa sobre los derechos individuales cuando esté en peligro la salud de terceros.

Con el descubrimiento de América se transformaron los espectros epidemiológicos, tanto de los aborígenes como de los conquistadores y cada vez con mayor fuerza se impuso la responsabilidad de los gobernantes por la protección de la salud de sus poblaciones. Entre algunos pueblos aborígenes americanos como los mayas, hay evidencias de la existencia de una higiene tradicional (Soto Hall, M 1.939); pero buscar los orígenes de la Epidemiología y la Salud Pública en Venezuela ha sido una ardua tarea pero muy enriquecedora, que nos ha llevado tras las crónicas de algunos religiosos que acompañaron a las primeras expediciones y a relatos de algunos conquistadores.

I. 3. La Salud Pública en Venezuela

En la etapa precolombina, se identifican algunas medidas que pueden asociarse con la medicina preventiva y la salud pública. Cristóbal Colón llega a ésta “Tierra de Gracia” en su tercer viaje en 1498 y sus descubrimientos y los que le sucedieron en los conocidos como “Viajes Menores,” llevó a España a convertirse en el mayor imperio colonial de la Edad Moderna y primera potencia mundial del siglo XVI (Mudarra, Miguel A. 1974) y delimitaron territorios que hoy conforman la República Bolivariana de Venezuela.

En las crónicas del Padre Joseph Gumilla(1.686-1.750) -misionero jesuita español, historiador y naturalista- conocemos como muchas tribus asentadas en las márgenes del río Orinoco y los llanos bajos del río Apure, como los *Guamo, Otomacos, Sábilas, Cuilotos y Urús*, practicaban la circuncisión de niños y niñas. También refiere el uso de unturas repelentes de insectos elaboradas con aceites, onoto (achiote) y huevos de tortuga (Gumilla, J. 1731) Las mujeres parían a orillas de los caños o ríos en donde se bañaban ellas junto a los recién nacidos y las *maipures* lo hacían en la *kuita*, una choza construida para tal fin. (Gutiérrez Alfaro, P.A. y Archila,R. 1955). Los maridos cumplían con la *covada*, costumbre de compartir las prácticas femeninas del puerperio, asumiendo así una condición de parturientos. (Archila, R.1956).

La mayoría de las tribus precolombinas rendían culto al agua y practicaban el baño varias veces al día, como aseo y como terapéutica. En las regiones andinas venezolanas y especialmente en la cuenca del río Chama, el agua se representó en dos figuras míticas predominantes: *Arca y Arco*, ángeles caídos del cielo, “*espíritus del Agua, sembrados en la Tierra que son buenos para la salud de la tierra y para la salud del hombre*”. Aún hoy, estas deidades se mantienen presentes en la tradición de las poblaciones asentadas en la zona de Lagunillas de Mérida, donde Arca se transforma en una anciana: *Doña Simona*, quien vive en el fondo de la Laguna de Urao y que puede salir en forma de una “*enorme culebra negra como un cochino*”, quien toma a los niños que andan solos y los pone como sus servidores en el fondo de la laguna. Los padres del niño no deben buscarlo porque ella los mata. Si no los buscan, los niños crecerán junto a ella y regresarán ya hombres convertidos en los mejores médicos -los mojanés- pues la laguna les habrá enseñado todos los secretos de la medicina. Arco es muy bello, sale de día y es el amo de los colores.(Clarac de Briceño, J 1.981 p. 132)

Durante las etapas de la conquista y la colonización española, llegaron también los primeros contingentes de esclavos africanos y se importaron enfermedades desconocidas por los nativos. Según descripciones del historiador José de Oviedo y Baños (1671-1738), la primera epidemia de

viruela fue en 1580, a partir de un contingente de esclavos negros importados de Guinea que arrasó con “más de la mitad de los indios de la provincia. Junto a la viruela, se introdujo el sarampión y la difteria y a fines del siglo XVII, la terrible fiebre amarilla (1693). Desde 1618 se ejercieron fuertes medidas para la profilaxis de la tuberculosis. (Archila, R 1956).

En 1588, como consecuencia de una epidemia de viruela en Caracas murieron indios y españoles y desapareció el 30% de la población. Los relatos de religiosos como Fray Pedro Simón (Cuenca 1574-Cundinamarca 1628) quien llegó al Nuevo Reino de Granada en 1604, para establecer estudios en la Provincia Franciscana, como guardián del Convento de San Francisco en Santa Fe y como visitador de la Provincia de Santa Cruz de Caracas, también tenemos las primeras y más auténticas descripciones de las epidemias de viruela en territorio venezolano en su obra *Noticias historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales*.

Ante estas emergencias, los Cabildos asumieron la responsabilidad total por los distintos aspectos de la salud pública a pesar de que no entraba dentro de sus competencias específicas. Ellos detectaron que los puertos marítimos eran “las puertas de entrada” de las epidemias, por lo que, desde 1671, el Ayuntamiento de Caracas ordenó inspecciones sanitarias a los barcos que llegaran a La Guaira. Estas inspecciones eran realizadas por médicos que tenían que dar fe ante un notario público, de la salud tanto de los tripulantes como de la carga. Caso contrario, a los buques contaminados no se les permitía anclar en la rada ni desembarcar su carga. Sin embargo, fueron muchas las epidemias de viruela en esos años de la conquista y la colonia, por lo que hubo que establecer *degredos* para el aislamiento de los enfermos y frecuentes cordones sanitarios.

En 1764 se desencadenó una grave epidemia de viruela, que atacó a la población de Caracas. Esto obligó al Gobernador y Capitán General de las Provincias de Caracas, Primer Marqués del Socorro, a solicitar en 1766, los servicios del médico canario Don Juan Perdomo, quien manejaba el

conocimiento de la variolización. Por ese año llegó a Caracas el naturalista Alejandro de Humboldt, quien, en su obra, *Viaje a las Regiones Equinociales del Nuevo Continente* refiere como “...la inoculación se ha generalizado y la he visto practicar sin la ayuda de los médicos”. Estas acciones quedaron descritas de manera explícita en una carta publicada en el Diario de Madrid el 03 de junio de 1790 por el propio Marqués del Socorro y transcrita en *La Historia de la Sanidad en Venezuela* (Archila, R. 1956) que me atrevo a considerar como la primera evidencia de Estadísticas Epidemiológicas y de acción gubernamental de Salud Pública, donde textualmente narra:

El año de 1766 hallándome de Gobernador y capitán general de las provincias de Caracas, padecía aquella capital desde el 64, una epidemia rigurosísima de viruelas, tanto que de ellas moría el 33 por 100: en vista de este estrago, hice venir de la isla francesa la Martinica, un médico francés acreditado en la inoculación, pero vino enfermo y sin poder practicar aquel remedio, fue preciso que se retirase. Luego llegó en un navío del comercio de las Canarias D.N. Perdomo, médico muy bien conceptuado en aquellas islas y de especial conocimiento de la inoculación. Al cuidado de este hice hacer un primer ensayo en nueve muchachos de cuatro a nueve años; el segundo en doce de nueve a diez y ocho años, que presentaron sus padres ó amos; y el tercero en veintitrés personas de diez y ocho á cuarenta y todos salieron con la mayor felicidad: vistos estos buenos sucesos de la inoculación, la permití en la provincia de mano de aquel médico, dando principio por cuatro de mis hijos; en efecto, recibieronla hasta cinco mil personas, y con tanta dicha, que no sé que muriese otra que una señora que se arriesgó á la operación, ocultando cierto mal que padecía y D.N. Aponte, que se hizo inocular clandestinamente por un cirujano francés. Se inocularon inmediatamente los marqueses del Toro y toda su dilatada familia con el más feliz suceso; el maestro de Campo D. Juan Nicolás de Ponte y su mujer, que tendrían sesenta años, con sus hijos y esclavos en número de

veinticinco personas; se inocularon tres señoras hermanas, Doña María, Doña Luisa y Doña Josefa Bolívar, de edades de sesenta y ocho á sesenta y cinco años; y en fin, el buen suceso general dio tanta confianza á aquel numeroso vecindario, que los que para evitar el contagio de la viruela natural, vivían dispersos en el campo, habían vuelto á la ciudad, y los amos llevaban la inoculación á los esclavos de sus haciendas, y aun los padres pobres inoculaban por sí mismos a sus hijos, todo con el más feliz suceso, cuando dejé aquel mando en principios del año de 1771.

En 1804, la variolización fue sustituida por la técnica brazo a brazo cuando, para difundir la vacunación contra la viruela en los territorios españoles del ultramar, llegó a las costas de Puerto Cabello la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, a cuya cabeza estaba el médico alicantino Francisco Xavier de Balmis. El 30 de noviembre de 1803 la corbeta María Pita salió del puerto español de La Coruña con su grupo de expedicionarios: Balmis como comandante, Antonio Salvany como comandante segundo, tres cirujanos, dos practicantes, cuatro enfermeros, 22 niños huérfanos de la Casa de Expósitos de la Coruña e Isabel Sendales y Gómez, directora del orfanato y responsable del cuidado de los niños. Esos niños fueron los portadores de la vacuna de la viruela: vacunados de forma secuencial, brazo a brazo, cada 9-10 días, sirvieron como cadena viva de transmisión. Otros niños de los países donde la expedición se detenía también formaron parte de la cadena. El viaje alrededor del mundo duró casi cuatro años y puede ser considerado como la primera campaña global de vacunación..www.sem microbiologia.org/pdf/pioneros/esp/Balmis) A su llegada a Venezuela, se pudo vacunar a pobladores del propio Puerto Cabello y desde allí se llevó hasta Maracaibo y por tierra, hasta Caracas donde se vacunaron 2.054 niños. Luego, por sugerencia del mismo Balmis, el 15 de abril de 1804 se fundó en Caracas la Junta Central de Vacunación y así “*garantizar la perpetuidad del fluido*”. (Archila, R. 1956)

A finales del siglo XVIII, Caracas tenía cerca de 40.000 habitantes, cuatro hospitales: el Hospital Real de San Pablo, el hospital Real de San

Lázaro, el Hospital y Hospicio de Mujeres de Nuestra Señora de la Caridad y la Casa de Misericordia. Sin embargo, la asistencia sanitaria a la clase pobre era muy deficiente, por lo que el Cabildo crea en 1802, el cargo de Médico de la Ciudad y designa al doctor José Domingo Díaz como tal, asignándole funciones de asistencia médica, vigilancia de la salud pública, inspecciones sanitarias, notificación de casos y *“elaboración de informes periódicos en los cuales debían registrarse las enfermedades y el estado sanitario de la ciudad, las medidas más recomendables al efecto y por último, exigía la lista de los ingresos y defunciones ocurridos en el hospital”*. (Archila, R. 1956)

Después de los sucesos del 19 de Abril de 1810, cuando la población de la provincia de Venezuela se unió a los movimientos en defensa de los derechos del rey Fernando VII de España y rechazó el gobierno en manos de José Bonaparte, desconoció al Capitán General Vicente Emparan y Orbe, nombrando la Junta Suprema de la Provincia de Venezuela. Esta Suprema Junta se ocupó de *“la conservación, propagación y perpetuidad del fluido vacuno”* sustituyendo la Junta Central de Vacunación de Caracas por el Tribunal de Policía que extendía su campo de acción a las Juntas Subalternas de vacuna en el resto del territorio. Después de la caída de la Primera República, en 1817, el Capitán General Juan Bautista Pardo crea la Junta Superior de Sanidad para *“la conservación de la salud pública y la preservación de los males físicos que puedan alterarla”*. Estas Juntas decaen para ser restablecidas en 1840 y hoy se reconocen como las organizaciones precursoras de la salud pública en el país. (Archila, R. 1956)

A finales de la etapa colonial se inician en Venezuela los estudios médicos en la Real y Pontificia Universidad de Santiago de León de Caracas (10-10-1763) y se crea el *Protomedicato* (14-5-1777) gracias a la licencia real concedida por Carlos III de España, al mallorquín Don Lorenzo Campins y Ballester, quien además de Protomédico, fue designado Alcalde Mayor de Leprosos, Visitador, Examinador y Juez Mayor de todos los médicos, cirujanos, boticarios, algebristas, oculistas y destiladores de Venezuela, asumiendo así las funciones de vigilancia de la salud pública. (González Guerra, M. 1996)

El 29 de marzo de 1785, el fraile franciscano Fray Juan Ramos de Lora, primer Obispo de Mérida, creó un seminario que luego fue reconocido por la Corona española con el título de Real Colegio Seminario de San Buenaventura de Mérida en 1789, quedando afiliado a la Universidad Real y Pontificia de Caracas para la concesión de grados. Años más tarde, a comienzos del siglo XIX, se instaura una Cátedra de Medicina en el Real Colegio Seminario de San Buenaventura de Mérida, en el que reconocemos la génesis de nuestra Universidad de Los Andes, que fue elevada a esa condición de Universidad en 1810, por decreto de la Junta Suprema de Mérida. (Burguera, Magaly, 1982)

En 1827, Simón Bolívar decreta la transformación de la Universidad Real y Pontificia de Caracas, en Universidad de Caracas y designa al Dr. José María Vargas como su primer Rector. El 25 de Junio del mismo año, crea la Facultad Médica de Caracas, a la que se le asignó no solo la formación de los futuros médicos, sino la función de preservar la salubridad pública y asesorar a las Juntas de Sanidad y de Vacunación. Luego, en 1834 se crean las Medicaturas de Sanidad en los Puertos de la República.

Ya en la era republicana, el Presidente de Venezuela Antonio Guzmán Blanco en decreto del 31 de Marzo de 1882, transfirió las responsabilidades de la Universidad de velar por la salubridad pública, a la Dirección Política del Ministerio de Relaciones Interiores. En 1894, la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas declaró la necesidad de que se estableciera como base de la Demografía y Sanidad Pública, un registro metodológico de estadística patológica y propuso a las autoridades que se fundara una Dirección de Estadística y Demografía. Esta propuesta fue ignorada hasta 1900, cuando el Ministerio de Relaciones Interiores creó el cargo de Consultor de Higiene Pública Nacional, quien tendría entre sus competencias, *“la elaboración trimestral de una memoria demográfica o de estadística médica y un informe anual sobre higiene pública”*. (Archila, R. 1956 -p 118)

A finales de 1899, luego del triunfo de la revolución de Cipriano Castro, los Doctores Luís Razetti y Francisco Antonio Ríquez proponen al General Juan Vicente Gómez, Gobernador del Distrito Federal -cuya capital era ya la ciudad de Caracas- la creación de la Dirección de Higiene del Distrito Federal, y se establece por decreto: *“Llevar la Estadística del movimiento de población, con notas detalladas acerca de la natalidad, morbosidad y mortalidad y sus causas en el Distrito y cuadro de observaciones meteorológicas en la capital”*.(Archila, R. 1956 -p121)

Hechos políticos ocurridos en 1900 hacen que esta Dirección desaparezca, pero es restablecida en 1902 con el nombre de Dirección de Higiene y Estadística Demográfica y la ejecución de las funciones de vigilancia se encomiendan a las autoridades policiales. Dos años más tarde se creó una Oficina Central de Estadística, en atención al decreto ejecutivo de noviembre de 1904, sobre la creación de servicios de estadística. A pesar de que su labor es vista como gris por la historia, a la Dirección de Higiene y Estadística Demográfica le tocó actuar acertada y cabalmente en la epidemia de peste bubónica que atacó La Guaira en 1908 y a Caracas en 1909. En ese año -a sugerencia de la Academia Nacional de la Medicina- se transformó en Comisión de Higiene Pública con trascendencia nacional y es ella la que, el 22 de Mayo de 1909, a solicitud del Ministerio de Relaciones Interiores, se encargó de estudiar un posible caso de peste bubónica en el callejón Las Mercedes de la Parroquia Altigracia de Caracas. Respetando el mejor criterio científico, la Comisión realizó el estudio bacteriológico de las ratas y el mismo día reportó la positividad en los animales estudiados y confirmó el diagnóstico del paciente.

Ante la epidemia de peste bubónica, la Comisión organizó las Juntas Parroquiales de Higiene en la cual se incluyó por primera vez de manera explícita, un funcionario: el inspector sanitario, actuando junto al Jefe Civil, el médico y el farmacéutico en la vigilancia epidemiológica del problema, con la responsabilidad de publicar un boletín diario en la Gaceta Oficial, informando acerca de la evolución de la enfermedad. Los inspectores sanitarios, bien

instruidos y revestidos con autoridad suficiente, levantaron una encuesta sanitaria de la ciudad de Caracas y realizaron visitas domiciliarias para evaluar no solo las condiciones sanitarias de todas las casas, sino el estado de salud de las personas. Si las viviendas necesitaban algunas reparaciones, éstas eran ordenadas por ellos, reportaban su trabajo a la Comisión Parroquial correspondiente y ésta a la Comisión de Higiene Pública.

Cuando se estaba controlando la epidemia de peste en Caracas, el Ejecutivo suspendió las funciones de inspección, el problema se hizo endémico y obligó a que posteriormente se reanudaran las labores de inspección con un personal al que se le denominó Oficiales de Sanidad quienes, además de su labor en la lucha contra la peste bubónica, atendieron los centros de vacunación antivariólica en la Jefaturas Civiles de las Parroquias y actuaron en la lucha contra *“las fiebres telúricas”*. (Archila, Ricardo. 1956)

I. 4. La Estadística en la Salud Pública Venezolana

En el año 1910, la Comisión de Higiene Pública publicó el primer “Anuario Estadístico de Venezuela”, donde se hizo patente el deficiente y hasta dramático estado sanitario del país y propuso la urgente creación de un Ministerio de Sanidad como *“Cuerpo Supremo de Salubridad, compuesto de técnicos y con autoridad amplia y facultades suficientes para cumplir su difícil y vasto cometido...: la conservación de la salud...”* La respuesta del Ejecutivo Nacional fue determinante, ya que, el 13 de Noviembre de 1911 se buscó unificar la lucha sanitaria con la creación de la Oficina de Sanidad Nacional, bajo la responsabilidad directa del Presidente de la República a través del Ministerio de Relaciones Interiores, con lo que comenzó una nueva y muy rica etapa en la historia de la Salud Pública de Venezuela.

En Junio de 1912, el Congreso de la República consolida la autoridad de la Oficina de Sanidad Nacional, cuando dicta la primera Ley de Sanidad Nacional en donde se establecen funciones muy claras de salud pública y publicó el boletín *Informe Mensual Sanitario y Demográfico*, que además fue un

órgano de divulgación sanitaria. En 1919 se transforma en Dirección de Sanidad Nacional con una estructura mejor organizada que fue progresando paulatinamente, incluyendo todo lo relativo a la Higiene Pública, Medicina Sanitaria, Ingeniería Sanitaria y Estadística Sanitaria.

Desde esa fecha y hasta 1935, Venezuela viviría la larga dictadura de 27 años de Juan Vicente Gómez; sin embargo, se promovió la formación de profesionales y técnicos en las mejores universidades del mundo. Algunos se formaron en los Estados Unidos de Norteamérica gracias al apoyo de la Fundación Rockefeller, otros en Europa y algunos países de Latinoamérica, pero regresaron para comenzar una importante labor educativa preparando personal idóneo que apuntalara las actividades de Salud Pública.

En agosto de 1930 la Dirección de Sanidad Nacional da paso a la creación del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría, que pocos años más tarde, el 25 de Febrero de 1936, después de la muerte de Juan Vicente Gómez en diciembre de 1935 y con el gobierno del General Eleazar López Contreras, se transforma en Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) cuando se designa al Dr. Enrique Tejera como su primer ministro y se incorpora definitivamente la salud pública como doctrina gubernativa. (Archila, R. 1956, p267). Al asumir el mando, el General López Contreras presentó públicamente su programa de gobierno, en el cual estableció como segundo punto: *“...imponer un vasto plan de higiene pública y asistencia social”* con: la creación de un Instituto de Higiene, *“con el objeto de atender a la formación de los técnicos venezolanos, a la creación de la Administración Sanitaria Venezolana y de la estadística vital”*; atender la higiene rural para atacar las principales endemias y la higiene urbana con la aplicación de acciones de saneamiento ambiental básico. (López Contreras, Eleazar. *Alocución del 21 de febrero de 1936*)

En los años siguientes, Venezuela apoyada en la renta petrolera, vivió un gran viraje cambiando de una estructura demográfica rural a la urbana, recibió una importante corriente inmigratoria que la enriqueció culturalmente, se

abrió hacia la universalidad de un “estado social de derecho” y nació un “espacio político de representatividad por vía del sufragio universal y el régimen de partidos” (Rondón Morales R. 2007).

El recién creado Ministerio asumió el reto de trazarse tres grandes estrategias: atender las situaciones epidemiológicas, evolucionar hacia la concepción doctrinaria integralista y enfrentar las variables que fueron planteando las reformas políticas. El movimiento político de “Octubre” influyó para la oficialización de la Doctrina Sanitaria Integralista para la defensa, fomento y restitución de la salud, entender a la enfermedad como fenómeno ecológico multicausal intrínseco y extrínseco y propiciar la conservación y restitución de la salud como vía para el logro del bienestar y desarrollo integral de personas, familias y comunidades. Todo esto permite afirmar que el país logró adelantarse al concepto doctrinario de la OMS, cuando la salud quedó consagrada como un derecho de todos los venezolanos en la letra de la Constitución de 1947 como expresión de solidaridad (deber) y como base fundamental para la paz.

La organización administrativa estableció los Departamentos de Consultoría Jurídica, Dirección de Salubridad Pública, Dirección de Asistencia Social, Dirección de Administración y Dirección de Gabinete. Esta última, además de cumplir las funciones de secretaría, asumió las actividades de propaganda sanitaria y los servicios de Estadística, Biblioteca, el Archivo y las publicaciones como el Boletín del MSAS. Al mismo tiempo, se estimularon los programas de formación de personal como: Oficiales de Sanidad, Inspectores de Malariología, Técnicos de Laboratorio, Enfermeras Visitadoras para la lucha Antituberculosa y la Higiene Materno-Infantil, Enfermeras Polivalentes, Comadronas, Trabajadoras Sociales, Médicos Higienistas, Directores de Hospitales, Médicos Tisiólogos, Médicos Leprólogos, Médicos Venereólogos, Médicos Rurales y un personal nuevo: Bibliotecarios de Archivos Médicos y Bibliotecarios de Historias Clínicas. Esta última disciplina contribuyó a la creación del Centro Latinoamericano de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, fundado en 1955 y

con sede en Caracas, en la División de Epidemiología y Estadística Vital y todos estos esfuerzos, cristalizaron en la creación de la Escuela de Salud Pública, adscrita a la Universidad Central de Venezuela.

En el año 1952, el Ministerio organiza la atención de salud por Distritos Sanitarios como unidades operativas de ejecución de programas y en 1965 asume el enfoque de Leavell y Clark de Niveles de Prevención; en 1982 se establece la Regionalización Sanitaria, con la intención de unificar los Distritos Sanitarios rompiendo con las barreras que creaban los límites político-administrativos, buscando la planificación conjunta para implementar programas de ataque a problemas de salud comunes, optimizar la utilización de los recursos y mejorar el registro y control de la situación epidemiológica. Lamentablemente, éste fue un intento fallido pero favoreció un proceso de descentralización y transferencia de competencias del Poder Público que se concretó en 1989, dando mayor peso a los planes de salud de cada Región.

Desde 1940 se había promulgado una Ley de Seguridad Social Obligatoria que conspiró con el concepto de universalidad que preconizó el MSAS desde su creación, pues se creó un sistema paralelo de atención médica representado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales IVSS, con centros de atención médica para la población protegida por ese sistema y con el financiamiento mixto de los patronos, los afiliados y el Estado. Esta dicotomía se multiplicó con 130 instituciones estatales prestadoras de salud que profundizaron la inequidad, la dispersión de recursos y la corrupción administrativa. (Romero Medina, A.1974). El 23 de Junio de 1987 se creó el Sistema Nacional de Salud al promulgarse como Ley Orgánica, sin embargo, este sistema no logró implementarse en el lapso de 10 años dados para su instauración definitiva en todo el país.

En 1999, al asumir la Presidencia de la República Hugo Chávez Frías, pasa a denominarse Ministerio de la Salud y el Desarrollo Social, cambio en el que vimos implícito un enfoque doctrinario de la salud como hecho positivo y social, como elemento determinante del desarrollo de nuestro país y

paradigma que cristalizara la visión de las últimas Conferencias Mundiales y de Las Américas sobre Promoción de Salud (Ottawa, Bogotá, Yakarta)

A los 13 años de ese hecho, el sistema de salud venezolano sigue padeciendo y ve acrecentarse las múltiples fallas, lagunas, distorsiones, desviaciones, sistemas paralelos y corrupción, lacras enraizadas desde el pasado, a pesar de múltiples esfuerzos que han querido enrumbarlo correctamente y que deberían reflejarse en mejoras significativas cuando la doctrina sea congruente con las políticas y estrategias que se apliquen.

Se debe destacar la publicación ininterrumpida desde 1938, del *Boletín Epidemiológico Semanal* del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y luego Ministerio de la Salud y Desarrollo Social, como resumen de la situación de salud de nuestro país, de las cifras de morbilidad y mortalidad por enfermedades de notificación obligatoria, según informes semanales de los médicos que ejercen en cargos públicos o privados. En forma inexplicable, esta publicación fue suspendida en julio de 2007 y reanudada 20 semanas después, en diciembre del mismo año, ante la protesta de las diferentes instituciones médicas, que aún lamentan el vacío de información epidemiológica y que se espera, no se repita. (Avilán Rovira, J.M. 2008)

I. 5. Antecedentes de la Estadística de Salud

El término “estadística de salud” se origina dentro de las llamadas estadísticas vitales, que se refieren a la recolección sistemática expresada en forma numérica, de todos los eventos vitales relacionados con los hechos con trascendencia legal, como es: nacer vivo, morir, casarse, divorciarse, etc. La administración de salud requiere del conocimiento de estos datos demográficos, pero además tiene que conocer de qué se enferma y de qué muere la gente, para poder planificar en base a los requerimientos epidemiológicos de la población a atender.

Las estadísticas “sanitarias” o “de salud” nacen paralelas al avance de las ciencias naturales que buscaban una forma lógica de clasificación botánica y que inspiraron como llevarse a la clasificación y registros clínicos de las enfermedades. Fue el médico inglés Thomas Sydenham quien, entre los años 1650 y 1676 afirmaba que las enfermedades podían ser agrupadas siguiendo criterios de “unidad biológica” y reducirlas a unos cuantos tipos “exactamente igual como hacen los botánicos en sus libros sobre “plantas”.

Otro inglés, el mercader John Graunt (1620-1676) -sin formación académica pero con una gran intuición y preocupación social- analizó en 1662 los reportes de nacimientos y muertes ocurridos en la ciudad de Londres y en su poblado natal Hampshire durante los 50 años previos, notando un patrón constante en las causas de muerte y diferencias entre zonas rurales y urbanas. Su amigo William Petty (1623-1687) quien era médico, economista y poeta, se basó en sus estudios y aplicó la visión sistémica de la medicina a la economía, mediante lo que llamó “aritmética política”, pensamiento fundamental para establecer los sistemas de recolección y organización de la información que usa actualmente la epidemiología. Esos estudios condujeron al conocimiento probabilístico de la mortalidad por causas, con lo que se llamó “leyes de la enfermedad”, que desarrollaron las compañías aseguradoras de Inglaterra y Gales desde mediados del siglo XVII y venían usando las asociaciones de socorros mutuos de los trabajadores franceses desde el siglo XVI. Las leyes de la enfermedad permitieron la elaboración de tablas de vida, como la construida por el astrónomo británico Edmund Halley (1656-1742), descubridor del cometa y financista de las publicaciones de sus amigos Isaac Newton y Daniel Defoe, autor de la novela “Robinson Crusoe” y “Diario del año de la peste”, relato sobre la epidemia de peste bubónica que mató a más de 70.000 personas en Inglaterra.(Ruíz Guzmán, J. 2006).

John Arbuthnot (1667-1735), en un trabajo presentado ante la Sociedad Real de Londres, demostró matemáticamente que entre los años 1629 a 1710, había una mayor frecuencia de nacimientos de niños que de niñas independientemente de la sociedad y país analizado, fenómeno que interpretó

como “*una disposición divina*” que buscaba un balance, dado que los varones morían más por su exposición a la violencia y a las guerras. Este trabajo fue publicado en 1915 en *Philosophical Transactions* y se considera como la primera aplicación de la probabilidad a las estadísticas sociales e incluye el primer test formal de significancia. Consultado en:(www-history.mcs.st-and.ac.uk/.../Arbuthnot.html).

Años más tarde, Johann Peter Sussmilch (1707-1767) afirmó que el comportamiento de la natalidad era una “ley estadística” y que debían existir leyes similares que explicaran todo el desarrollo de las sociedades. De acá nace la idea de “ley de mortalidad” y la afirmación de la conducta matemática de todas las desviaciones sociales como el suicidio, el crimen, la vagancia, la locura y la presencia de enfermedades. Johann Peter Sussmilch. (2012). (Alarcón V, Jorge. 2007)

El primer ensayo de clasificación de causas de muerte fue realizado por el médico y botánico François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1777) con su obra *Nosologia Methodica*, publicada en 1763 inspirada en los trabajos de Thomas Sydenham. Por esos días, el también médico y botánico Carl von Linné (1707-1778) publicó su obra *Genera Morborum* (1763) donde estableció un sistema binario de clasificación de las enfermedades humanas.

En el año 1785 se publica la obra *Synopsis Nosologiae Methodicae*, escrita por William Cullen (1710-1790), médico y profesor en la Universidad de Edimburgo, con una clasificación de enfermedades que fue la más usada a comienzos del siglo XIX. En 1837 la Oficina de Registro General de Inglaterra y Gales incorpora a William Farr (1807-1883) como su primer estadístico médico, quien encontró que usaban la clasificación de Cullen y planteó las ventajas de una nomenclatura estadística uniforme.

En 1853 se celebró en Bruselas el Primer Congreso Internacional de Estadística, donde se pidió a William Farr y al italiano Marc d’Espine quien había elaborado una clasificación de las enfermedades según su naturaleza, para que presentaran propuestas para establecer una nomenclatura médica,

que diligentemente elaboraron y presentaron en el Segundo Congreso Internacional realizado en 1855, un listado que sirvió de base para las Listas Internacionales de Causas de Defunción que preparó el Instituto Internacional de Estadística.

En 1893, el estadista francés Jacques Bertillon, presentó la *Clasificación Internacional de Causas de Muerte*, que consistía en 161 categorías y unos años después, la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos de América, en la reunión celebrada en Ottawa en 1898, propuso que las listas preparadas por el Instituto Internacional de Estadística se revisaran cada diez años, lo que se hizo en París en 1900, 1909 y 1920.

Al firmarse el tratado de Versalles en junio de 1919, luego del fin de la 1ª Guerra Mundial, se crea la Sociedad de las Naciones, donde el Instituto Internacional de Estadística pidió su apoyo para la publicación de las Listas Internacionales y así se realizaron la cuarta revisión en 1929 y la quinta en 1938, cuando se reconoció la necesidad de una lista de Enfermedades para servir a seguros de salud, hospitales, administraciones sanitarias y gobiernos.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se conforma la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se crea un Comité de Expertos para la preparación de la sexta revisión, quienes se basaron en la clasificación preparada por el United States Committee on Joint Causes of Death. La Conferencia convocada por el gobierno de Francia y la OMS, se realizó en París en abril de 1948 y allí se revisó esta sexta versión y, como Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, fue oficializada en la Primera Asamblea Mundial de la Salud celebrada en julio de ese mismo año, junto al Reglamento N° 1 de la OMS, que ha servido de guía unificadora y como gran precedente en el Derecho Internacional, pues se impuso obligaciones a todas las naciones del mundo, independientemente de la firma o no, de tratados previos. También se estableció la unificación del Certificado Médico de Defunción, la OMS editó el *Index alphabeticus* de terminología médica latina y se publicaron las

recomendaciones para la sexta revisión y el Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, en idiomas francés, inglés y español para evitar malinterpretaciones de traducción.

En 1965, en Ginebra se hizo la octava revisión según etiología, y en 1975 se realizó la novena revisión, clasificándose según sistemas orgánicos afectados y se implementaron sus categorías hasta de cuatro y cinco caracteres. Con la décima revisión se buscó el Registro Sistemático, el Análisis e Interpretación, la comparación de Datos de Morbilidad y Mortalidad en diferentes países o áreas y en diferente épocas y el fácil almacenaje de los datos, con el propósito de convertirla en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud. Además, se establecieron cuatro listas de mortalidad y una de morbilidad, una adaptación según especialidades, una de procedimientos en medicina, una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, publicada en inglés por la OMS y con versión en español por el Instituto Nacional de Servicios Sociales de España. La Décima revisión sigue en vigencia y presenta un código alfanumérico con el uso de todas las letras del alfabeto, excepto la U, que se reserva para la asignación provisional de nuevas enfermedades. (*Encyclopædia Britannica*. En: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/1085901/>)

Bajo la premisa de que clasificar es una forma de generalizar, esta clasificación permite que en los diferentes países se utilice una misma forma de identificar, almacenar y presentar datos referentes a la salud de las poblaciones. El principio indicado funciona también a nivel de cada país, donde el uso de la clasificación, permite establecer procesos de manejo de información sanitaria homogéneos. Todo este esfuerzo permite la comparabilidad entre perfiles y estadísticas sanitarias a nivel mundial y favorece la colaboración entre los países en la vigilancia epidemiológica

I. 6. La Estadística de Salud en la Historia de la Salubridad de Venezuela.

El gran historiador de la salud en Venezuela Dr. Ricardo Archila, afirma que “los registros de datos epidemiológicos y estadísticos, han sido las actividades propias a la Salud Pública, con las más hondas raíces en el pasado.” (*Archila R. Historia de la Sanidad en Venezuela. 1956*)

Fue en la sede del Hospital Vargas de Caracas -fundado en 1891- donde se habló por primera vez de la “Historia Clínica”, pero con anterioridad ya había médicos que se pronunciaban sobre este factor tan importante para el registro de los procesos de la salud y la enfermedad. Al nacer el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con una doctrina integradora de la atención médica preventiva, a lo que se había dirigido preferentemente los servicios nacionales de sanidad, con la atención curativa, que había estado en manos de los grupos religiosos y de la iniciativa de los gobiernos regionales y municipales como obra de “beneficencia”, se quiso establecer una red de hospitales que atendieran a los pacientes y pudieran enfrentar el gravísimo problema que representaba la alta tasa de mortalidad sin asistencia médica y por tanto, sin diagnóstico: la célebre “Enfermedad X” denunciada por el Dr. Pedro González Rincones, en su rol de Director de Asistencia Social.

Desde 1939 se integraron al Ministerio los hospitales de Maracay y el “Hospital Los Andes” de Mérida y pocos años más tarde se quiso dar un viraje en la concepción administrativa hospitalaria, ante las normas introducidas en el Hospital Quirúrgico y Maternidad de Maracaibo, recién construido y equipado por las compañías petroleras, en abono a parte del pago de derechos de explotación que debían al país. Pero solo fue hasta 1946 cuando cristaliza una División de Hospitales que establece normas administrativas, evalúa costos cama-día, requerimientos de personal, rendimiento de las actividades y otros, lo que hizo prioritaria la formación de personal que estuviese capacitado en todo lo relativo al manejo y control de los registros hospitalarios.

En 1948 se envió a la Señora Irma Senior de Blankenburg a realizar el curso de "Medical Records Librarians" en la Universidad de Northwestern y en el Hospital Wesley Memorial de Chicago-USA, convirtiéndose así en la primera Bibliotecaria de Historias Médicas del país y de la América Latina. A su regreso ocupó el cargo de Jefe de la Sección de Estadísticas del Instituto de Hospitales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y se consideró importante y necesaria la creación de la Escuela de Bibliotecarios de Historias Médicas en la ciudad de Caracas, para la formación de recursos humanos a nivel nacional. En 1950 se inició el primer curso de Bibliotecarias de Historias Médicas en el país, con un grupo de ocho estudiantes entre quienes estaba la Srta. Aida Márquez, quien fue incorporada después al nivel central del MSAS y posteriormente realizó estudios de Bibliotecaria de Historias Médicas en la Universidad de Pensilvania, en Filadelfia, USA. El trabajo y experticia de ambas, permitió centralizar los primeros archivos clínicos y organizar los Departamentos de Historias Médicas en los principales hospitales del país.

Poco tiempo después, el curso de la Escuela de Caracas se hizo internacional con la mediación de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes ofertaban becas a distintos países para realizar estos estudios; convirtiéndose en pionera en la formación de recursos humanos para América Latina. Posteriormente, los egresados extranjeros organizaron programas en sus países de origen y cambiaron la denominación de "Curso de Bibliotecarios de Historias Médicas", por "Curso de Estadísticas y Registros Médicos", ó "Técnicos de Estadísticas de Salud", con el mismo nivel académico y duración de un año aproximado.

La Escuela de Bibliotecarios de Historias Médicas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Caracas, fue la única que a nivel nacional formó estos profesionales por 28 años consecutivos, hasta que en el año 1977, la Dirección de Recursos Humanos del MSAS consideró conveniente la capacitación de este recurso en otras regiones del país.

I. 7. Los estudios en Estadística de Salud en la Universidad de Los Andes

Ya se mencionó cómo el Hospital “Los Andes” de Mérida, fue de los primeros en integrarse al MSAS en 1939. Este instituto, que nació por la iniciativa del clérigo Don Escolástico Duque y se construyó según los planos de un hospital de París, fue financiado por contribución popular y con el aporte del impuesto municipal del *chimó* (pasta de tabaco), estuvo concluido en el año de 1935. Con su integración al MSAS entró en todo el proceso de organización donde el manejo de la historia médica se hacía elemento fundamental. El ser la sede de los estudios de Medicina de la Universidad de Los Andes, le dio una fisonomía especial que rápidamente requirió del apoyo de personal auxiliar de historias médicas.

Durante los treinta años siguientes y a pesar de que se habían creado un Hospital de Niños y la Maternidad “Mérida”, se planteó la necesidad de un hospital general. En los años 60 se construye el “Hospital Universitario de Los Andes, HULA”, en terrenos donados por la Universidad y con financiamiento del MSAS. El centro se abre en 1972 con la estrategia de organización por niveles de atención que incluyeron los servicios hospitalarios clásicos intramurales, sumados a una red extramural de ambulatorios urbanos, todos dependientes administrativamente del hospital general, que absorbió los servicios de pediatría y de maternidad. Para tal nivel de complejidad, los servicios de historias médicas fueron multiplicándose y urgieron de la formación de personal idóneo.

Para el año 1978, gracias a la receptividad y empeño de tres médicos y académicos de gran relevancia: el Dr. Pedro Rincón Gutiérrez, Rector Magnífico de la ULA, el Dr. Justo Miguel Bonomie, Director del HULA y el Dr. Héctor Sequera Palencia, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina -quienes apoyaron la iniciativa del gremio de Bibliotecarias de Historias Médicas- se instauró la docencia de profesionales en Registros y Estadísticas de Salud en la Universidad de Los Andes. El MSAS, dio todo el apoyo y trasladó a la Señora Aída Márquez de Rincón a ésta

ciudad, quien estudió la factibilidad de la creación del Programa Docente para la formación de Bibliotecarios de Historias Médicas y a quien le debemos la creación, dirección y desarrollo de estos estudios en la Universidad de Los Andes.

La estructuración contó con el apoyo técnico del Director del Hospital Los Andes, del Departamento de Medicina Preventiva y Social, la profesora Aída Márquez de Rincón (ya jubilada del MSAS), la Señora Olga Dávila de Espinosa, Coordinadora del Dpto. de Historias Médicas del HULA y la profesora Lic. María Auxiliadora Sánchez F, Coordinadora Adjunta del mismo Departamento. Luego de intenso trabajo, presentaron un informe en ambas instituciones y el programa fue adscrito a la Cátedra de Medicina Comunitaria del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina. El plan de estudios fue diseñado para cumplir con las exigencias de la ULA, con un año de duración y finalmente quedó conformado por las siguientes asignaturas:

- Anatomía y Fisiología.
- Archivo de Historias Clínicas.
- Administración: Administración General, Administración de Salud Pública y Administración de Personal.
- Ciencias Médicas.
- Clasificación Internacional de Enfermedades
- Estadística: Estadística Hospitalaria, Metodología Estadística, Estadísticas Vitales y de Salud Pública.
- Relaciones Humanas.
- Lenguaje y Comunicación.
- Metodología de la Investigación.
- Laboratorio de Registros.
- Práctica Dirigida.

La Dirección de Recursos Humanos del MSAS, concedió algunas becas por cohorte de alumnos; que se asignaron previo un estudio social y el rendimiento de los alumnos. La Universidad de Los Andes aportó la

coordinación académica y profesores de algunas cátedras para las asignaturas relacionadas con las mismas; por otra parte se comprometió con el aporte para cubrir los gastos de mantenimiento, de oficinas y material didáctico. La profesora Aída de Rincón, a pesar de su condición de jubilada, se mantuvo por muchos años como Coordinadora Adjunta por el MSAS.

El proceso de ingreso cumplido entre los años 1978 a 1997, contempló los siguientes requisitos de admisión: 1.- Documentos: Título de Bachiller, constancia certificada de calificaciones de bachillerato, constancia de la prueba de la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU), fotografía tipo carnet, Cédula de Identidad, partida de nacimiento original, constancia de inscripción en la circunscripción militar y constancias de otros estudios relacionados con la disciplina. 2.- Prueba de Admisión, que contempló un examen de conocimientos generales y un examen psicotécnico. 3.- Entrevista personal.

Desde su inicio se otorgó a los egresados Diploma firmado por las autoridades de la ULA y por el Señor Ministro de SAS. En 1987 se recibieron instrucciones de la Dirección de Recursos Humanos del MSAS para cambiar la denominación de Bibliotecarios de Historias Médicas, por Técnicos en Registros y Estadísticas de Salud. A partir de esa fecha los alumnos del curso de un año de duración, recibieron la credencial con la nueva denominación. En 1989 la profesora María Auxiliadora Sánchez, en su condición de Coordinadora Adjunta y Licenciada en Educación, preparó un rediseño del plan de estudios, para elevar su duración a dos años, con el propósito que éste sirviera de antesala al Técnico Superior. Esta propuesta fue acogida con entusiasmo por la Coordinación de la Escuela Nacional, que ya había sido absorbida por la Universidad Central de Venezuela. El nuevo plan se implementó en 1990 y esa cohorte egresó en 1992 con la condición de Técnicos Medios en Estadística de Salud. En 1997, gracias a una nueva revisión curricular, el programa adquiere la condición de Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud (TSUES), con una duración de seis semestres.

Las nuevas materias que se implementaron durante las etapas segunda y tercera para transformar el curso de Registros y Estadísticas de Salud, en el Técnico Superior en Estadística de Salud (TSUES) fueron -además de las antes nombradas- las siguientes:

- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades I y II.
- Demografía.
- Métodos Docentes.
- Informática I y II.
- Seminario de Información Gerencial.
- Supervisión.
- Legislación laboral.
- Matemáticas.
- Deportes I, II, y III.
- Planificación en Salud y Ciencias Sociales.

Se incluyeron como materias optativas y se reestructuró la asignatura Lenguaje y Comunicación, vinculándola a la materia Relaciones Humanas.

Ante la demanda reiterada de los profesionales en ejercicio, se elaboró un programa de Nivelación de Bibliotecarios de Historias Médicas que en el año 2002 egresó su primera promoción de TSUES del estado Mérida, con escolaridad de tres semestres de duración, tomando en consideración su práctica de muchos años. Posteriormente, a solicitud del gremio de Bibliotecarios de Historias Médicas a nivel nacional, se inició la programación de estudios a distancia, programa que cristalizó gracias al asesoramiento y participación de profesores jubilados de la Universidad Nacional Abierta, siempre en base al diseño curricular del TSUES aprobado por la Universidad de Los Andes y por el Consejo Nacional de Universidades, instancia en donde deben ser aprobados todos los estudios de educación superior con validez legal en Venezuela.

Actualmente, la Universidad de Los Andes, además del programa en la sede Mérida, dicta la carrera por modalidad a distancia en dieciséis estados del país, en donde se mantiene una coordinación local y una supervisión regular

efectuado por el cuerpo profesoral del Departamento de Medicina Preventiva y Social, programas que han permitido egresar 2.840 profesionales en XII promociones desde el año 1992 hasta diciembre del 2011. Dada la importancia que ha adquirido esta profesión para todo el Sistema de Salud tanto público como privado del país, la misma carrera se dicta en la Universidad Nacional Experimental del Táchira y se mantiene en la Universidad Central de Venezuela, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina y en ambas se denomina Técnico Superior Universitario en Información de Salud.

I. 8. Justificación de ésta Investigación

Nadie duda en valorar la investigación como la base para una correcta planificación, pues permite reconocer los aciertos y los errores, abre caminos para enrumbar líneas de acción y da instrumentos que permiten la ejecución, control y evaluación de un programa y a la educación como una de las estrategias fundamentales para el logro de grandes transformaciones. La Universidad de Los Andes (ULA) no ha vacilado en fortalecerse con el Convenio establecido con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), para participar en la investigación multicéntrica en cuatro continentes sobre salud mental en estudiantes de Ciencias de la Salud, dentro del programa de Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis, no solo como vía para mantener el más alto nivel de su cuerpo docente y de investigación, sino como mecanismo de evaluación de sus actividades y repercusión en toda la población estudiantil.

Venezuela se enfrenta actualmente a una de las grandes crisis que históricamente ha sufrido a lo largo de su vida republicana y los sectores salud y educación la están sintiendo muy especialmente. La escasez presupuestaria, la exacerbación de la violencia, la confrontación política y el alto costo de la vida, están repercutiendo fuertemente en las condiciones de vida; por tanto, la salud integral y especialmente la salud mental debe ser tema de máxima importancia para la ULA que sirve a buena parte del territorio venezolano, con su presencia en toda la región andina y programas de educación a distancia en

17 de los 23 estados de la organización geopolítica del país, donde atiende una matrícula de 50.732 alumnos, de los cuales 48.882 corresponden a carreras largas y 1.850 corresponden a carreras cortas, entre las que se incluye a los Técnicos Superiores Universitarios en Estadística de Salud TSUES (Tabla N° I)

Tabla N° I
Matrícula estudiantil por área de conocimiento.
Universidad de Los Andes Venezuela. Año 2011

ÁREA DE CONOCIMIENTO	PREGRADO		
	Matrícula	Nuevos Inscritos	Egresados
Ciencias Básicas	1.341	414	63
Ciencias de la Educación y el Deporte	9.489	1.218	1.172
Ciencias de la Salud	9.071	2.074	1.762
Ciencias del Agro y del Mar	2.191	671	92
Ciencias Sociales	16.334	2.418	1.215
Humanidades, Letras y Artes	4.331	890	206
Ingeniería, Arquitectura y Tecnología	7.975	1.213	379

Fuente: Memoria y Cuenta. ULA. 2011

Son pocos los estudios que se han realizado en nuestro país para conocer el estado de salud mental de nuestra población, por lo que una investigación que está unificando instrumentos de evaluación en todas las

escuelas de Ciencias de la Salud, será de gran valor, no solo para fortalecer y redireccionar las líneas curriculares en cada una de ellas, sino para ofrecer servicios de bienestar y apoyo asistencial a la masa estudiantil y lograr su mejor desempeño académico, e incluso para justificar la apertura de carreras en el área específica de la salud mental.

Como docente en la Facultad de Medicina de la ULA, los conocimientos adquiridos a lo largo del doctorado nos permiten llevarlos a la práctica en nuestro quehacer diario y realidad académica. La experiencia científica de aplicar los instrumentos como el Cuestionario de Salud General de Goldberg - GHQ28- y el test de Estrategias de Afrontamiento en el Programa de TSU en Estadística de Salud, abren una extraordinaria línea de investigación en el Departamento de Medicina Preventiva y Social y en toda la Facultad de Medicina, que orientará investigaciones futuras y podrá poner en las manos del profesional de la salud, herramientas tan interesantes para medir la dimensión de la salud mental en el trabajo clínico.

La aplicación de ésta investigación en los cursantes de la carrera de Técnicos Superiores Universitarios en Estadística de Salud y las acciones que puedan derivarse de ella, deberán redundar en las mejores condiciones de la salud integral de unos profesionales de tanta importancia dentro del Sistema de Salud de nuestro país, dada su tarea fundamental de producir información confiable para el diagnóstico, planificación e investigación en salud, para su utilización en la formulación de estrategias, toma de decisiones políticas y para informar prontamente a los organismos internacionales de salud según las obligaciones contraída por Venezuela en tratados firmados.

El plan de estudio de la carrera de Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud se elaboró tomando en consideración las “Orientaciones para la Elaboración de Programas de Asignaturas”, documento producido por la Comisión Curricular Central del Vicerrectorado Académico de la Universidad de Los Andes.

El programa de asignaturas, como documento de presentación, indica el por qué de la existencia de la asignatura, lo que se desea lograr, lo que se pretende enseñar y la forma como se verificará el logro de los resultados.

Todo programa de asignatura debe responder a las interrogantes ¿Por qué existe la asignatura en el plan de estudios?, ¿Qué contenidos cubre?, ¿Cómo serán transmitidos los contenidos? y, ¿Cómo se verificará el logro de los resultados?, que es precisamente lo que se pretende hacer siguiendo el esquema del documento antes señalado.

El programa analítico de una asignatura, constituye el instrumento por el cual se guiará el profesor responsable del desarrollo de la misma, es elaborado por el profesor o profesores que estén a cargo de cada asignatura. Este debe proporcionar la identificación y ubicación de la asignatura dentro del plan de estudios, establecer relaciones entre el programa y el plan de estudio, el perfil del egresado y los objetivos curriculares, enunciar los fines de la asignatura, determinar el contenido temático, establecer las estrategias para alcanzar los objetivos, proporcionar orientaciones para evaluar los aprendizajes del alumno e indicar la bibliografía donde encontrar los contenidos.

A continuación se presenta en forma esquematizada, la distribución de las asignaturas por cada semestre de estudio (Tabla N° II) , materias electivas (Tabla N° III) y la carga horaria total del plan de estudios consolidado (Tabla N° IV), en donde se hace notoria la complejidad de cada nivel y las dificultades que pudiera afrontar un estudiante de esta carrera.

Tabla N°II

Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud.
 Pensum de Estudios
 Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Venezuela.

PERIODO	AMB. DOCENTE	SEMESTRE	CODIGO	ASIGNATURAS	SEMANAS	HORAS	CREDITO	
TSU ESTADÍSTICA DE SALUD	PREDOMINANTE: AULA/LABORATORIO/FAMILIA/COMUNIDAD	PRIMERO	01	Matemática	16	04	04	
			02	Registros de Salud	16	06	03	
			03	Computación I	16	04	02	
			04	Anatomía y Fisiología Humana I	16	04	03	
			05	Inglés Instrumental	16	02	01	
			06	Lenguaje y Comunicación	16	04	04	
			07	Legislación y Ética	16	04	03	
		Total:					28	20
		SEGUNDO	08	Estadística I	16	06	05	
			09	Registros de Salud II	16	06	04	
			10	Computación II	16	04	02	
			11	Anatomía y Fisiología Humana II	16	04	03	
			12	Terminología Médica I	16	04	03	
			13	Demografía	16	03	03	
	14		Electiva I	16	02	02		
	Total:					29	22	
	TERCERO	15	Estadística II	16	06	05		
		16	Estadística Aplicada a la Salud I	16	04	03		
		17	Computación III	16	04	02		
		18	Metodología de La Investigación I	16	04	03		
		19	Terminología Médica II	16	04	03		
		20	Epidemiología	16	03	03		
		21	Electiva II	16	02	02		
	Total:					27	21	
	CUARTO	22	Planificación de Salud I	12	04	03		
		23	Estadística Aplicada a la Salud II	12	04	03		
		24	Metodología de La Investigación II	12	04	03		
25		Salud Pública	12	04	03			
26		Práctica Básica I	04	30	03			
27		Taller Inducción Servicio Comunitario	01	16				
Total:					62	15		
QUINTO	28	Planificación de Salud II	10	04	03			
	29	Administración de los Recursos Humanos	10	06	05			
	30	Administración de Salud	10	04	03			
	31	Clasificación Internacional de Enfermedades	10	06	04			
	32	I	06	30	04			
	33	Práctica Básica II Servicio Comunitario	12	120	-			
Total:					170	19		
SEXTO	34	Clasificación Internacional de Enfermedades	04	08	02			
	35	II Práctica Profesional	12	30	08			
Total:					38	10		
Total:					354	107		

Tabla N°III

**Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud.
Materias Electivas
Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Venezuela.**

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
BIOÉTICA	02	-	-	02	32	02
DEPORTE	01	02	-	02	32	02
INGLÉS INSTRUMENTAL II	01	02	-	02	32	02
LABORATORIO DE COMPUTACIÓN ESTADÍSTICO AVANZADO	01	02	-	02	32	02
DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA ENCUESTAS	01	02	-	02	32	02
REDACCIÓN DE INFORMES TÉCNICOS	02	-	-	02	32	02
TOTAL	06	08	-	12	192	12

Tabla N° IV

**Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud.
Carga horaria total del Plan de Estudio Consolidado.
Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Venezuela**

DESCRIPCIÓN	TOTAL
	106
Unidades Crédito	
Horas Docente (no incluye horas complementarias)	2.482
- Horas Teóricas	982
- Horas Prácticas	508
- Horas Seminario	332
- Horas Pasantías Profesionales	660

I. 9. Bases Legales de la profesión TSU en Estadística de Salud

El estudio y ejercicio de la profesión de TSUES están respaldados legalmente por: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), los tratados internacionales en materia de derechos humanos, Investigación y Salud Pública, la Ley Orgánica de Salud, Reglamentos y Decretos y la Ley Orgánica de Educación. Debemos destacar especialmente:

I.9.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Nuestra Ley Suprema vigente, mantiene y refleja en su artículo 83, el rango de “derecho” que la salud tiene en Venezuela desde la Constitución de 1947 y lo garantiza como parte del derecho a la vida. También lo establece como deber ciudadano para la participación activa en todas las acciones que favorezcan la salud y que favorezcan el cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de salud pública. En el artículo 84 asume la responsabilidad del Estado para crear, ejercer la rectoría y gestionar un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial y descentralizado, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios doctrinarios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social, solidaridad y con la participación activa de la comunidad.

Nos incumbe especialmente lo establecido en el artículo 85 que establece la obligación del Estado para el financiamiento del sistema público nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos de la política sanitaria y como debe coordinar con las universidades y centros de investigación la promoción y desarrollo de una política de formación de profesionales y técnicos y de una industria nacional para la producción de insumos para la salud.

I.9.2 Ley Orgánica de Salud (1998). Esta ley, que con su carácter orgánico la hace complementaria a la Constitución -según la jerarquía de la pirámide jurídica de Kelsen- establece en su artículo 58 que: *“El ejercicio de las ciencias de la salud estará a cargo de personas de reconocida moralidad, idoneidad comprobada y provistos del título profesional correspondiente en dicha ciencia”*.

También se ocupa en el artículo 69 de los derechos de los pacientes al respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de ningún tipo, a poseer una historia médica completa y al manejo confidencial de su contenido.

I.9.3 Ley Orgánica de Educación (2009). Esta ley se refiere en el artículo 32 a la educación universitaria como proceso de formación integral que favorezca el desarrollo del país hacia el progreso autónomo, independiente y soberano y somete la dependencia de las instituciones educativas a un subsistema de educación universitaria de carácter oficial.

I.9.4 Ley de la Función Pública de la Estadística (2001). Establece el régimen jurídico de la función pública de estadística, potestad privativa del Estado Venezolano, la cual debe ser ejercida con la finalidad de producir información y meta-información estadística, prestar el servicio de suministrarlas y promover su uso y el ámbito de aplicación de la Ley y los principios en donde quedan incluidas las funciones de los profesionales en Estadística de Salud, objeto de nuestro estudio y le confiere a la actividad estadística rango de función de interés público; sin embargo, establece una categoría de datos de suministro voluntario, en respeto al honor e intimidad personal o familiar, obliga a la conservación y custodia de la información estadística, norma el acceso a ésta información y a la rectificación cuando se consideren inexactos, incompletos o equívocos. También obliga a revelar la fuente del dato, a la divulgación de la información y a mantener la tutela del secreto estadístico, respetando siempre el derecho a la intimidad de las personas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el capítulo anterior hemos presentado la evolución del concepto de salud a través de la historia y de la salud pública como responsabilidad del estado para con sus ciudadanos. Hay un especial énfasis en la historia de la salud pública de Venezuela, no solo por ubicar a los lectores en el contexto de nuestro país, sino para recrear el pasado que nos une a España como Madre Patria. También creímos conveniente el referirnos a la historia de las estadísticas de salud y como los registros de salud han sido la base fundamental en que se sustenta el desarrollo de la salud pública. Finalmente, presentamos la carrera de Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud que ofrece nuestra universidad y el rol que estos profesionales cumplen en el equipo de atención de salud.

II. 1. La Salud Mental. Concepto.

La preocupación por la salud mental surge como movimiento en EE.UU en 1908, cuando Clifford Beers publicó "A mind that found itself" basado en sus propias vivencias como paciente en tres hospitales psiquiátricos, obra que fue de tal impacto, que ese mismo año se creó en Connecticut la Mental Health Society y un año después, la National Commission of Mental Hygiene, con el fin de humanizar la cruel atención que recibían los enfermos mentales y generar una mayor preocupación por la labor preventiva. Esta iniciativa hizo eco a nivel mundial creándose asociaciones nacionales en Francia, Sudáfrica, Italia y Hungría que conformaron el Comité Internacional de Higiene Mental que luego fue reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH).

En 1937, el National Committee for Mental Hygiene USA, estableció sus objetivos a través de las siguientes acciones:

- a) procurando un diagnóstico y un tratamiento precoces;
- b) desarrollando una hospitalización adecuada;
- c) estimulando la investigación;
- d) afianzando la comprensión y el apoyo públicos de las actividades de psiquiatría e higiene mental;

e) instruyendo a individuos y grupos en la aplicación personal de los principios de la higiene mental y

f) cooperando con organismos gubernamentales y privados cuya labor tenga alguna relación con el campo de la higiene mental.

Brian MacMahon, epidemiólogo jefe de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, en la obra *Preventive Medicine* (1967), expresa: *definir la salud mental es una de las mayores dificultades en la medicina, no solo porque la delimitación entre lo físico y lo mental es poco claro, sino porque la línea entre la salud y la enfermedad mental es mucho más difusa que en cualquier otro tipo de patologías.* (p.325) El mismo autor afirma que ésta definición puede ser conceptual, dependiendo de una abstracción, o puede ser operacional, dependiendo de lo que nos asome una prueba objetiva que pueda identificar algún trastorno.

En la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental (11-16 de septiembre de 1950), se definió la salud mental como: *“Una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico».*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) había sostenido la dificultad de producir una definición oficial sobre lo que es salud mental, pues cualquier definición estaría siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas y disputas entre teorías profesionales. Sin embargo, en el año 2009 la OMS definió la Salud Mental como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Saxena H, Modie R.OMS 2004)

La salud mental como elemento de la salud integral es por tanto, expresión de bienestar que debe no solo ser estudiado como atributo individual, sino también como patrimonio irrenunciable en el contexto colectivo de la Salud Pública.

Hablar de bienestar en lo relativo a la esfera mental también es un reto, porque ésta palabra compuesta, nos ubica no solo como individualidades sino como miembros de una sociedad donde el “bien-sentir” trasciende al “bien-estar” y nos sumerge en un “ambiente” que nos plantea las relaciones de armonía con el paisaje natural, con sus modificaciones antrópicas y con todos los demás seres vivos de la creación, por tanto, su fomento y la prevención de alteraciones de la salud mental es responsabilidad de la familia, del sistema educativo, de los medios de comunicación, del ambiente laboral, de las comunidades y en un todo, responsabilidad ineludible de los gobiernos.

Ser sanos mentalmente nos permite afrontar las contrariedades pequeñas o grandes que nos presenta la vida diaria, es saber relacionarnos en nuestro núcleo familiar, en nuestro trabajo y muy especialmente como tomamos decisiones y sacamos provecho hasta de las crisis y adversidades. La salud mental es como pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos el día a día y en todas las etapas de la vida.

La población estudiantil universitaria debe enfrentar situaciones que pueden representar eventos críticos que afecten su salud mental. Una combinación de factores: abandonar el hogar familiar, exceso de trabajo, falta de tiempo, incompatibilidad entre relaciones personales y obligaciones formativas, crea alta prevalencia de malestar psicológico dentro de la población universitaria.

Al referirnos a las Ciencias de la Salud hablamos de todas aquellas disciplinas destinadas a preservar, promocionar, mantener, restaurar y rehabilitar la salud del ser humano. Sin embargo, entendiendo el principio de la vida y definiendo a la salud como el equilibrio de un ser vivo con su entorno,

todas las disciplinas del conocimiento humano están de alguna manera relacionadas con esa salud que en la antigüedad y aún los poetas cantan como un don divino, pero que solo reconocemos cuando se pierde.

Numerosas investigaciones sugieren que los estudios en Ciencias de la Salud repercuten muy especialmente en los alumnos, generando efectos psicológicos adversos. Es innegable que, la correcta formación académica de los futuros profesionales requiere un estado óptimo de salud mental, especialmente en estas disciplinas en donde hay que enfrentar el dolor humano, largas jornadas de trabajo, aprendizaje de conocimientos de gran complejidad y manejo de las mejores relaciones humanas en el trato de los familiares de los pacientes y con los demás miembros del equipo de salud. Por todo esto, es importante identificar los factores que conspiran contra esa salud mental para posteriormente corregirlos, ofreciendo programas de atención psicológica eficaces, encaminados sobre todo a la prevención primaria.

Wilson G. Smillie, catedrático en Cornell University Medical College de New York, en su obra "Preventive Medicine and Public Health" (1946), se refiere especialmente a la salud mental en el ambiente universitario, como uno de los motivos de consulta más requeridos en un servicio de salud estudiantil. El coincide con otros autores como Fry, C. C (1942) en que, la edad en que generalmente se llega a la universidad coincide con el punto culminante de los cambios de la adolescencia, en el sentido físico, emocional e intelectual, por lo que se debe aumentar la sensación de seguridad e independencia en el individuo, ayudándolo a completar un maduro dominio de sí mismo.

La salud mental como atributo individual podemos estudiarla con variados enfoques, que cambian según la escuela psicológica a la que se refiera.

La Psicología Analítica, escuela que recoge la obra del médico suizo Carl G. Jung (1875-1961) define la salud mental como la respuesta a la adecuada relación funcional que se establece entre los procesos conscientes y

los inconscientes en el transcurso de la vida de un individuo. En consecuencia, la práctica terapéutica analiza esta relación en las personas y busca recuperar la sana comunicación entre la conciencia y el inconsciente mediante técnicas que se han desarrollado con tal fin, para aquellos casos en los que se presenta un funcionamiento inadecuado (Jung, 1993).

Alfred Adler (1870-1937) creó su propia escuela, conocida como *Psicología Individual* que no excluye a lo colectivo o social y destaca la preeminencia que tiene la realidad única e individual presente en cada persona y que está conformado por el carácter, estilo de vida y por el plan de vida. El carácter es el estilo de vida peculiar a cada individuo y que, en esa medida, lo singulariza. Se forma en los primeros 4 o 5 años de vida como consecuencia de las relaciones del niño con sus padres y hermanos. Los patrones o estilos de comportamiento y pensamiento que entonces se forman, se trasladarán después con más o menos fidelidad a la vida adulta. El plan de vida es el objetivo de la vida de la persona, cuyas raíces se hunden en el inconsciente, unifica la experiencia del sujeto e influye decisivamente en el carácter.

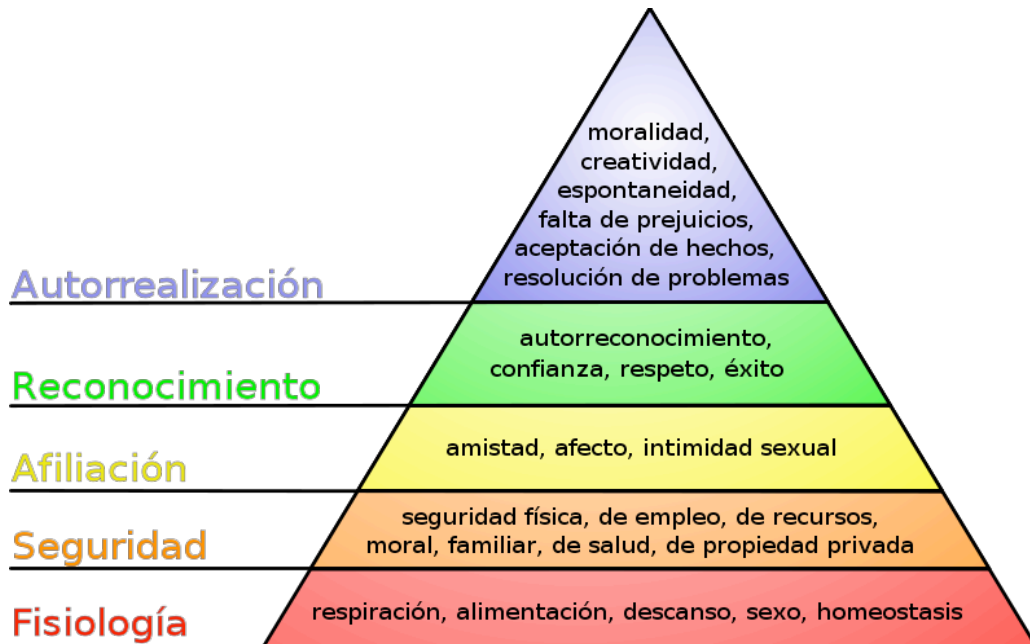
Sigmund Freud (1856-1939) desarrolló una escuela conocida como Psicoanalítica, que preconiza que la mente humana está dividida en tres niveles: El consciente o nivel en que los pensamientos y percepciones son plenamente comprendidos y percibidos por la persona, el pre-consciente, constituido por los pensamientos, recuerdos y aprendizaje no conscientes que requieren de una atención especial para acceder a ellos con facilidad y el inconsciente, formado por los deseos innatos reprimidos que han escapado a la conciencia. En su enfoque, Freud planteó que la estructura psíquica está compuesta de tres elementos que son el “*ello*”, nuestro principio primitivo, parte biológica e instintiva que nos lleva a la supervivencia y es una estructura completamente inconsciente; el “*súper yo*”, también inconsciente pero elaborado a expensas de las restricciones y la moralidad aprendida, lo que quisiéramos ser y que desarrolla la auto-estima y la salud mental, que nos integra a un grupo social, nos marca límites y valores que nos miden en la

búsqueda de lo que queremos alcanzar y por el que sacamos fuerzas insospechadas. Finalmente el “yo o ego” que es la parte consciente, mediadora, que debe satisfacer los impulsos del *ello*.

Abraham Harold Maslow (1908-1970), psicólogo estadounidense conocido como uno de los fundadores y principales exponentes de la psicología humanista, postula la existencia de una tendencia humana básica hacia la salud mental, la que se manifestaría como una serie de procesos continuos de búsqueda de autoactualización y autorrealización. Su posición se suele clasificar en psicología como una "tercera fuerza", y se ubica teórica y técnicamente entre los paradigmas del conductismo y el psicoanálisis. Sus últimos trabajos lo definen además como pionero de la psicología transpersonal. El desarrollo teórico más conocido de Maslow es la pirámide de las motivaciones, modelo que plantea una jerarquización de las necesidades humanas donde la satisfacción de las necesidades básicas o subordinadas –lo fisiológico- da lugar a la generación sucesiva de necesidades más altas o superordinadas. (Figura 1)

FIGURA 1

Pirámide de la jerarquía de las motivaciones humanas de Abraham Maslow



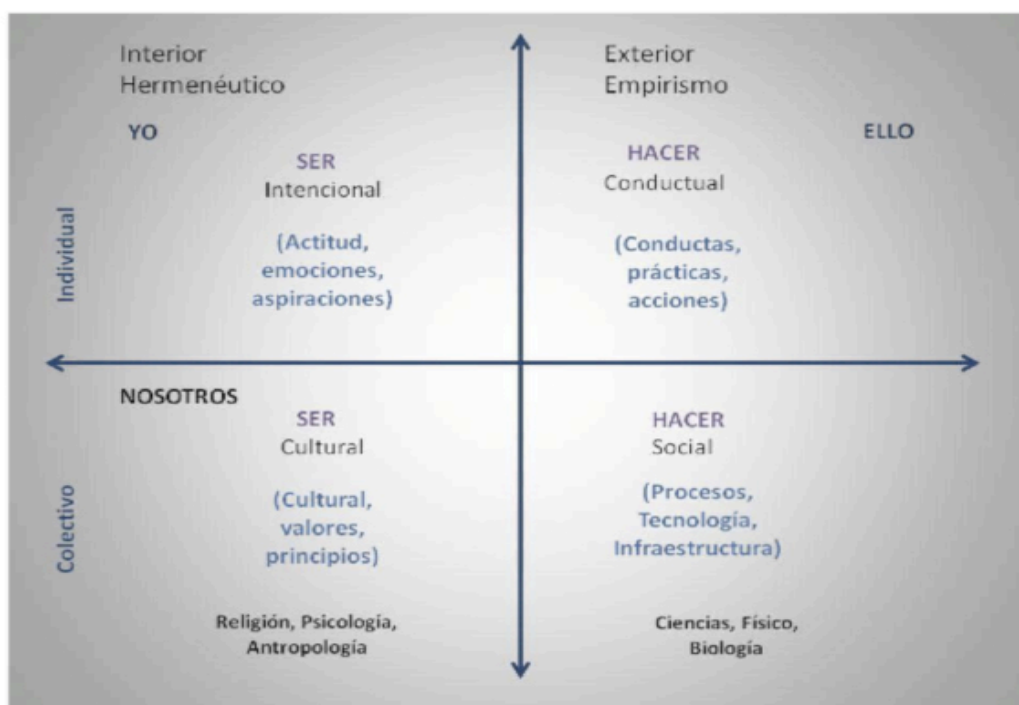
Fuente: <http://es.wikipedia.org/wiki/>

Según Poveda y col (2009) Ken Wilbert es el principal estudioso de la conciencia y psicología transpersonal, plasmada en su famoso Paradigma Integral, visión multidisciplinar e integral de la realidad, donde el autor anima a ser conscientes de la interacción entre el individuo y su salud, sus sentimientos, sus vínculos con los demás, su espiritualidad y su relación con el medio. Este modelo, en su conjunto, es aplicable a todas las disciplinas, tales como, la medicina, la psicología, la ecología, la empresa, el arte, la espiritualidad, etc. Es también una invitación permanente a que se estudie la realidad con un enfoque multidisciplinario, favoreciendo así un análisis más pleno y consciente.

El esquema de cuatro cuadrantes, en el que dicho autor esquematiza la realidad del ser humano, nos muestra una visión de lo objetivo y de lo subjetivo de lo individual y lo colectivo. En el primer cuadrante se representa el mundo

subjetivo individual (yo), en el segundo el mundo objetivo individual (“ello”, mundo de las cosas), en el tercero el mundo subjetivo colectivo (cultura, intersubjetividad) y en el cuarto el mundo objetivo colectivo (aspectos sociales, interobjetividad) Wilber, (1994) (Figura 2)

Figura 2
Esquema de los 4 cuadrantes de Ken Wilbert



Fuente: Poveda y col. 2009. Evolución integral

II. 2. El bienestar como derecho humano

Cuando estudiamos la salud mental como patrimonio colectivo y como derecho humano, se hace necesario analizar el bienestar y sus componentes. El bienestar se define como el estado de adecuada adaptación mental y espiritual al medio físico, biológico y social en que se vive, lo que luce como abstracto mientras no podamos expresarlo en términos objetivos que nos permitan fijar niveles cuantificables que puedan ser comparables con patrones pre- establecidos.

El bienestar físico, mental y social como derecho humano fundamental es un fenómeno complejo que integra en sí una vertiente biológica que obedece en cierto modo a leyes determinísticas y una vertiente social donde la libertad individual le confiere una posibilidad de escogencia, atributo cultural inmerso en un mundo axiológico en el que los valores dirigen y condicionan tanto actos como apetencias, sueños y proyectos. (Real Jiménez, Guillermo. 1977)

La salud, junto a la educación, el trabajo, la seguridad social, las libertades humanas, conforman elementos sociales primordiales en cualquier modelo político y los logros en estos campos, determinarán no solo el nivel de vida de la población, sino el grado de desarrollo económico y social del país. La salud como derecho humano fundamental que todo estado moderno debe asegurarle a sus ciudadanos, es factor de primer orden en el nivel de vida de una nación, región o comunidad específica y además un elemento que contribuye a preservar la paz y la solidaridad entre los pueblos.

Desde el punto de vista político, la salud es un bien que disfruta el ser humano y un derecho personal que genera un deber: el de cuidarla por las implicaciones sociales que genera. Este enfoque tergiversa el enfoque de la responsabilidad colectiva de la atención de la salud ante la visión de la enfermedad como fenómeno estrictamente individual y hace de la salud “un derecho subjetivo, facultad y deber al mismo tiempo, que se adquiere por el solo hecho de vivir en sociedad” que no debería estar determinada por ningún factor personal, económico, social o de cualquier otra índole. (Real Jiménez, Guillermo. 1977)

Como bien afirma el científico social Bernardo Kliksberg en su obra *“Hacia una Economía con Rostro Humano”* (2003), la salud de la población de un país es un pilar fundamental de la productividad, la competitividad y el desarrollo. En palabras de Gro Harlem Brundtland -Directora de la Organización Mundial de la Salud- *“hay importantes factores determinantes de*

una mejor salud que están fuera del sistema sanitario, mejor educación, ambiente más limpio, reducción constante de la pobreza...” (1998)

Estudios recientes suman dos elementos nuevos a las condiciones de la salud pública de los países: el capital social y la equidad. El capital social sería el producto del grado de confianza interpersonal en una sociedad, las normas de comportamiento colectivo y la densidad de su sociedad civil. La equidad lograda gracias a la minimización de las desigualdades sociales potenciaría al capital social.

En trabajos realizados por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard se demuestra como el capital social y la equidad elevan la esperanza de vida al nacer en poblaciones con marcadas diferencias en cuanto al producto bruto per cápita; así vemos como Suecia, Japón y Costa Rica, con menor producto bruto per cápita que EE.UU., pero con mejor equidad, tienen mayor esperanza de vida. Lo mismo se ve en el interior de EE.UU., entre sus diferentes Estados. (Kliksberg, Bernardo. 2003)

Siendo la salud un derecho humano fundamental, es una obligación de todo estado generar las condiciones que permitan el logro del máximo nivel de salud posible, a través del acceso a la salud sin distinciones de ninguna especie, favoreciendo la inversión en salud, con la seguridad que ésta beneficiará indefectiblemente los niveles de bienestar, el desarrollo social y económico, mejorará la productividad, los avances tecnológicos, la competitividad creadora, fortalecerá los sistemas de gobierno y consolidará su legitimidad.

Esta inversión en salud es especialmente productiva cuando el gasto se dirige hacia programas de salud pública de promoción de la salud y prevención de enfermedades y riesgos; productividad que se explica entre otras razones por:

- El menor costo de los programas de promoción y prevención.
- El beneficio masivo de las acciones de salud pública.
- La disminución de los montos de inversión en medicina curativa.

- La reducción de índices de ausencia laboral por enfermedad.
- El mejor índice de asistencia y rendimiento escolar.
- El saneamiento de áreas para la apertura de frentes de trabajo.

II. 3. Los patrones para evaluar el bienestar.

Son muchos los esfuerzos realizados para establecer unos patrones realistas, fidedignos y confiables para evaluar el bienestar y el nivel de vida. En el año 1953, un comité de expertos convocados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), con la intervención de la OIT, UNESCO, FAO y la OMS, propuso para la medición internacional del nivel de vida de una población, el análisis de once componentes que separadamente no se consideraron *per sé*, suficientes para expresar al bienestar de manera integral:

1. Salud con inclusión de las condiciones demográficas.
2. Consumo de alimentos y nutrición.
3. Educación.
4. Condiciones de trabajo y de empleo.
5. Nivel de consumo general y de ahorro de la colectividad.
6. Transporte.
7. Vivienda.
8. Vestido.
9. Recreación.
10. Seguridad social.
11. Libertades humanas.

La Organización de Estados Americanos (OEA) propuso medir el bienestar mediante el análisis de la tipología socio-económica a través de variables económicas, etno-demográficas y socio-políticas.

Como variables económicas incluye:

- Ingreso bruto per cápita
- Consumo energético per cápita

- Consumo de cemento
- Consumo de papel diario
- Consumo de calorías per cápita
- Porcentaje de ocupación agrícola en la fuerza de trabajo
- Consumo de servicios especializados como: médicos por 1000 habitantes, número de camas por 1000 habitantes, etc.

En las variables etno-demográficas considera:

- La composición étnica y
- Los factores demográficos de una comunidad.

Las variables socio-políticas incluidas son:

- Estratificación y movilidad sociales
- Los individualismos extremos
- El uso de la fuerza
- Los grupos de presión
- Las clases sociales
- Las ideas y valores políticos
- Los sistemas y partidos políticos.

Luego surge el concepto de necesidades básicas *“como un esfuerzo para corregir el énfasis dado al crecimiento económico per se y para incluir el desarrollo humano y social como parte integrante de un plan de desarrollo nacional equilibrado.”*(Chaves, Mario M. 1982) Este concepto se ha utilizado para la definición de la pobreza mediante la medición de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), promovido por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en la Declaración de la Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, realizada en Bogotá en 1989, destinado a los estudios sobre magnitud y distribución espacial de la pobreza y utilizado en numerosos países de Latinoamérica.

También se usan indicadores compuestos, tales como:

- Índice de Calidad Física de la Vida (ICFV), el cual combina tres indicadores: la mortalidad infantil, la esperanza de vida a un año de edad y la alfabetización;
- Índice de Reducción de Disparidades (IRD), que permite evaluar el ritmo con que un país está avanzando hacia metas sociales en comparación con el ritmo de crecimiento de su producto nacional bruto per cápita.
- Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual mide el logro medio de un país en cuanto a tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, los conocimientos y un nivel decente de vida. Por tanto se trata de un índice compuesto que contiene tres variables: la esperanza de vida al nacer, el logro educacional (Alfabetización de adultos – pobl. de 15 años y más- y la tasa bruta de matriculación primaria, secundaria y terciaria combinada) y el Producto Interno Bruto (PIB) real per cápita (PPA en dólares). El ingreso se considera en el IDH en representación de un nivel decente de vida y en reemplazo de todas las opciones humanas que no se reflejan en las otras dos dimensiones.
- Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG), que mide el logro en las mismas dimensiones y con las mismas variables que el IDH, pero tomando en cuenta la desigualdad de logro entre mujeres y hombres. Mientras mayor sea la disparidad de género en cuanto al desarrollo humano básico, menor es el IDG de un país en comparación con su IDH. El IDG es simplemente el IDH descontado o ajustado en forma descendente, para tomar en cuenta la desigualdad de género.
- Índice de Potenciación de Género (IPG), indica si las mujeres pueden participar activamente en la vida económica y política. Mide la desigualdad de género en esferas clave de la participación económica y política y de la adopción de decisiones. El IPG, que se centra en las

oportunidades de las mujeres en las esferas económica y política, se diferencia de esta manera del IDG, un indicador de la desigualdad de género en cuanto a capacidades básicas.

- Índice de Pobreza Humana (IPH), mide la privación en cuanto al desarrollo humano. De esta manera en tanto el IDH mide el progreso general de un país en cuanto a lograr el desarrollo humano, el IPH refleja la distribución del progreso y mide el retraso de privación que sigue existiendo. El IPH se analiza según el grado de desarrollo de los países, así en los países en desarrollo hablamos de IPH-1 y en los países industrializados de IPH-2 tomando en cuenta que la privación humana varía con las condiciones sociales y económicas de una comunidad y considerando la facilidad o dificultad de registro de datos estadísticos entre unos y otros.
- Índice de Pobreza Humana - 1 (IPH-1), Mide la privación en cuanto a las mismas dimensiones del desarrollo humano básico que el IDH. Las variables utilizadas son el porcentaje de personas que se estima morirán antes de los 40 años de edad, el porcentaje de adultos analfabetos y la privación en cuanto al aprovisionamiento económico general público y privado, reflejado en el porcentaje de la población sin acceso a servicios de salud y agua potable, y el porcentaje de niños con peso insuficiente.
- Índice de Pobreza Humana – 2 (IPH-2), se centra en la privación en las mismas tres dimensiones que el IPH-1 y en una adicional: la exclusión social. Las variables son el porcentaje de personas que se estima morirán antes de los 60 años de edad, el porcentaje de personas cuya capacidad de leer y escribir no es suficiente para ser funcional, la proporción de la población que es pobre de ingreso (con un ingreso disponible inferior al 50% del mediano) y la proporción de desempleados de largo plazo (12 meses y más).

Todos estos indicadores tienen como objetivo lograr la cuantificación de un nivel de bienestar que nos pueda representar las verdaderas condiciones y nivel de vida de una población determinada y su utilización en cada caso debe siempre tener en cuenta:

- La validez para medir un fenómeno.
- El poder discriminatorio entre los grupos.
- La sensibilidad ante los componentes del fenómeno.
- La factibilidad por disponibilidad de datos.

El Nivel de Vida se ha definido como las condiciones reales en que vive una persona o un pueblo. La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) lo valora por:

1. El nivel de consumo de bienes y servicios.
2. Las necesidades previsionales para proteger el futuro de sus miembros.
3. Las condiciones de la ocupación laboral.

Ese nivel de vida se enfrenta ante lo que conocemos como Patrones de Vida, representados por los paradigmas o las aspiraciones de lo que se desea alcanzar, los cuales estarán en concordancia con lo que cultural y socialmente se acepte como Normas de Vida, definidas como aquellas condiciones que se consideran adecuadas y convenientes para alcanzar un grado de bienestar más completo.

La realidad de nuestros países latinoamericanos nos presenta sin embargo, un cuadro de inmensas inequidades en donde la mayor parte de la población posee un nivel de vida que, indudablemente nos define como países en condiciones de subdesarrollo, fenómeno complejo que solo podemos precisar a la luz de un conjunto de síntomas cualitativos coherentes que lo caracterizan y que describiremos brevemente, dada su importancia para el estudio del bienestar.

Ives Lacoste en su obra: “Los países subdesarrollados”(1962) define los caracteres constitutivos de los países que, dadas sus condiciones, se les da este título que trae implícita una condición de minusvalía. Esos caracteres no están necesariamente todos presentes, sin embargo lamentablemente son elementos que vemos como realidad en muchos de nuestros países. Ellos son los siguientes:

Carencia de alimentos. El problema de la alimentación nos presenta dimensiones de gravedad cuando vemos la inequidad en el consumo de alimentos. Según cifras de la FAO (2010) el 98% de personas subalimentadas -ingesta diaria per cápita es menor de 2.500 cal/per cápita-día- del mundo están en los países en desarrollo y muchos sufren de “hambre crónica” pues consumen menos de 1.500 cal/per-cápita-día. El hambre y la desnutrición son substrato de la mayoría de las defunciones por enfermedades transmisibles, de la mortalidad en menores de 5 años y de la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, la FAO afirma que si la producción de alimentos se distribuyera según las necesidades, se podría dar una ingesta diaria de 2.720 cal a cada uno de los habitantes del planeta.

Deficiencias en la agricultura. A pesar de que buena parte de la población económicamente activa pueda estar empleada en la agricultura, los márgenes de productividad son muy bajos por mala utilización de la superficie cultivable, insuficiencia de medios técnicos que faciliten el cultivo en terrenos con obstáculos naturales, prácticas de monocultivo y de ganadería extensiva que empobrecen los suelos y la persistencia del latifundio que localiza grandes extensiones de las mejores tierras en manos del estado o de grupos particulares. A todo este panorama se suma la dependencia al uso de semillas manipuladas genéticamente, fertilizantes y biocidas de altísimo costo que dificultan aún más, la precaria posibilidad de mejorar el real rendimiento de la actividad agrícola y mejorar así el nivel de ingresos de los trabajadores del campo.

Reducido PTB y nivel de vida. Insistiendo en que el Producto Territorial Bruto y per cápita son indicadores de crecimiento económico y no determinan el nivel de desarrollo socioeconómico de una población, ellos deben verse en el contexto de los bienes y servicios que pudieran generar a esa población expresados en atención de salud, educación, trabajo, calidad ambiental, transporte, seguridad social, vivienda y hasta recreación y todo esto en función del capital social y grado de equidad presentes en dicha población.

Industrialización incipiente. La debilidad del sector industrial se evidencia en la proporción de la mano de obra ocupada en ella. Vemos como los países con mayor nivel de desarrollo poseen buena parte de la industria pesada del mundo, mientras que en los de menor desarrollo predomina la industria del cemento y de los textiles. El cociente de utilización del acero suele usarse como indicador, viendo en los desarrollados más de 100 Kg., de acero por habitante y por año.

Reducido consumo de energía. El consumo de energía nos habla de las posibilidades técnicas de un país. El límite deseado para garantizar un buen nivel de calidad de vida y de producción de bienes y servicios está por encima de 1ton/carbón-eq*/per cápita/año. En los países subdesarrollados vemos como hasta la energía para uso doméstico está restringida para algunos grupos de excluidos sociales como los habitantes del campo o los ubicados en los cinturones de miseria de algunas grandes ciudades. *(Equivalente en cualquier forma de energía: fósil, hidroeléctrica, eólica, nuclear, solar, etc.,)

Subordinación económica. Por razones de carácter histórico y político, hay una subordinación económica y social de la gran mayoría de los países subdesarrollados, de otros con mayor nivel de desarrollo. Esta subordinación se evidencia en el origen de los capitales, en las condiciones de compra de las materias primas que luego regresan en forma de productos incomprables dado su valor agregado, por la generación de procesos de producción altamente contaminantes del ambiente de los países que reciben como una bendición algunas inversiones de capital foráneo, procesos que no podrían realizarse en

sus propios países dadas las restricciones de carácter ambiental, por el uso de la mano de obra barata en condiciones laborales que no serían permitidas por las regulaciones de los países desarrollados y por la asimilación de modos de vida incompatibles muchas veces con las realidades socioculturales de los países subdesarrollados. Esta subordinación ha llegado hasta el punto de eliminar la propia moneda de un país, para asumir el uso corriente de una moneda extranjera, caso que debe diferenciarse de la implantación de una moneda común como es el euro en la Comunidad Europea, que es evidencia del alto grado de confiabilidad y de integración económica de un grupo de países que están logrando entre sí, óptimos niveles de desarrollo.

Hipertrofia del sector comercio. La población económicamente activa ocupada en el comercio-tercer sector de la economía- predomina sobre los otros dos sectores, restando así a la capacidad de productividad de un país.

Estructuras sociales atrasadas. En muchos países se mantienen estructuras “semifeudales” determinadas por las relaciones económicas entre los empleadores y la mano de obra. Esta conducta determina en muchos casos la ubicación de un poder oligárquico o dictatorial con bases sociales muy limitadas y se inserta dentro de creencias mágico-religiosas, discriminaciones étnicas y de género, afectando de manera desventajosa el rol de la mujer y del niño.

Escaso desarrollo de la clase media. La clase media, enlace obligado entre las otras dos, tiene una debilidad numérica y funcional que dificulta las posibilidades de integración y menoscaba el capital social de una población al no favorecer la confianza interpersonal y la densidad de su sociedad civil. Más grave aún, si se evidencian enfrentamientos como conductas colectivas, muchas veces instigadas desde el poder político y el poder económico, que convierten a la clase media en la receptora de buena parte de los choques sociales.

Débil integración nacional. La poca integración nacional se evidencia en el comportamiento de una economía basada en la producción destinada a mercados externos y que desestima el mercado interno, la ubicación de la población está determinada por los canales de extracción hacia esos mercados externos y la persistencia de estructuras políticas con características coloniales. En muchos casos persisten grupos de población heterogénea con lenguas, organización social y patrones culturales muy diferentes entre sí.

Importancia del subempleo. La debilidad del sector primario, la pobre industrialización y el predominio del sector servicios de la economía, determina una gran masa de mano de obra económicamente activa no productiva u ocupada en la economía informal. Esta situación profundiza los problemas sociales por excluir a una gran parte de la población de beneficios dirigidos a los trabajadores y favorece la persistencia de estructuras sociales semifeudales y de dependencia económica, mantiene la oferta de salarios muy bajos y favorece la explotación de la mano de obra femenina y de los niños.

Bajo nivel educativo. La educación es vista hoy como una de las inversiones sociales y económicas de más elevado nivel de retorno sobre la inversión, el motor fundamental del crecimiento económico y de la competitividad en nuevos mercados, permite la incorporación al desarrollo tecnológico, favorece la movilidad social positiva y es una excelente estrategia para combatir las inequidades.

Buena parte de los problemas planteados en países subdesarrollados, tienen su origen en el nivel de analfabetismo, la temprana deserción escolar, los índices de repitencia y la calidad de la educación. Estos problemas están íntimamente ligados a la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento y a la tendencia de incorporar la mano de obra barata del niño a labores agrícolas primitivas e improductivas. En los países subdesarrollados de Latinoamérica vemos como, a pesar del incremento en las tasas de escolaridad, la calidad y el rendimiento de la educación deja mucho que desear y el número de horas de clase en el sistema público es superado enormemente por el sistema privado.

Aquí la familia juega un importante papel pues es determinante la correlación entre el nivel educativo de los padres y el rendimiento de los hijos, como lo demuestran estudios realizados en varios países latinoamericanos. Las estructuras sociales atrasadas también inciden sobre el nivel educativo y propician la exclusión. Algunos países como Costa Rica, Uruguay y Chile, han hecho de la educación, un “gran proyecto nacional” fortaleciendo la escuela pública y favoreciéndola con un alto porcentaje de su PBN y fortaleciendo la profesión docente.

Natalidad elevada. Las altas tasas de natalidad han sido una característica atribuida a los países con menor nivel de desarrollo y en América Latina se evidenció un crecimiento demográfico alrededor de un 3% anual. La tasa bruta de natalidad en Venezuela sigue siendo elevada en la escasa población rural y en las clases marginales, pero la tendencia es de franco descenso. La pirámide poblacional mantiene una base amplia y la población menor de 20 años representa casi la mitad de la población total. Esta situación plantea mayores retos y dificultades para la implementación de planes de desarrollo, pero son a su vez, la mayor fortaleza para lograr grandes avances en el futuro.

Estado sanitario defectuoso. La salud sigue siendo el gran reto de los países subdesarrollados y ya hemos planteado como el desarrollo está atado indefectiblemente al nivel de salud de una población. Los indicadores de salud recalcan con mayor fuerza las grandes disparidades entre los países y en el interior de ellos, entre sus diferentes grupos sociales. Entre esos indicadores tiene gran importancia:

-Las tasas de Mortalidad General con cifras que evidencian los innegables avances en materia de salud en algunos países subdesarrollados, sin embargo su estructura según causas de muerte y grupos etarios afectados, los diferencian notablemente de los desarrollados.

-La Tasa de Mortalidad Infantil la cual es reflejo de las condiciones sanitarias, educativas, nutricionales, habitacionales, laborales, de seguridad

social, en fin, de todos los elementos del desarrollo es el indicador por excelencia del nivel de vida y desarrollo de un país. En Venezuela, en el año 2008 murieron 13,9 niños menores de un año por cada 1000 niños nacidos vivos, mientras en España en el año 2010, solo 4 por cada 1000 niños nacidos vivos.

-La Tasa de Mortalidad Materna es otro parámetro de gran importancia como señal de las inequidades y de un sistema sanitario defectuoso. En Venezuela en el año 2008, murieron 68 madres por cada 100.000 nacidos vivos, por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, mientras en España solo murieron 6 mujeres por las mismas causas.

La persistencia de “enfermedades de masa” tales como la malaria, las parasitosis intestinales, la gastroenteritis, y la presencia de “enfermedades re-emergentes” como la tuberculosis, el cólera y hasta la fiebre amarilla. El altísimo índice de mortalidad por accidentes y violencias, especialmente de la población menor de 30 años y el nuevo flagelo del SIDA, están sumándose a todos los factores que, cual amarras, mantienen a nuestro país anclado en el subdesarrollo, a pesar de basar su economía en la riqueza petrolera: “el excremento del Diablo” en palabras de Juan Pablo Pérez Alfonso, padre de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP).

Las condiciones de los servicios de atención de salud, también marcan la notable diferencia entre unos y otros. Los programas de calidad ambiental que inciden sobre la calidad del agua para consumo humano, la adecuada disposición de excretas y desechos sólidos, las condiciones de la vivienda, el control e higiene de los alimentos y el control de fauna transmisora de enfermedades; los programas de salud laboral y la educación para la salud, junto al número de recursos humanos y técnicos para la atención médica también presentan serias distorsiones en los países subdesarrollados.

Toma de conciencia. Todo no puede ser obscuro para los países con bajo nivel de desarrollo. Afortunadamente, vemos una toma de conciencia generada por terribles confrontaciones políticas, los inmensos avances en los

sistemas de comunicación: prensa, radio, televisión, cine y el mundo del Internet, los mejores niveles educativos y la dinámica misma de las sociedades, sus poblaciones están conociendo niveles de vida y de bienestar muchas veces ignorados, han asumido nuevos patrones de vida y sienten la necesidad de mejorar sus propias condiciones.

Esta toma de conciencia bien canalizada, puede ser el factor determinante para incrementar el capital social que favorezca mejores niveles de esperanza de vida y todos los elementos que ello involucra. Mal servicio le prestaría al futuro de una nación, quien quisiera convertir en odio y frustración una conciencia de desigualdad que debe ser el mejor acicate para el logro de un nivel de desarrollo que respete los valores e idiosincrasia de cada pueblo y que permita a cada uno de sus miembros la plena realización según sus potencialidades individuales y disfrutar de mejores niveles de vida y por tanto mayor bienestar.

Siendo la salud un elemento fundamental para la vida y para el pleno disfrute de las potencialidades de cada individuo y de una población, todo sistema de gobierno debe tener presente su obligación inalienable de garantizarla como un derecho humano fundamental. Ningún país del mundo podrá lograr un buen nivel de real desarrollo si no toma en cuenta a la salud. Los gobiernos deben entender que su esfera de acción para lograr un buen nivel de salud, tiene que dirigir lo social, lo económico, lo político, lo ambiental y la propia atención de salud, hacia el logro de niveles de equidad y de compromiso que logren restaurar el único y gran derecho que se pisotea a cada instante: el derecho a una vida digna.

II. 4. Afrontamiento. Concepto

Etimológicamente, el verbo afrontar deriva del latín *affrontâre*, dar el frente y según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, significa poner cara a cara, hacer frente al enemigo, hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida. Cualquier situación que altere la salud mental nos obliga a reaccionar de alguna manera que le permita afrontarla.

Desde el punto de vista conceptual, el afrontamiento ha sido definido por Lazarus, (1984) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona”. Se trata de una definición compleja que debe ser correctamente comprendida tanto para conocer el “arsenal” de recursos disponibles que se tienen para afrontar el estrés, como sus habilidades para ponerlos en práctica.

La carrera de Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud (TSUES) es percibida como una experiencia estresante para los estudiantes, ya que estos deben formarse como profesionales capacitados para promover, apoyar y elaborar estudios, investigaciones y proyectos estadísticos en el área de la salud, con un gran sentido de humanismo y vocación de servicio, lo que la convierte en una disciplina de gran interés para el estudio de la salud mental y el manejo de estrategias de afrontamiento en sus estudiantes.

Poco se sabe de las estrategias de afrontamiento que utilizan los estudiantes de la Universidad de Los Andes ante situaciones estresantes en su vida cotidiana y su grado de efectividad. Lo investigaremos en los estudiantes del TSUES, mediante la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) adaptado por Cano, Rodríguez y García (2007) con la finalidad de generar información que permita instrumentar programas de control y prevención del estrés en los universitarios y promover estrategias adecuadas de afrontamiento que favorezcan el bienestar psicológico y una mejor experiencia académica en los estudiantes.

Las respuestas de afrontamiento son potencialmente ilimitadas, dando la posibilidad de que un individuo pueda afrontar las diversas situaciones estresantes a las que se verá expuesto a lo largo de su vida, por lo que se describen afrontamientos desde perspectivas situacionales versus generales. Ello implica que se establezcan diferencias entre estrategias y estilos. Las primeras se refieren a procesos concretos que pueden ser altamente

cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes, las que se conocen como “enfoque intraindividual”. Los estilos, en cambio, se definen como predisposiciones personales vinculadas a preferencias individuales, en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, con cierta estabilidad temporal y situacional, las que conoceremos como “enfoque interindividual.” (Parker y Endler, 1996)

Según Girdano y Everly (1986), las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo y pueden erosionar la salud a largo plazo.

II.4.1. Elementos dinámicos y estructurales del Modelo de Afrontamiento

El modelo de afrontamiento propuesto por Lazarus, se centra en la interacción del sujeto con su medio. En cómo éste hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Este modelo se resume en el siguiente esquema:

A. La demanda del medio en cuanto compromiso:

- Si esta demanda es irrelevante, no afecta al sujeto y por tanto, no significa un compromiso físico, ni personal, ni social. No da lugar a respuesta de orden emocional.
- Si por el contrario es relevante, la situación novedosa en el medio significa un compromiso, una alteración de la homeostasis del sujeto, ya sea en el ámbito físico, personal o social. Constituye una situación de estrés para el sujeto y provoca la fijación de la atención en la misma, dando lugar a un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación.

B. Los procesos de evaluación de la situación estresante:

- Evaluación primaria. Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que implica una situación de riesgo o de compromiso a su bienestar o su supervivencia.

- Evaluación secundaria. Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio.

En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente a la situación. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como:

- Desafío o reto. El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Moviliza los recursos de él mismo y genera sentimientos de eficacia y de logro.
- Amenaza. El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella. Genera claras respuestas ansiosas. Su actividad de afrontamiento se deteriora. Se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad. Es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos y menos elaborados de conducta. En este contexto es donde se sitúa la patología, tanto ansiosa como depresiva.

En el modelo de afrontamiento la respuesta ansiosa es una respuesta de anticipación, mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza, la incapacidad de hacer frente a ella. Es importante el acento que se pone en la percepción de imposibilidad de control, que para éste modelo es el elemento esencial en la explicación de la patología. No se teme tanto a las situaciones, como a la sensación de no poder hacer nada por controlarlas, generando de este modo estrés, que es la simple percepción de demanda a la que es sometido el organismo, con la angustia y con la ansiedad. (Casado, 2002).

II.4.2 Estrategias de Afrontamiento.

Como vemos, el proceso de afrontamiento que se ha descrito tiene dos vertientes claras referidas a: el foco de actuación del sujeto, sobre su percepción y sentimientos o sobre la situación misma. Así surgen dos formas diferenciadas e idealmente complementarias de afrontamiento:

Afrontamiento dirigido al problema: Es una estrategia racional para la resolución de problemas, orientada a su modificación. El sujeto define el problema y busca soluciones alternativas, toma decisiones de acuerdo a la evaluación de los pros y los contras de cada situación. Esta estrategia es más susceptible de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como posibilidad de cambio. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. Este proceso implica un refuerzo del papel del sujeto en su entorno, tanto social como personal, facilitando una disposición anclada en la valoración de autoeficacia ante futuros retos.

Afrontamiento dirigido a la emoción: Es una respuesta emocional; en éste caso el sujeto no modifica la situación, porque se siente impotente para resolverlo en ese momento y quizás en ninguno. Ésta estrategia tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para mejorar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. La persona evita afrontar la situación problema y responde con un alejamiento o un manejo ilusorio a nivel no real, a veces manipulativo, de negación, o de transferencia a otros la responsabilidad de lo ocurrido, o de atribución de intenciones, pudiendo dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad. Es un intento de manejo no funcional ante las demandas que la realidad hace al sujeto.

Es importante señalar que estas dos formas de afrontamiento pueden influirse mutuamente, ya sea que una dé paso a la otra o que se interfieran de tal manera que sólo pueda estar presente sólo una. La idea es que ambas funciones y se complementen buscando el equilibrio que favorezca la salud mental.

Según este enfoque Lazarus y Folkman, propusieron ocho estrategias de afrontamiento, estas son:

- *Confrontación*: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él.
- *Planificación*: apunta a solucionar el problema.
- *Aceptación de la responsabilidad*: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento de la situación considerada problema.
- *Distanciamiento*: Implica los esfuerzos que se realizan para apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte a la persona.
- *Autocontrol*: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que la persona hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- *Reevaluación positiva*: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- *Escape o evitación*: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
- *Búsqueda de apoyo social*: Se manifiesta por los esfuerzos que la persona realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información, comprensión y apoyo moral.

II.4.3. Instrumentos para evaluar las Estrategias de Afrontamiento

Son múltiples los instrumentos diseñados para el estudio de las estrategias de afrontamiento aptos para su aplicación en poblaciones diversas. Los más difundidos son el Coping Orientations for Problem Experiences (COPE) (Carver et al 1989), el Ways of Coping Questionnaire (Lazarus y Folkman, 1984) y el Adolescents Coping Scale (Frydenberg y Lewis, 1997). También se destaca el Coping Responses Inventory -CRI-Youth y CRI-Adult- (Moos, 1993a, 1993b) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento propuesto por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) modificado en su adaptación

española (CSI), (Cano et al. 2007) el cual es el utilizado en la presente investigación.

En el CSI, se describen cuarenta estrategias de afrontamiento agrupadas en ocho principales clasificadas como estrategias primarias, cuatro subescalas secundarias y dos subescalas terciarias.

Las ocho estrategias primarias son:

1. *Resolución de problemas*: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce;
2. *Reestructuración cognitiva*: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante;
3. *Apoyo social*: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional;
4. *Expresión emocional*: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés;
5. *Evitación de problemas*: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante;
6. *Pensamiento desiderativo*: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuese estresante;
7. *Retirada social*: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante;
8. *Autocrítica*: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias y son:

1. *Manejo adecuado centrado en el problema*: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado.

2. *Manejo adecuado centrado en la emoción:* incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.
3. *Manejo inadecuado centrado en el problema:* incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.
4. *Manejo inadecuado centrado en la emoción:* incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias y son:

1. *Manejo adecuado del estrés:* incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante;
2. *Manejo inadecuado del estrés:* incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

El análisis del marco teórico nos permite concluir que, la salud mental vista desde la óptica individual es el producto de toda una serie de condicionantes que se van conformando a lo largo de la vida y que en virtud de ese aprendizaje consciente o inconsciente, responderemos a las circunstancias estresantes que la vida nos presenta cada día y que esa respuesta será eficaz cuando permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar.

No podemos dejar de comentar la trascendencia que eventos que afectan a las sociedades y a los pueblos también deben plantearse dentro del esquema evaluativo de los diferentes factores involucrados y como, la responsabilidad de los gobiernos deben llevarlos a atenuar los factores estresantes de sus pueblos y no asumir la actitud irresponsable de ignorarlos y hasta profundizarlos, generando así, la pérdida de buenos niveles de bienestar y del nivel de vida y salud de sus ciudadanos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

Dado que el Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud es un profesional que debe cumplir con funciones técnicas de alta complejidad y compromiso de carácter administrativo, asistencial y de investigación en salud mediante procesos que generen información para diferentes usos, tales como la toma de decisiones en materia de salud pública, conducción de programas, evaluación de los procesos y la productividad de los recursos del sistema de salud e investigación en general, es fundamental conocer las repercusiones que su proceso formativo pueda generar en la salud mental de los estudiantes de esta carrera.

En este trabajo nos proponemos evaluar las características de la salud mental y las estrategias de afrontamiento presentes en los estudiantes del Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Venezuela. 2012, con lo que esperamos contribuir al estudio multicéntrico de estudiantes de Ciencias de la Salud en cuatro continentes, que coordina y aúpa la Universidad Autónoma de Madrid.

El presente estudio tuvo lugar entre los meses de junio de 2011 y abril de 2012, en la Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes (ULA), en tres de sus núcleos de extensión, en los que funciona la Facultad de Medicina con éste programa académico:

1. Mérida, capital del estado Mérida y campus primigenio de la ULA;
2. Valera, ciudad más importante del estado Trujillo y
3. Barinas, capital del estado del mismo nombre.

Figura 3

República Bolivariana de Venezuela. División geo-política.



Fuente: Google Maps

Cumpliendo con los principios éticos para las investigaciones en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, las encuestas fueron anónimas, la participación voluntaria, los resultados se presentan de manera global, nunca individual, respetando la dignidad, integridad, intimidad y confidencialidad de la información personal obtenida con las encuestas aplicadas.

También se respeta el articulado de la Ley de la Función Pública Estadística Venezolana (ver en anexos), que ampara la información bajo el secreto estadístico.

III. 1. Objetivos

III. 1.1 Objetivo General:

Evaluar las características de la salud mental y las estrategias de afrontamiento presentes en los estudiantes del Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Venezuela. 2012

III. 1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las características socio-demográficas de los estudiantes del TSUES de la ULA.
- Evaluar la Salud Mental de los estudiantes mediante instrumentos que detecten problemas de nueva aparición e identificar problemas crónicos.
- Relacionar las variables socio-demográficas con los resultados cualitativos del cuestionario de salud general de Golberg -GHQ28 plus.
- Reconocer las estrategias de afrontamiento asumidas por los estudiantes del TSUES ante situaciones que alteran su salud mental.
- Comparar las estrategias de afrontamiento de la población estudiada según semestre educativo y en los períodos estudiados con las variables socio demográficas.
- Determinar la relación entre la salud mental y las estrategias de afrontamiento en la población en estudio.

III. 2. Hipótesis:

La afectación de la salud mental influye en la actitud de afrontamiento de los estudiantes del TSU en Estadística de Salud.

III. 3. Diseño y tipo de investigación:

-Abordaje cualitativo.

Mediante la descripción, comprensión e interpretación de hechos históricos.

-Abordaje cuantitativo.

Investigación descriptiva, comparativa y de campo.

III. 4. Metodología

Estudio prospectivo, longitudinal no aleatorizado, dirigido a los estudiantes de la carrera: Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud, de la Universidad de Los Andes, pertenecientes a los semestres Iº, IIIº y Vº con el criterio de estudiantes iniciando, a la mitad y finalizando la carrera.

III. 4.1. Población. Está representada por un total de 144 estudiantes de Iº, IIIº y Vº Semestre del TSU en Estadística de Salud, programa que es dictado por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Andes en sus sedes de Mérida, Valera y Barinas.

III. 4.2. Muestra. Se estudió el 100% de la matrícula del I, III y V Semestres con el criterio de estudiantes iniciando, a la mitad y finalizando la carrera. No se trabajó con el VI y último semestre porque éste corresponde a la práctica profesional, cuando los alumnos son distribuidos en diversos establecimientos de Atención de Salud en diferentes lugares del país.

III. 4.3. Operacionalización de las Variables. A continuación presentamos los objetivos específicos propuestos, las variables manejadas en cada objetivo, la dimensión evaluada y sus respectivos indicadores.

Tabla N° V
Operacionalización de las variables del estudio
Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud.
Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Venezuela

Objetivos Específicos	Variables	Dimensión	Indicador	Ítems
1. <i>Identificar las características socio demográficas de los estudiantes del TSUES. ULA</i>	Socio Demográficas	Edad	Años	1.
		Sexo	Femenino/Masculino	2.
		Semestre de estudio	I°, III° y V° semestre	3.
2. <i>Evaluar la Salud Mental de los estudiantes mediante instrumentos que detecten problemas de nueva aparición e identificar problemas crónicos.</i>	2.1. Cuestionario de salud general Goldberg GHQ-28	Cuestionario de salud general Goldberg GHQ-28	A- Síntomas somáticos B- Ansiedad e insomnio C- Disfunción social D- Depresión grave	A.1- A.7 B.1- B.7 C.1- C.7 D.1- D.7

III.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Previo consentimiento informado, se recogió la información socio demográfica prevista e inmediatamente se pasó a aplicar la “Encuesta sobre el estudio de Salud Mental” elaborada por el equipo de investigación (Pastor y Aldeguer et al. 2000), que contiene el test de Goldberg (Goldberg & Hillier, 1979) -prueba ampliamente empleada por expertos a nivel mundial- con el agregado de un cuestionario para aplicar a estudiantes, que valora aspectos relativos a:

- 1- Ayuda Psicológica
- 2- Estudios y Salud
- 3- Hábitos

Ésta herramienta auto aplicada, que llamamos: “Encuesta sobre Salud Mental de los estudiantes universitarios” consta del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-28) y otras preguntas de elaboración propia que evalúan vivencias académicas entre otras cosas, tales como:

- Satisfacción con profesores
- Actitud humanitaria
- Desarrollo personal
- Reconocimiento social
- Tensión en exámenes
- Relaciones sociales
- Competitividad y
- Tensión acumulada durante años anteriores.

Al mismo tiempo, aplicamos el test de “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” (EA) modificado, en su adaptación española, (Cano, F., et al., 2007). El inventario fue diseñado originalmente en inglés y explora la capacidad natural que tiene cada individuo de protegerse frente a todo aquello que le genere a cualquier nivel, angustia, dolor, ansiedad o sufrimiento. Incluye las subescalas:

1. Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo basado en el problema, bien sea cambiando la situación, o bien su significado.
2. Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo basado en el manejo de las emociones que surgen en el proceso estresante.
3. Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien sea evitando las situaciones estresantes, o bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.
4. Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.
5. Las Escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: Manejo adecuado: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional reflejando esfuerzos activos y adaptativos para compensar la situación estresante

III. 6. Técnicas de análisis de datos y procedimiento.

III. 6.1. Análisis Estadístico:

Se creó una base de datos informatizada utilizando el programa Excel (Microsoft Office, Versión 2007).

Los datos fueron recogidos de los instrumentos aplicados. Una vez limpia la base de datos, se realizó el análisis estadístico utilizando el programa estadístico SPSS 17 (SPSS Inc.).

III.6.2. Estadística Descriptiva

Las variables cualitativas se resumieron mediante el cálculo de frecuencias absolutas para cada modalidad y relativas, expresadas en porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas, se procedió al cálculo de medidas de tendencia central (media y/o mediana) y de dispersión (desviación estándar). La representación gráfica utilizada fue el diagrama de barras para las variables cualitativas y cuantitativas.

III. 6.3. Inferencia Estadística

- Para comparar las variables cualitativas entre los diferentes grupos se aplicó la prueba de chi cuadrado (corrección de Yate).
- En el supuesto de distribuciones normales se utilizaron las pruebas t de Student o ANOVA. La prueba t Student para comparar entre dos medias. El análisis de varianza (ANOVA) con nivel de significación de $p \leq 0,05$ se aplicó para las comparaciones múltiples, utilizando el test de Tukey.
- La prueba de hipótesis se aplicó bajo los supuestos de biteralidad, potencia - 80%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

IV.1. Características socio-demográficas de los estudiantes del Técnico Superior Universitario en Estadística de la Salud de la Universidad de Los Andes

En la presente investigación se busca evaluar y comparar la salud mental y las estrategias de afrontamiento de los estudiantes en los distintos semestres de la carrera de TSUES. Para ello se seleccionó una muestra de 144 estudiantes de los cuales el 43,75% corresponden al primer semestre, el 19,44% al tercero y el 36,81% al quinto. Estos estudiantes se encuentran distribuidos en los distintos núcleos de la Universidad de Los Andes: de la sede central Mérida 34,03%, del núcleo Valera 38,89% y del núcleo Barinas 27,78%. (ver Tabla N° VI)

Tabla N° VI

**Distribución de los alumnos del TSUES por núcleo según semestre
Facultad de Medicina. ULA.2012**

Semestre	Núcleo						Total	%
	Mérida		Valera		Barinas			
	Total	%	Total	%	Total	%		
I°	13	9,03%	34	23,61%	16	11,11%	63	43,75%
III°	11	7,64%	7	4,86%	10	6,94%	28	19,44%
V°	24	16,67%	15	10,42%	14	9,72%	53	36,81%
Total	48	34,03%	56	38,89%	40	27,78%	144	100,00%

Fuente: Cuestionario propio sobre factores socio demográficos de los TSUES.

Al estudiar los factores socio-demográficos en los alumnos objeto de estudio, encontramos los siguientes resultados:

- Predominio del género femenino representado por el 86,11% de la población, ante el 13,89% del masculino.
- Por grupos de edad: el 29,08% tienen entre 17 y 20 años, el 31,21% con edades comprendidas entre los 21 y 24 años y el 39,72% mayor e igual a 25 años.
- En relación al estado civil: el 63,31% son solteros (as), el 15,83% casados (as), el 18,71% con unión estable y el 2,16% divorciados (as).
- El 52,17% no tiene hijos.
- El 90,14% vive con algún familiar.
- El 58,04% trabaja.
- El 81,30% no tiene beca. (ver Tabla N° VII)

Tabla N° VII.

Distribución de los alumnos del TSUES por semestre según factores socio-demográficos. Facultad de Medicina. ULA 2012

Factores socio-demográficos	Total	%	Semestre					
			I ^o		III ^o		V ^o	
			Total	%	Total	%	Total	%
Sexo								
Masculino	20	13,89%	9	14,29%	2	7,14%	9	16,98%
Femenino	124	86,11%	54	85,71%	26	92,86%	44	83,02%
Total	144	100,00%	63	100,00%	28	100,00%	53	100,00%
Grupo de edad								
17 - 20	41	29,08%	23	37,10%	10	35,71%	8	15,69%
21 - 24	44	31,21%	17	27,42%	10	35,71%	17	33,33%
>= 25	56	39,71%	22	35,48%	8	28,57%	26	50,98%
Total	141	100,00%	62	100,00%	28	100,00%	51	100,00%
Estado Civil								
Casado (a)	22	15,83%	40	64,52%	19	76,00%	29	55,77%
Soltero (a)	88	63,31%	12	19,35%	4	16,00%	6	11,54%
Divorciado (a)	3	2,16%	1	1,61%	0	0,00%	2	3,85%
Unión estable	26	18,70%	9	14,52%	2	8,00%	15	28,85%
Total	139	100,00%	62	100,00%	25	100,00%	52	100,00%
Tiene hijos								
Sí	66	47,83%	28	45,16%	14	51,85%	24	48,98%
No	72	52,17%	34	54,84%	13	48,15%	25	51,02%
Total	138	100,00%	62	100,00%	27	100,00%	49	100,00%
Vive con algún familiar								
Sí	128	90,14%	59	95,16%	24	85,71%	45	86,54%
No	14	9,86%	3	4,84%	4	14,29%	7	13,46%
Total	142	100,00%	62	100,00%	28	100,00%	52	100,00%
Trabaja								
Sí	83	58,04%	25	39,68%	23	82,14%	35	67,31%
No	60	41,96%	38	60,32%	5	17,86%	17	32,69%
Total	143	100,00%	63	100,00%	28	100,00%	52	100,00%
Becado								
Sí	23	18,70%	0	0,00%	5	20,83%	18	40,91%
No	100	81,30%	55	100,00%	19	79,17%	26	59,09%
Total	123	100,00%	55	100,00%	24	100,00%	44	100,00%

Fuente: Cuestionario para el estudio de Salud Mental en Estudiantes Universitarios. Cálculos propios.

Nota: se excluyen los que no declararon algunas de estas variables socio-demográficas

IV.2. Comparación de la salud mental de estudiantes del Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la ULA con sus variables socio-demográficas.

Para determinar si la proporción de test positivos de Golberg es igual en los distintos semestres de la carrera, se empleó una prueba de homogeneidad mediante el método estadístico chi-cuadrado con un nivel de significación de 0,05. Los resultados obtenidos muestran (con un valor de $p \leq 0,049$) que la proporción de test positivos de Golberg no son iguales para los distintos semestres, observando la proporción de casos positivos de Golberg se tiene que, en el tercer semestre existe mayor porcentaje de casos positivos con 39,29%, seguido del primer semestre con 25,4% y por último el quinto semestre con 15,09%. (Ver Tabla N° VIII)

Tabla N° VIII.

Comparación de la salud mental de los TSUES por semestre

Según test de Golberg

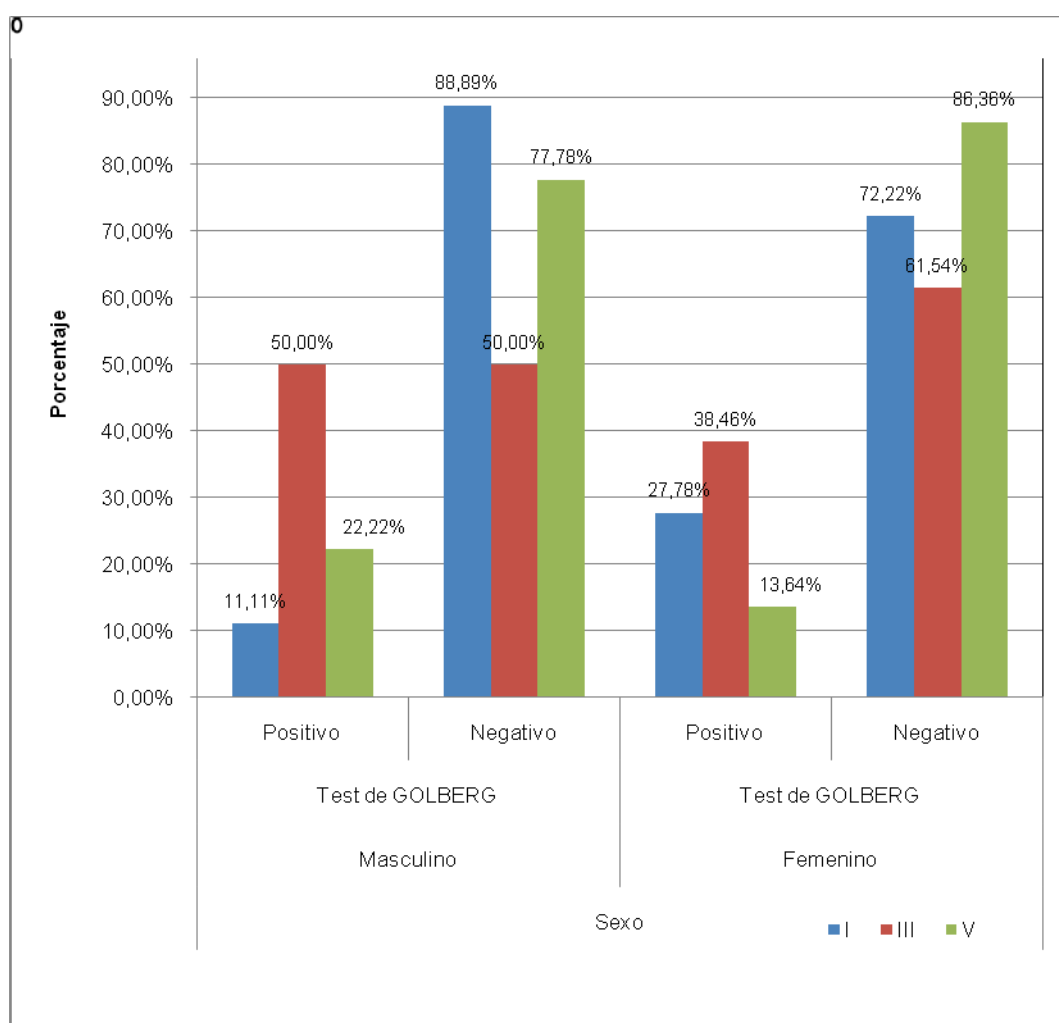
Facultad de Medicina. ULA 2012

Test de Golberg	Semestre			p
	I°	III°	V°	
Negativo	74,6% (47)	60,71% (17)	84,91% (45)	0,049 (<0,05)
Positivo	25,4% (16)	39,29%(11)	15,09%(8)	

Fuente: Cálculos propios

Por otra parte, no se observó relación entre el sexo y el test de Golberg, sin embargo, para los hombres y mujeres que cursan el tercer semestre de la carrera se apreció el mayor porcentaje de test de Golberg positivos con 50% y 38,46% respectivamente; para el primer semestre los test positivos fueron de 11,11% (hombres) y 27,78% (mujeres) y para el quinto semestre 22,22% (hombres) y 13,64% (mujeres). (Ver gráfico N° 1)

Gráfico N° 1.
Distribución del test de Golberg de los alumnos del TSUES
por semestre según sexo
Facultad de Medicina. ULA 2012

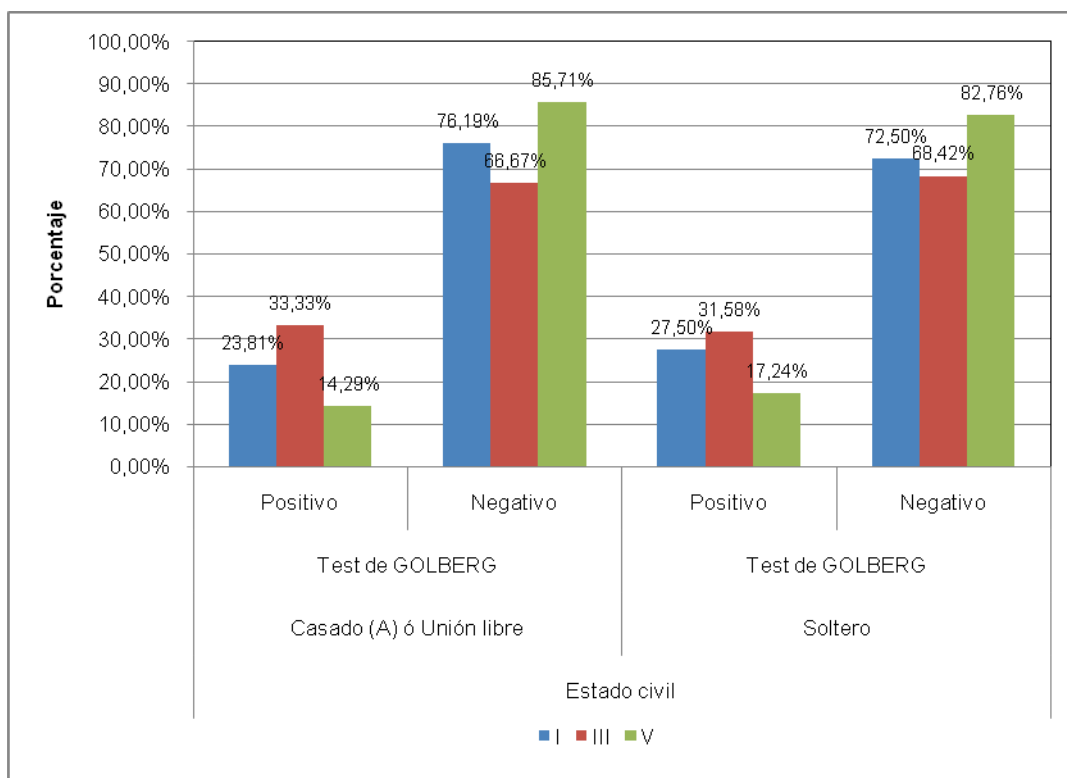


Fuente: Cálculos propios

En relación al estado civil se tomó los casados o en unión libre y los solteros, ya que estos conformaban grupos más equilibrados para la comparación.

No se encontró relación entre el estado civil y el test de Golberg, sin embargo, los estudiantes que cursaban el tercer semestre presentaron un test positivo de Golberg en el 33,33% de los casados o en unión libre y 31,58% de los solteros. Para los estudiantes del primer semestre el 23,81% de los casados o en unión libre y el 27,50% de los solteros mostraron test positivo. Por último, los estudiantes del quinto semestre mostraron test positivo para el 14,29% de los casados o en unión libre y el 17,24% de los solteros. (ver gráfico N° 2)

Gráfico N° 2.
Distribución del test de Golberg de los alumnos del TSUES
por semestre según estado civil
Facultad de Medicina. ULA 2012



Fuente: Cálculos propios

A fin de determinar si la edad está relacionada con la proporción de resultados positivos al test de Golberg en los distintos semestres de la carrera, se agruparon los estudiantes en tres grupos de edad. Los resultados obtenidos muestran que la proporción de test de Golberg no es igual para los distintos semestres de la carrera en alumnos con edades entre los 17 y 20 años, donde el 60% de los estudiantes del tercer semestre presentan test positivo, contrapuesto a los del primer y quinto semestre que obtuvieron 17,39% y 12,50% respectivamente, con una de $p(0,024)$. No se encontró diferencias significativas en las proporciones del test positivo en los grupos de edad 21 a 24 años y mayor o igual a 25 años. (Ver Tabla N° IX)

Tabla N° IX.
Comparación de la salud mental de los TSUES por semestre
según grupo de edad y test de Golberg
Facultad de Medicina. ULA 2012

Grupo de edad / Test de GOLBERG	Semestre			p
	I	III	V	
17 - 20				
Positivo	17,39%	60,00%	12,50%	0,024
Negativo	82,61%	40,00%	87,50%	
21 - 24				
Positivo	35,29%	30,00%	11,76%	0,26
Negativo	64,71%	70,00%	88,24%	
>= 25				
Positivo	22,73%	25,00%	19,23%	0,92
Negativo	77,27%	75,00%	80,77%	

Fuente: Cálculos propios

El test de Golberg comprende cuatro subescalas denominadas:
 1.- Síntomas somáticos, 2.- Ansiedad insomnio, 3.- Disfunción social y 4.- Depresión; las puntuaciones de estas subescalas fueron comparadas en los distintos semestres de la carrera del TSUES. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas en las puntuaciones promedios con $p(0,02)$ y $p(0,01)$ en las subescalas ansiedad-insomnio y disfunción social respectivamente. (Ver Tabla N° X)

Tabla N° X.

Comparación de las subescalas del test Golberg por semestre (ANOVA)

Facultad de Medicina. ULA 2012

Sub-escalas de GOLBERG	Semestre			p
	I° Media (DS)	III° Media (DS)	V° Media (DS)	
Síntomas somáticos	1,38 (1,79)	1,39 (2,13)	0,64 (1,36)	0,051
Ansiedad-insomnio	1,57 (1,9)	1,82 (2,39)	0,79 (1,38)	0,02
Disfunción social	0,37 (0,63)	0,86 (1,27)	0,3 (0,7)	0,01
Depresión	0,37 (1,13)	0,36 (0,62)	0,06 (0,23)	0,09

DS: Desviación estándar

Fuente: Cálculos propios

El resultado anterior permitió concluir que existen diferencias en los puntajes promedios de las subescalas ansiedad-insomnio y disfunción social en los distintos semestres de la carrera del TSUES, al realizar las comparaciones múltiples se encontraron diferencias con nivel de significación de $p=0,05$.

Se observaron para el tercer y quinto semestre diferencias significativas con $p(0,047)$ para la subescala ansiedad insomnio, donde los alumnos del tercer semestre presentaron un puntaje promedio de 1,82 y los del quinto 0,79, obteniendo una diferencia de $\pm 1,03$. Por otra parte, en la subescala disfunción

social se observó diferencias significativas entre el tercer (0,86 puntos) y primer (0,37 puntos) semestre con $p(0,023)$ cuya diferencia de medias es de $\pm 0,49$ puntos. Así mismo, se observaron diferencias significativas entre el tercer (0,86 puntos) y quinto (0,30 puntos) semestre, con una diferencia de medias de $\pm 0,56$ puntos. (Ver Tabla N° XI)

Tabla N° XI.

Comparación múltiple de las subescalas del test Golberg

Facultad de Medicina. ULA 2012

HSD de Tukey				
Sub-escalas de GOLBERG	(I) Semestre	(J) Semestre	Diferencia de medias (I-J)	p
Ansiedad-insomnio	I°	III°	-0,25	0,821
	I°	V°	0,78	0,063
	III°	I°	0,25	0,821
	III°	V°	1,03 (*)	0,047
	V°	I°	-0,78	0,063
	V°	III°	-1,03 (*)	0,047
Disfunción social	I°	III°	-0,49 (*)	0,023
	I°	V°	0,06	0,909
	III°	I°	0,49 (*)	0,023
	III°	V°	0,56 (*)	0,011
	V°	I°	-0,06	0,909
	V°	III°	-0,56 (*)	0,011

(*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Fuente: Cálculos propios

IV.3.Comparación de la necesidad de ayuda psicológica en el Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud (TSUES) de la ULA

Se analizó si la proporción de necesidad de ayuda psicológica es igual para los distintos semestres de la carrera, obteniendo unos resultados que muestran que no hay diferencias en las respuestas de los estudiantes con respecto a la utilización o necesidad de recursos de atención psicológica y/o psiquiátrica antes y a lo largo de carrera. Sin embargo, al ser consultados si en la actualidad necesita algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica se encontraron diferencias significativas en las respuestas de los estudiantes en los distintos semestres con $p(0,01)$, donde el 40,74% de los estudiantes el tercer semestre manifestaron tener la necesidad de ayuda psicológica y/o psiquiátrica, en contraste con el 15% y 13,21% de los estudiantes del primer y quinto semestre. (Ver Tabla N° XII)

Tabla N° XII.

Comparación de la necesidad de ayuda psicológica y/o psiquiátrica por semestre del TSUES. Facultad de Medicina. ULA 2012

Ayuda Psicológica	Semestre			p
	I°	III°	V°	
¿Ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica? Antes de empezar la carrera				
Sí	4,92%	14,81%	1,89%	0,06
No	95,08%	85,19%	98,11%	
A lo largo de la carrera				
Sí	3,70%	4,17%	4,08%	0,99
No	96,30%	95,83%	95,92%	
¿Cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica) Antes de empezar la carrera				
Sí	13,11%	15,38%	9,62%	0,74
No	86,89%	84,62%	90,38%	
A lo largo de la carrera				
Sí	11,76%	21,74%	17,31%	0,52
No	88,24%	78,26%	82,69%	
En la actualidad ¿Está utilizando algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?				
Sí	1,64%	0,00%	3,77%	0,52
No	98,36%	100,00%	96,23%	
En la actualidad ¿Cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?				
Sí	15,00%	40,74%	13,21%	0,01
No	85,00%	59,26%	86,79%	

Fuente: Cálculos propios

En relación a las razones por las cuales pudiera necesitar la ayuda psicológica o psiquiátrica, se observó una asociación $p(0,04)$, entre los problemas económicos y los semestres de la carrera, donde el 15,38% de los estudiantes del primer semestre manifestaron problemas económicos, en contraposición con el 5% del tercer semestre y del quinto semestre no presentaron este tipo de problema. Para el resto de las razones consideradas no se observaron relaciones. (Ver Tabla N° XIII)

Tabla N° XIII.

Comparación de las razones por las cuales necesita ayuda psicológica y/o psiquiátrica por semestre del TSUES

Facultad de Medicina. ULA 2012

Razones	Semestre			p
	I°	III°	V°	
Problemas emocionales				
Sí	26,92%	45,45%	29,73%	0,28
No	73,08%	54,55%	70,27%	
Problemas familiares				
Sí	21,15%	31,82%	12,90%	0,24
No	78,85%	68,18%	87,10%	
Problemas asociados con la carrera				
Sí	21,28%	11,76%	3,45%	0,09
No	78,72%	88,24%	96,55%	
Problemas económicos				
Sí	15,38%	5,00%	0,00%	0,04
No	84,62%	95,00%	100,00%	

Fuente: Cálculos propios

Los resultados obtenidos al estudiar la posible asociación entre determinados factores y los semestres, muestran asociación con $p(0,006)$ entre el cambio de domicilio y el semestre de la carrera, donde el 20,45% de los alumnos del quinto semestre manifestaron que el cambio de domicilio afectó bastante o mucho su calidad de vida. Este resultado es muy diferente a los del primer y tercer semestre, en el cual el 8,69% y 9,10% respectivamente, manifestaron ver afectada bastante o mucha su calidad de vida.

Por otra parte se observó asociación $p(0,002)$ entre la relación estudiante y profesores con el semestre de la carrera, en el que el 54,55% de los alumnos del tercer semestre manifestaron verse afectada bastante o mucho su calidad de vida por la relación con los profesores. Para los estudiantes del primer año esta afectación fue del 36,95% y para los del quinto semestre de 6,82% (ver Tabla N° XIV)

Tabla N° XIV.

**Comparación de los factores que afectan la calidad de vida del TSUES
por semestre Facultad de Medicina. ULA 2012**

Factores	Semestre			p
	Iº	IIIº	Vº	
Cambio de domicilio				
Nada	67,39%	45,45%	75,00%	0,006
Poco	23,91%	45,45%	4,55%	
Bastante	6,52%	4,55%	9,09%	
Mucho	2,17%	4,55%	11,36%	
Cambio de facultad o escuela				
Nada	71,43%	72,73%	86,36%	0,57
Poco	18,37%	13,64%	6,82%	
Bastante	4,08%	9,09%	2,27%	
Mucho	6,12%	4,55%	4,55%	
Organización del currículum				
Nada	67,39%	66,67%	71,43%	0,64
Poco	21,74%	28,57%	26,19%	
Bastante	4,35%	4,76%	0,00%	
Mucho	6,52%	0,00%	2,38%	
Relaciones entre estudiantes y profesores				
Nada	41,30%	22,73%	61,36%	0,002
Poco	21,74%	22,73%	31,82%	
Bastante	23,91%	40,91%	4,55%	
Mucho	13,04%	13,64%	2,27%	
Tensión acumulada en los exámenes				
Nada	16,33%	16,67%	25,58%	0,146
Poco	36,73%	50,00%	39,53%	
Bastante	18,37%	12,50%	27,91%	
Mucho	28,57%	20,83%	6,98%	
Tensión acumulada a lo largo de cursos pasados				
Nada	58,70%	43,48%	52,27%	0,856
Poco	28,26%	43,48%	36,36%	
Bastante	10,87%	8,70%	6,82%	
Mucho	2,17%	4,35%	4,55%	
Relación con personal de administración y servicios				
Nada	52,17%	45,45%	60,47%	0,84
Poco	28,26%	40,91%	23,26%	
Bastante	13,04%	9,09%	9,30%	
Mucho	6,52%	4,55%	6,98%	

Fuente: Cálculos propios

A los estudiantes se les consultó sobre la continuidad de las actividades y aficiones que realizaban antes de iniciar las carreras y en este sentido no se observó relación entre la continuidad de las actividades con el semestre de la carrera. Sin embargo, cabe señalar que la gran mayoría de los alumnos del primer (84,21%), tercer (64,88%) y quinto (62%) semestre declaró no continuar con sus actividades y aficiones o sólo con alguna de ellas. (ver Tabla N° XV)

Tabla N° XV.

Comparación de la continuidad de actividades y aficiones del TSUES por semestre. Facultad de Medicina. ULA 2012

Continúa con actividades y aficiones	Semestre			p
	I°	III°	V°	
Con ninguna	29,82%	32,14%	28,00%	0,145
Solo con alguna	54,39%	32,14%	34,00%	
Con bastantes	3,51%	14,29%	14,00%	
Con la mayoría	12,28%	21,43%	24,00%	

Fuente: Cálculos propios

En relación a la satisfacción de los estudiantes de los distintos semestres con sus compañeros, profesores y personal administrativo y de servicios no se observó ninguna asociación. Cabe destacar que, entre el 75% al 88% de los alumnos de los distintos semestres manifestaron bastante o mucha satisfacción con sus compañeros y profesores, sin embargo, con el personal administrativo y de servicios esta satisfacción se ubicó entre el 51,02% y 56,87%. (ver Tabla N° XVI)

Tabla N° XVI.

Comparación de la satisfacción del TSUES por semestre

Facultad de Medicina. ULA, 2012

Satisfacción con:	Semestre			p
	I°	III°	V°	
Los compañeros				
Nada	3,51%	4,00%	0,00%	0,24
Poco	21,05%	8,00%	14,29%	
Bastante	54,39%	48,00%	65,31%	
Mucho	21,05%	40,00%	20,41%	
Los profesores				
Nada	3,57%	0,00%	2,04%	0,133
Poco	21,43%	16,00%	20,41%	
Bastante	58,93%	36,00%	46,94%	
Mucho	16,07%	48,00%	30,61%	
Personal de administración y servicios				
Nada	9,80%	8,00%	8,16%	0,49
Poco	33,33%	40,00%	40,82%	
Bastante	41,18%	20,00%	34,69%	
Mucho	15,69%	32,00%	16,33%	

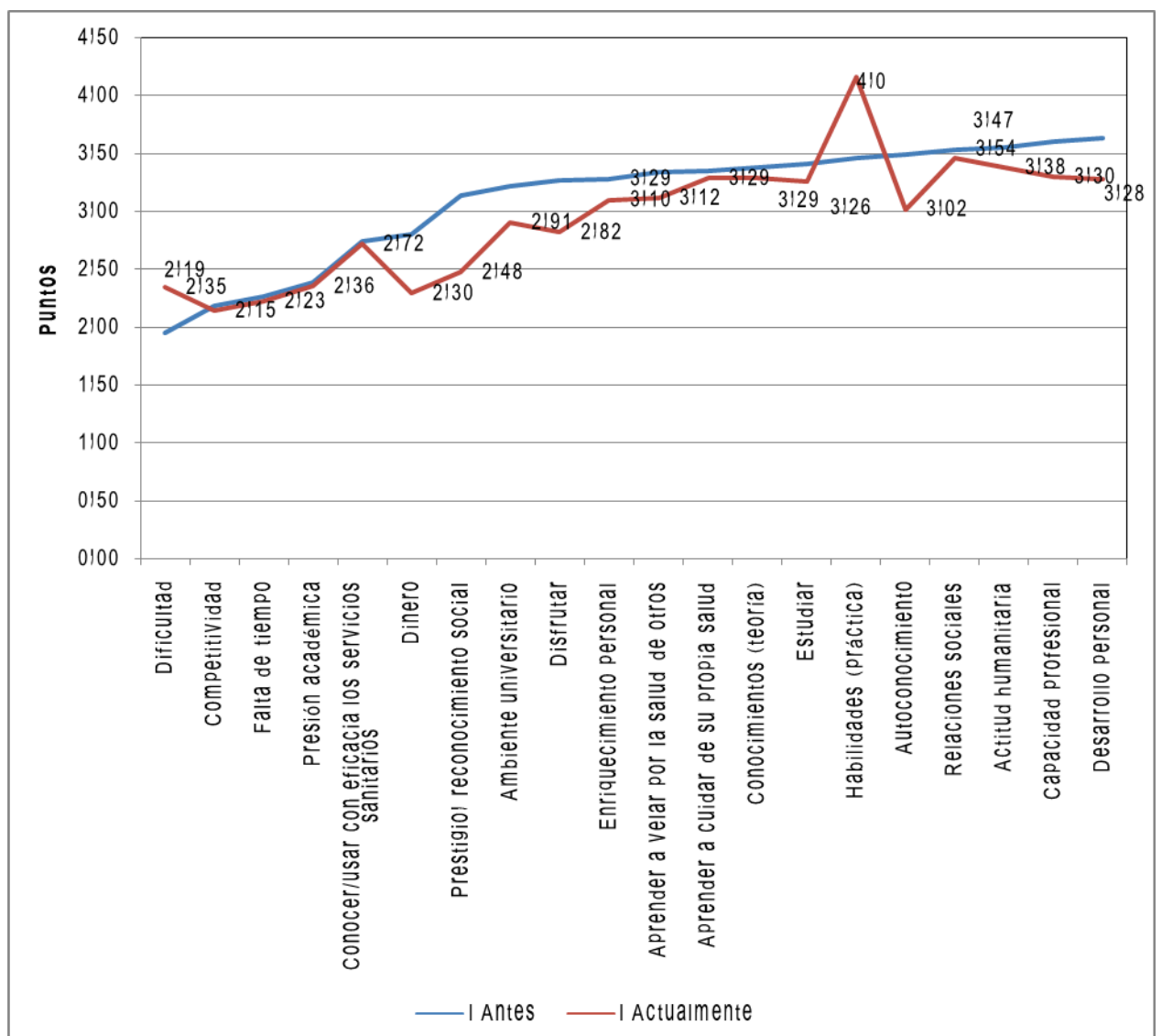
Fuente: Cálculos propios

Los estudiantes fueron consultados sobre lo que esperaba y ha encontrado en la carrera del TSUES valorando en una escala de 1 (nada) a 4 (mucho) distintos aspectos y los resultados son muy similares para los distintos semestres. Las puntuaciones más altas oscilan entre tres y cuatro, donde destacan los siguientes aspectos: desarrollo personal, capacidad profesional, actitud humanitaria, relaciones sociales, autoconocimiento y habilidades (práctica). Por otra parte, los de más baja puntuación fluctuaron entre 1,83 y 2,52 correspondiente a dificultad, competitividad, falta de tiempo y presión

académica. Es importante señalar que al observar el comportamiento de las puntuaciones de lo que esperaba el estudiante de la carrera y de lo que ha encontrado en ella, la puntuación de lo que esperaba por lo general está por encima de lo que encontró en la carrera. (Ver gráficos N° 3, 4 y 5)

Gráfico N° 3.

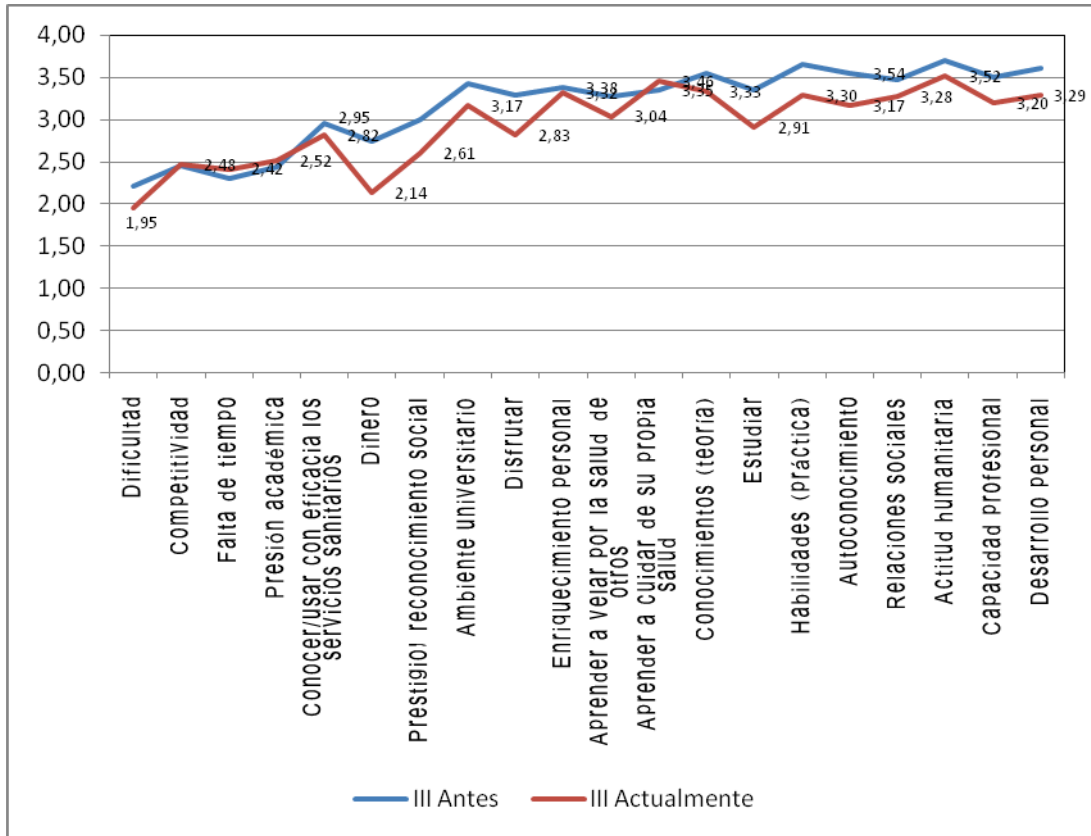
**Puntaje promedio de aspectos relacionados a la carrera del TSUES
Estudiantes del primer semestre. Facultad de Medicina. ULA 2012**



Fuente: Cálculos propios

Gráfico N° 4.

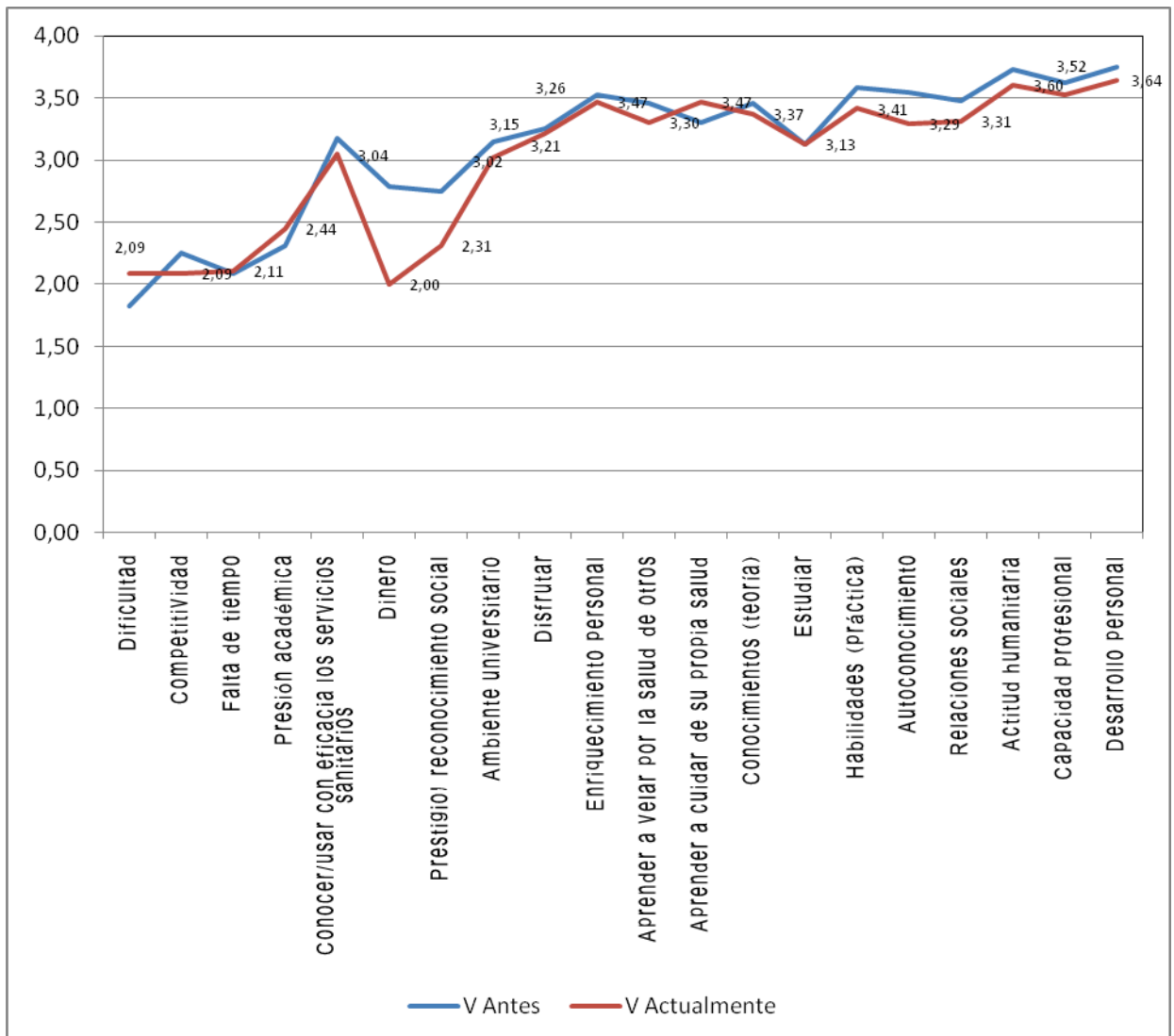
**Puntaje promedio de aspectos relacionados a la carrera del TSUES
Estudiantes del tercer semestre. Facultad de Medicina. ULA 2012**



Fuente: Cálculos propios

Gráfico N° 5.

**Puntaje promedio de aspectos relacionados a la carrera del TSUES
Estudiantes del quinto semestre. Facultad de Medicina. ULA 2012**

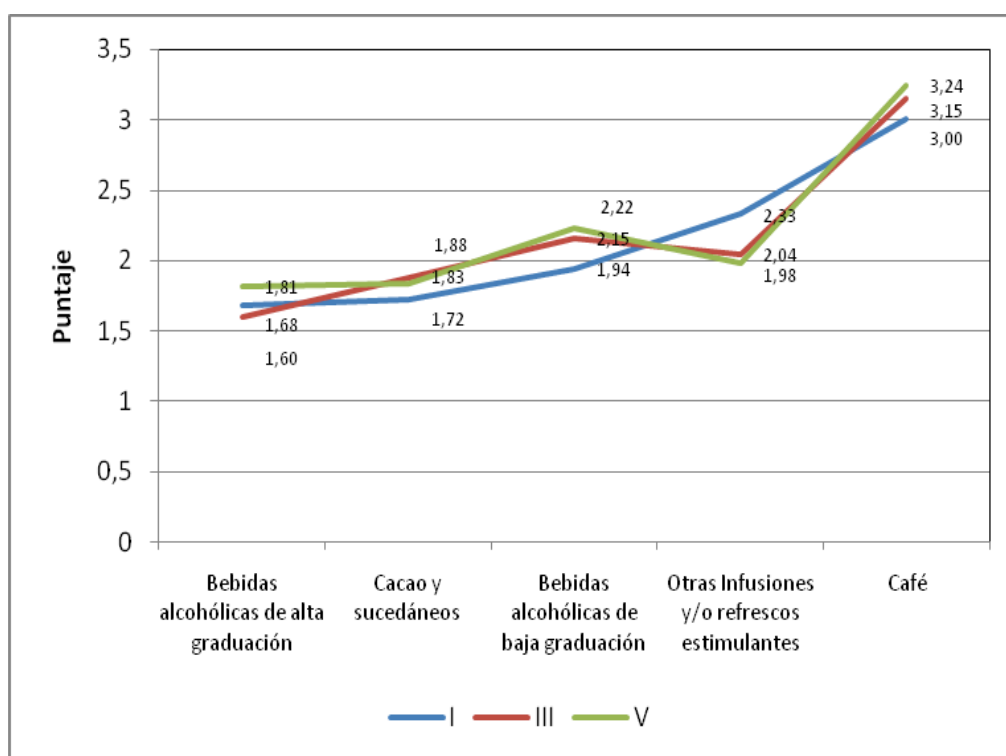


Fuente: Cálculos propios

Se consultó a los estudiantes sobre el grado de consumo personal de algunas sustancias. Los resultados obtenidos son muy parecidos para los distintos semestres, donde prevalece el consumo de café, infusiones y/o refrescos estimulantes, bebidas alcohólicas de baja graduación, cacao y sucedáneos y bebidas alcohólicas de alta graduación. (ver gráfico N° 6)

Gráfico N° 6.

Puntaje promedio del consumo personal de los alumnos del TSUES por semestre. Facultad de Medicina. ULA 2012



Fuente: Cálculos propios

IV.4. Comparación de las Estrategias de Afrontamiento en el Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la ULA

Los estudiantes del TSUES fueron evaluados mediante el Test de Afrontamiento y los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas en los distintos semestres de la carrera en los promedios del puntaje de la escala afrontamiento pasivo del estrés $p(0,048)$ y para la subescala pensamiento desiderativo $p(0,02)$. (Ver Tabla N° XVII)

Tabla N° XVII.

Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por semestre

ANOVA. Facultad de Medicina. ULA 2012

Escalas / Subescalas	Semestre			p
	I	III	V	
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	39,73 (20,49)	43,41 (15,84)	46,83 (17,65)	0,27
Afrontamiento pasivo del estrés	33,03 (16,91)	39,65 (13,79)	28,17 (16,12)	0,048
Resolución de problemas	10,67 (7,1)	12,89 (4,7)	13,29 (5,84)	0,14
Autocrítica	5,82 (5,48)	8,78 (7,08)	5,29 (6)	0,12
Expresión emocional	7,8 (6,32)	11,35 (4,99)	10,97 (8,1)	0,06
Pensamiento desiderativo	9,39 (6,85)	14,47 (5,36)	10,44 (6,14)	0,02
Apoyo social	7,89 (6,39)	7,65 (7,02)	11,06 (5,84)	0,06
Reestructuración cognitiva	9,2 (5,51)	10,76 (4,92)	10,63 (5,41)	0,43
Evitación de problemas	7,51 (5,03)	9,23 (3,54)	7,86 (3,65)	0,47
Retirada Social	8,27 (5,28)	8,82 (3,86)	5,66 (4,73)	0,06

DS: Desviación estándar

Fuente: Cálculos propios

Dado que el resultado del análisis de varianza fue significativo, se realizó la prueba de comparaciones múltiples. Se observó para la escala afrontamiento pasivo del estrés diferencias significativas $p(0,046)$, entre los estudiantes del tercer y quinto semestre, donde el puntaje promedio del tercer semestre se ubicó en 39,65 puntos, siendo estadísticamente superior al promedio presentado por los alumnos del quinto semestre que fue de 28,17 puntos, obteniendo una diferencia de medias de $\pm 11,47$ puntos. Por otra parte se evidenció diferencias significativas $p(0,02)$ en la subescala pensamiento desiderativo entre los estudiantes del primer y tercer semestre, donde la diferencia de medias obtenidas fue de $\pm 5,08$ puntos, el promedio de los estudiantes del primer semestre fue de 9,39 puntos y es estadísticamente inferior a los del tercer semestre, cuyo valor es 14,47 puntos. (ver Tabla N° XVIII)

Tabla N° XVIII.

**Comparación múltiple de las escalas y subescalas de afrontamiento
Facultad de Medicina. ULA 2012**

HSD de Tukey				
Escalas / Subescalas	(I) Semestre	(J) Semestre	Diferencia de medias (I-J)	p
Afrontamiento pasivo del estrés	I ^o	III ^o	-6,62	0,34
	I ^o	V ^o	4,85	0,41
	III ^o	I ^o	6,62	0,34
	III ^o	V ^o	11,47 (*)	0,046
	V ^o	I ^o	-4,8	0,41
	V ^o	III ^o	-11,47 (*)	0,046
Pensamiento desiderativo	I ^o	III ^o	-5,08 (*)	0,02
	I ^o	V ^o	-1,06	0,74
	III ^o	I ^o	5,08 (*)	0,02
	III ^o	V ^o	4,03	0,09
	V ^o	I ^o	1,06	0,74
	V ^o	III ^o	-4,03	0,09

(*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Fuente: Cálculos propios.

IV. 5. Comparación del afrontamiento con el test de Golberg en el Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud de la ULA

Se estudió la posible existencia de diferencias significativas en los promedios de los puntajes de las escalas y subescalas de afrontamiento en los resultados del test de Golberg (positivo y negativo). Para la escala afrontamiento pasivo del estrés se observó diferencias significativas ($p < 0,001$), donde los estudiantes con test positivo de Golberg mostraron un promedio de 42,55 puntos, muy superior a los que presentaron test negativo con un promedio de 29,04 puntos. Así mismo, en las subescalas autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social mostraron diferencias significativas

($p < 0,001$) para cada una, subescalas que forman parte de la escala afrontamiento pasivo del estrés. Al observar los valores promedios se tiene que los estudiantes con test positivo presentan valores más altos para estas subescalas con respecto a quienes presentaron un test negativo. (Ver Tabla N° XIX)

Tabla N° XIX.

**Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por test de Golberg. Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud (TSUES)
Facultad de Medicina. ULA 2012**

Escalas / Subescalas	Test de GOLDBERG		p
	Positivo Media (DS)	Negativo Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	43,41 (14,35)	43,16 (19,96)	0,96
Afrontamiento pasivo del estrés	42,55 (13,82)	29,04 (15,9)	<0,001
Resolución de problemas	11,81 (5,6)	12,14 (6,62)	0,82
Autocrítica	9,56 (6,95)	4,91 (5,21)	0,00
Expresión emocional	11,24 (5,5)	9,01 (7,36)	0,17
Pensamiento desiderativo	14,04 (5,63)	9,5 (6,47)	<0,001
Apoyo social	8,88 (6,36)	9,04 (6,51)	0,91
Reestructuración cognitiva	9,92 (5,02)	10,07 (5,51)	0,90
Evitación de problemas	7,84 (3,82)	7,95 (4,51)	0,93
Retirada Social	10,55 (4,5)	6,3 (4,68)	<0,001

Nota: (DS): Desviación Estándar

Fuente: Cálculos propios

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A pesar de haber intentado una revisión extensa de trabajos en el área objeto de este estudio, no se encontró alguno realizado en estudiantes de Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud (TSUES), por lo que muchas de las comparaciones se hacen con trabajos similares para otras carreras de Ciencias de la Salud.

V. 1. Evaluación de las Características Socio-demográficas

Esta investigación se ha centrado en identificar de manera global, en primer lugar las características socio-demográficas de la población estudiada, en segundo lugar exploramos las posibles situaciones conflictivas en su vida diaria que fuesen percibidas como estresantes y en tercer lugar, las estrategias de afrontamiento que utilizan ante estas situaciones.

La población correspondiente a estudiantes en los tres centros geográficos del programa de TSUES de la Universidad de Los Andes: Mérida, Valera y Barinas, en cifras absolutas fue de 45 ± 10 cursantes en cada núcleo, de los cuales el 43,75% corresponden al primer semestre, porcentaje que disminuye a 19,44% en el curso del tercer semestre.

Esta situación nos indica que existe una deserción importante, probablemente debido a dificultades de adaptación a la nueva vida universitaria, a las exigencias académicas de la carrera por el mayor contenido teórico de las materias, a dificultades en las relaciones familiares o interpersonales, a problemas económicos, de salud, o quizás descubrieron que se equivocaron de carrera. Hay otro factor que podría estar influyendo en este comportamiento y es el hecho de que muchas veces los jóvenes comienzan una carrera corta por no haber podido lograr los índices académicos necesarios para entrar a una carrera como Medicina, Nutrición o Enfermería y se inscriben en una carrera corta, con la esperanza de poder hacer luego un traslado o una equivalencia a alguna de las ya mencionadas. Lo que no es fácil explicar es el repunte numérico de cursantes en el quinto semestre y que podría estar influenciado por los tamaños de las cohortes de entrada en años

anteriores o a un represamiento debido a repitencia dada la complejidad *in crescendo* que muestra la carrera y la dificultades para iniciar el semestre final de práctica profesional.

En cuanto a la distribución según sexo, es notorio el predominio del femenino con el 86,11% del total de la población estudiada para solo el 13,89% del sexo masculino. Este programa se ha considerado casi desde su creación, un trabajo para mujeres, quizás por lo metódico y en casos hasta rutinario que suponen las tareas que implica el día a día, que se asocia a la casi bíblica conducta femenina, pero es una constante en las carreras de Ciencias de la Salud especialmente en los últimos 20 años.

Este proceso de feminización de las carreras de Ciencias de la Salud se ha descrito en muchas universidades del mundo, así como en el resto de carreras de nuestra Universidad de Los Andes y se observa en el personal de los centros de atención de salud, donde el predominio apunta hacia el género femenino, posiblemente porque cultural y socialmente ella sea mejor aceptada en ese rol que el género masculino. Resultados similares reportan muchos de los estudios realizados, como el de Al Nacer-Naser y Sandman (2000), Vázquez y Perera (2007), Pereira, C (2011), Arias, C (2011) elaborados en la ULA estos dos últimos.

En relación a la distribución por grupos de edad, nuestra población difiere de lo más frecuentemente reportado porque el 29.08% está entre 17 y 20 años, mientras que el 31.21% está entre 21-24 años, y el restante 39.71% es de 25 años y más, en donde encontramos estudiantes con edades alrededor de los 40 años. Esta conducta puede estar influenciada por el hecho que, dada la modalidad a distancia que se cumple en los núcleos de Valera y Barinas, no es infrecuente que muchos de los alumnos sean auxiliares de Archivos Médicos que buscan en la profesionalización una mejoría en su estatus laboral, económico y hasta social y por tanto, son personas en quienes se supone un empeño de superación hacia el logro de nuevas metas.

No es de extrañar que el estatus civil de soltero predomine en más de la mitad de los cursantes, lo que contrasta con la paternidad manifestada por casi el 50% de los encuestados. Sin embargo, casi la totalidad de los cursantes vive con algún familiar (90,14%) y el 81,30% no está becado, por lo que podríamos intuir las dificultades económicas que obligan a trabajar al 58,04% de los estudiantes, lo que indudablemente incrementará las dificultades para el logro de la meta estudiantil.

Estos resultados nos permiten afirmar que se cumplió con el logro del primer objetivo específico:

1. Identificar las características socio-demográficas de los estudiantes del TSUES de la ULA.

V. 2. Evaluación de la Salud Mental

La evaluación la salud mental de nuestra población mediante la Prueba de Golberg nos dio como resultados que la proporción de test HGQ-28 positivos no son iguales para los distintos semestres $p(0,049)$. El hallazgo de una proporción mayor de casos positivos de Golberg -39,29%- en el tercer semestre, 25,4% en el primer semestre y 15,09% en el quinto semestre, coincide con lo encontrado en el estudio realizado por Pereira C. (2011) en la Facultad de Odontología de la ULA, donde pareciera que el avance en los estudios aumenta la complejidad y los niveles de exigencia. Estos hallazgos también podrían explicar la deserción escolar analizada en los párrafos anteriores sobre las características socio demográficas.

Por otra parte, a pesar de la importante presencia del sexo femenino, no se observó relación significativa entre el sexo y el test de Golberg, como nos muestra el Gráfico N° 1. Vale la pena señalar que, en hombres y mujeres que cursan el tercer semestre de la carrera se apreció el mayor porcentaje de test de Golberg positivos con 50% y 38,46% respectivamente, mientras que para el primer semestre los test positivos fueron de 11,11% (hombres) y 27,78%

(mujeres), y para el quinto semestre 22,22% (hombres) y 13,64% (mujeres), todo lo cual nos mantiene el criterio de que a mitad de la carrera se generan factores estresantes que se evidencian en el Test HGQ-28 plus.

En relación al estado civil se agruparon los casados o en unión libre y los solteros, ya que estos conformaban grupos más equilibrados para la comparación, mas no se encontró relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el test de Golberg. En efecto, los estudiantes del tercer semestre casados o en unión libre presentaron un test positivo de Golberg de 33,33%, cifra muy cercana al 31,58% de los solteros. Igualmente, en los estudiantes del primer semestre el 23,81% de los casados o en unión libre y el 27,50% de los solteros obtuvieron test positivo. Por último los estudiantes del quinto semestre mostraron test positivo para el 14,29% de los casados o en unión libre y el 17,24% de los solteros. Sin embargo, podríamos pensar que, aunque no es muy importante la diferencia entre los diferentes grupos por semestre, la condición de casado o en unión libre pareciera propiciar una discreta condición de mejor salud mental que en los solteros.

Parece existir una relación entre la edad y la proporción de test positivos de Golberg en los distintos semestres de la carrera. Los resultados señalan que la positividad del test de Golberg no es igual para los distintos semestres de la carrera en alumnos con edades entre los 17 y 20 años, donde el 60% de los estudiantes del tercer semestre presentaron test positivo, contrapuesto a los del primer y quinto semestre que mostraron positividad de 17,39% y 12,50% respectivamente $p(0,024)$. No se encontró diferencias en las proporciones del test positivo en los grupos de edad 21 a 24 años ni en los de 25 y más años. Esto nos habla de cómo la adolescencia es más susceptible al estrés que genera el enfrentar una carrera universitaria.

Como ya se ha señalado, el test de Golberg comprende cuatro subescalas (1.- Síntomas somáticos, 2.- Ansiedad-insomnio, 3.- Disfunción social y 4.- Depresión) Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas en las puntuaciones promedios con $p(0,02)$ y $p(0,01)$ en las subescalas ansiedad-insomnio y disfunción social respectivamente. El

resultado anterior permite concluir que existen diferencias en los puntajes promedios de las subescalas ansiedad-insomnio y disfunción social en los distintos semestres de la carrera del TSUES. Sin embargo, para encontrar las diferencias de las medias en los diferentes semestres se empleó a posteriori la prueba de Tukey que permite realizar comparaciones múltiples pareadas de las medias de los distintos semestres de la carrera con nivel de significación de 0,05, observándose que para el tercer y quinto semestres hubo diferencias significativas $p(0,047)$ para la subescala ansiedad-insomnio, donde los alumnos del tercer semestre presentaron un puntaje promedio de 1,82 y los del quinto 0,79, obteniéndose una diferencia de $\pm 1,03$. Por otra parte, en la subescala disfunción social se observaron diferencias significativas entre el tercer (0,86 puntos) y primer (0,37 puntos) semestres $p(0,023)$, cuya diferencia de medias es de $\pm 0,49$ puntos. Así mismo, se observaron diferencias significativas entre el tercer (0,86 puntos) y quinto (0,30 puntos) semestres, con medias de $\pm 0,56$ puntos. Estos resultados nos permiten afirmar que se alcanzó el segundo objetivo planteado al proponernos detectar problemas de salud mental entre nuestro grupo de estudio.

El estudio de la variable necesidad de ayuda psicológica y/o psiquiátrica antes o a lo largo de la carrera, mostró unos resultados no significativos. Sin embargo, al ser consultados si en la actualidad necesitan algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica se encontraron diferencias significativas en las respuestas de los estudiantes en los distintos semestres $p(0,01)$, donde el 40,74% de los estudiantes del tercer semestre manifestaron tener la necesidad de ayuda psicológica y/o psiquiátrica, en contraste con el 15% y 13,21% de los estudiantes del primer y quinto semestre.

En relación a las razones por las cuales pudiera necesitar la ayuda psicológica y/o psiquiátrica, se observó asociación entre los problemas económicos y los semestres de la carrera $p(0,04)$, donde el 15,38% de los estudiantes del primer semestre manifestaron problemas económicos, en contraposición con el 5% del tercer semestre y el 0% del quinto semestre quienes no manifestaron este tipo de problema. Para el resto de las razones consideradas no se observaron relaciones.

Sobre la asociación entre los factores que pudieran afectar la calidad de vida y los semestres de la carrera del TSUES, hubo resultados significativos entre el cambio de domicilio y el semestre de la carrera. Así, el 20,45% de los estudiantes del quinto semestre manifestó que el cambio de domicilio afectó bastante o mucho su calidad de vida $p(0,006)$. La proporción encontrada en los alumnos del primer y tercer semestres fue más baja, pues solo se encontró asociación significativa de 8,69% en los del primer semestre y 9,10% en los del tercer semestre.

Por otra parte se observó asociación entre la relación estudiante y profesores con el semestre de la carrera $p(0,002)$, donde el 54,55% de los estudiantes del tercer semestre manifestaron verse afectados bastante o mucho en su calidad de vida por la relación con los profesores. Para los estudiantes del primer año ésta afectación fue del 36,95% y para los del quinto semestre de 6,82%.

Respecto a la posible modificación o continuidad de las actividades y aficiones que realizaban antes de iniciar las carreras, no se observó relación alguna con el semestre de estudio. Sin embargo, cabe señalar que la gran mayoría de los estudiantes del primer (84,21%), tercer (64,88%) y quinto (62%) semestre declararon no haber continuado con sus actividades y aficiones o que solo mantuvieron alguna de ellas.

En relación a la satisfacción de los estudiantes de los distintos semestres con sus compañeros, profesores y personal administrativo y de servicio no se observó ninguna asociación. Cabe destacar que entre el 75% al 88% de los estudiantes de los distintos semestres manifestaron bastante o mucha satisfacción con sus compañeros y profesores, más no así con el personal administrativo y de servicios donde esta satisfacción se ubicó entre el 51,02% y 56,87%.

Los estudiantes fueron consultados sobre sus expectativas y lo encontrado en la carrera del TSUES, valorando en una escala de 1 (nada) a 4

(mucho) diferentes aspectos. Los resultados son muy similares para los distintos semestres, siendo que en las puntuaciones más altas que oscilan entre tres y cuatro, destacan los aspectos de desarrollo personal, capacidad profesional, actitud humanitaria, relaciones sociales, autoconocimiento y habilidades (práctica), mientras que los de más baja puntuación, que fluctuaron entre 1,83 y 2,52 correspondieron a dificultad, competitividad, falta de tiempo y presión académica. Es importante señalar que al observar el comportamiento de las puntuaciones de lo que esperaba el estudiante de la carrera elegida y lo que ha encontrado en ella, se observó que sus expectativas superaban lo encontrado en la carrera.

En relación con el grado de consumo personal de algunas sustancias, se debe destacar que los resultados obtenidos fueron muy parecidos para los distintos semestres, donde prevaleció el consumo de café, infusiones y/o refrescos estimulantes, bebidas alcohólicas de baja graduación, cacao y sucedáneos y hasta bebidas alcohólicas de alta graduación.

Todos estos resultados nos permiten afirmar que se cumplió con lo planteado en los objetivos específicos segundo y tercero a saber:

2. Evaluar la Salud Mental de los estudiantes mediante instrumentos que detecten problemas de nueva aparición e identificar problemas crónicos.

3. Relacionar las variables socio-demográficas con los resultados cualitativos del cuestionario de salud general de Goldberg -GHQ28 plus.

V. 3. Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento

Los resultados obtenidos al evaluar el Test de Afrontamiento mostraron diferencias significativas en los distintos semestres de la carrera en los promedios del puntaje de la escala del afrontamiento pasivo del estrés $p(0,048)$ y en la subescala de pensamiento desiderativo $p(0,02)$.

Dado que el resultado del análisis de varianza fue significativo, se realizó la prueba de comparaciones múltiples pareadas y se observó diferencias significativas para la escala afrontamiento pasivo del estrés entre los estudiantes del tercer y quinto semestre $p(0,046)$. El puntaje promedio del tercer semestre se ubicó en 39,65 puntos, siendo estadísticamente superior al promedio presentado por los del quinto semestre que fue de 28,17 puntos, obteniendo una diferencia de medias de $\pm 11,47$ puntos. Por otra parte se evidenció diferencias significativas en la subescala pensamiento desiderativo entre los estudiantes del primer y tercer semestre $p(0,02)$. La diferencia de medias obtenidas fue de $\pm 5,08$ puntos, el promedio de los estudiantes del primer semestre fue de 9,39 puntos, lo que es estadísticamente inferior a los del tercer semestre cuyo valor fue de 14,47 puntos.

Para la escala afrontamiento pasivo del estrés se observaron diferencias significativas $p(0,001)$, donde los estudiantes con test positivo de Golberg mostraron un promedio de 42,55 puntos, lo que es superior a los que presentaron test negativo cuyo promedio fue de 29,04 puntos. De igual modo, en las subescalas autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social hubo diferencias significativas $p(0,001)$ para cada una. Estas subescalas forman parte de la escala afrontamiento pasivo del estrés y al observar los valores promedios se tiene que los estudiantes con test GHQ 28 positivo presentaron valores más altos para estas subescalas con respecto a quienes presentaron un test GHQ 28 negativo.

En cuanto al afrontamiento identificado de manera global, las estrategias clasificadas como escalas primarias ponen de manifiesto que la mayoría de los estudiantes aplican un manejo directo y responsable de los problemas, ya

que ponen en práctica principalmente las estrategias de resolución de problemas, (estrategia conductual) encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce y la reestructuración cognitiva, (estrategia cognitiva) ambas dirigidas al análisis de la situación estresante modificando el significado de la situación estresante y desarrollando sistemáticamente actividades para solucionarlas.

La superación de estas situaciones da lugar a un aumento en la capacidad de ajuste del sujeto y a una autoevaluación en el sentido de la eficacia. También se observa, la inclinación de los estudiantes a compartir los problemas, aplicando la estrategia de apoyo social, solicitando la ayuda de terceros, acudiendo a familiares, compañeros o amigos y amortiguando así sus efectos. De igual manera, utilizan estrategias encaminadas a liberar las emociones como lo es la expresión emocional, las cuales están encaminadas a liberar las emociones. En contraposición, un grupo menor de estudiantes se observan calificándose como culpables o responsables de sus dificultades, adoptando una actitud crítica frente a los problemas, lo cual se refleja con la puesta en práctica de estrategias como: retirada social, (aislamiento de personas significativas), autocrítica (autoinculpación) y pensamiento desiderativo, (deseando que la realidad no fuera estresante), siendo la evitación de problemas, la estrategia menos utilizada. En resumen, se identifican en los estudiantes estrategias de afrontamiento que promueven estados más satisfactorios de bienestar, lo cual es coincidente con varios resultados encontrados en la literatura como lo señala Cornejo y Lucero (2005), Fernández et al. (2007) y Perea y Sánchez (2008).

En relación a las escalas secundarias de estrategias de afrontamiento, se puede afirmar en forma general que los estudiantes manejan adecuadamente las estrategias tanto centradas en el problema como en la emoción. Esto implica un esfuerzo activo y adaptativo de los estudiantes hacia su entorno social y personal, dando respuestas concretas a situaciones difíciles del convivir diario, lo que significa que, a pesar de las preocupaciones ligadas a las dificultades que les toca enfrentar, ellos son productivos, analizan las causas y buscan las posibles soluciones, (Canessa, 2000). Estos resultados

concuerdan con estudios anteriores como el de Ballester et al (2006), donde demuestran además, que los alumnos que sienten que sus capacidades intelectuales y sus características personales son valoradas por sus familiares cercanos, compañeros, profesores y por ellos mismos, son los que mejor afrontan las dificultades, adaptando estilos adecuados y eficaces. Sin embargo, los resultados difieren de los hallazgos de otras investigaciones. Jiménez e Ivonne, (2006) demostraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los estudiantes fueron “preocuparse” y “buscar diversiones relajantes”, clasificadas como inadecuadas centradas en la emoción. Probablemente en este resultado influya significativamente la edad, ya ellos estudiaron adolescentes con edades entre 12 y 16 años. De igual manera, se revisaron los resultados obtenidos por Alterio, et al. (2002), donde concluyen que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los estudiantes de postgrado de Ciencias de la Salud fueron las clasificadas como inadecuadas centradas en la emoción tales como dormir y tomar café, por lo que recomendaron la necesidad de que a los estudiantes pudieran solicitar asesoramiento profesional a fin de internalizar la importancia del reconocimiento de los síntomas de fatiga, factores condicionantes y técnicas eficaces de afrontamiento del estrés.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

El estudio sobre Salud Mental y Estrategias de Afrontamiento en estudiantes del Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud, de la Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. 2011, permite concluir con gran satisfacción que:

1. Se confirma la hipótesis propuesta, porque la presencia de afectación de la salud mental influye en la actitud de afrontamiento de los estudiantes de Técnicos Superiores Universitarios en Estadística de Salud
2. Se trata fundamentalmente de estudiantes del sexo femenino y con un amplio rango de edad que va desde adolescentes entre los 17 a 20 años hasta individuos con edades rodeando los 40 años.
3. Se observó una matrícula más alta en el primer semestre, la cual disminuye notablemente a mitad de la carrera, en el tercer semestre para aumentar discretamente al final de la carrera.
4. A pesar de la importante presencia del sexo femenino, no se observó relación entre el sexo y el test de Golberg, sin embargo, para los hombres y mujeres que cursan el tercer semestre de la carrera se apreció el mayor porcentaje de test de Golberg positivos.
5. Las preocupaciones vitales que le generan estrés a los estudiantes básicamente son los referidos a problemas familiares, relaciones de pareja, problemas económicos, rendimiento académico e inconformidad con la carrera, reflejando situaciones que pudieran afectar física y emocionalmente su vida cotidiana y por tanto su desempeño académico.

6. De manera global, las estrategias de afrontamiento primarias más utilizadas por los estudiantes ante situaciones estresantes en su vida cotidiana fueron; Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, reflejando capacidad, con conductas y acciones que intentan modificar o remediar la situación estresante. En contraposición, un grupo menor de estudiantes demostraron cierta incapacidad para manejar las demandas, utilizando estrategias como; retirada social, autocrítica y pensamiento desiderativo. La evitación de problemas es la estrategia menos utilizada.

7. De la misma manera, los resultados son consistentes ya que describen a la mayoría de los estudiantes con manejo adecuado de las estrategias de afrontamiento, tanto centrada en el problema como centrada en las emociones. En contraposición del grupo minoritario que maneja inadecuadamente las estrategias de afrontamiento.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

Consideramos una responsabilidad como educadores, continuar investigaciones sobre ésta temática y de acuerdo con sus resultados se diseñen e implementen programas de promoción de estilos de vida saludable en el ámbito educativo, con énfasis en la salud mental y estrategias de afrontamiento de manera que se contribuya a la prevención de factores de riesgo, al mejoramiento del bienestar, salud mental y calidad de vida de los estudiantes.

Como futuras líneas de investigación se consideran de especial relevancia el estudio de las preocupaciones vitales de los estudiantes, del estrés, y del grado de perturbación producido en el ámbito universitario y en otros contextos, tales como el familiar, las relaciones con los iguales y sobre todo con la pareja, correlacionándolo con las estrategias de afrontamiento y su efecto en la vida académica.

Es importante reorientar las investigaciones futuras, ya que sin dejar los estudios de las familias disfuncionales y de los motivos de sus fracasos, se debe abordar y reforzar el estudio de las familias de buen funcionamiento y los factores de su éxito, sobre todo frente a la adversidad.

La misión que debe tener la universidad aparte de ofrecer al estudiante una calidad de enseñanza, es fomentar el desarrollo de una personalidad positiva en él, humanizando los estudios inculcando; valores, desarrollar las habilidades personales, comunicación, adaptabilidad y respuestas creativas frente a las dificultades y obstáculos, motivación hacia las metas, efectividad personal, trabajo en equipo, negociación de desacuerdos y capacidad de liderazgo. Por lo tanto, la universidad debe proporcionar al estudiante universitario, metas hacia su desarrollo profesional y personal para el futuro.

Reflexión final

Este trabajo quiere rendir tributo a todos los que nos enseñaron que la historia nos recuerda el camino transcurrido por los siglos y nos señala la ruta que debemos mantener, esa historia que se ha sustentado en los registros que médicos, religiosos, cronistas e historiadores han hecho de casos de patología individual y de las pestes que asolaron a muchas sociedades y que hoy nos enseñan lecciones que quedaron registradas en documentos sin los cuales se hubiese perdido toda la sabiduría e información contenidos en ellos, información que hoy depende de la experticia de unos profesionales, miembros fundamentales del equipo de salud y garantes de la fiabilidad de la Estadística de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón V, J et al (2007) *Curso de Epidemiología*. Perú, UNMSM. Disponible en: www.epiredperu.net/epired/cursos/epidemiología.

Al Nakeeb, Z. (2000) *Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios*. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Universidad Autónoma de Madrid. En: www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV

Alejano, A. y Cols.(1998) *Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios*. Disponible en:

<http://www.psicologíapositiva.com/Psicologiapos.pdf>

Alterio, A., Gianfranco H., Ramos, I., Pérez, H. (2002) *Niveles de estrés laboral, factores condicionantes y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de postgrado*. Decanato de Medicina. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Venezuela. Bol.méd. 18(4):160-171. Base de datos: LILACS.

Alonso G, Juan C. (2004) , *La Psicología Analítica de Jung y sus aportes a la Psicoterapia*. Revista Universitas Psychologica, Facultad de Psicología Pontificia, Universidad Javeriana, Vol. 3, No. 1 (enero-junio), pp. 55-70. Bogotá. Colombia

Alvarado, Lisandro. (1945). *Datos Etnográficos de Venezuela*. Ediciones de la Biblioteca Venezolana de la Cultura. Caracas. Venezuela

Arbuthnot, John. (1915). *Philosophical Transactions*. Disponible en: www-history.mcs.st-and.ac.uk/.../Arbuthnot.html.

- Archila, Ricardo.(1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela*. Tomos I y II. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Imprenta Nacional. Caracas. Venezuela
- Archila, Ricardo. (1949) *Historia antigua de la viruela en Venezuela*. Revista San Asís. Soc. XIV, 5-6. Caracas. Venezuela
- Arias, C., (2011). *La Sensibilidad Emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de Ayuda Psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis*. Universidad de Los Andes. Intervenciones Terapéuticas. Trabajo para optar al grado de Doctor. Universidad Autónoma de Madrid.
- Aristóteles. En: Díaz, J. (1974) *Historia de la Medicina en la Antigüedad*. Ediciones del Rectorado. Mérida-Venezuela.
- Avilán Rovira, J.M. (2008). *Editorial: El Boletín Epidemiológico Semanal*. Acad. Nacional de Medicina. Gaceta Médica de Caracas. Vol. 116, N°1, marzo 2008
- Ballester, L., March, M., Orte, C. (2006) *Autoconcepto, estilos de afrontamiento y conducta del alumnado universitario*. Universitat de les Illes Balears (UIB). Revista de ciencias sociales. Abril n° 27. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/brage>. Pdf
- Beers, C. (1937) *A mind that found itself*. New York: Doubleday, Draw & Co.
- Benavente, SB y Cols. (2006). *Nivel de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes de la Facultad de Enfermería– UNAS Arequipa*. Enfermería Global. Revista electrónica ISSN 1695-6 N° 19. Disponible en: www.um.es/eglobal. Junio 2010.

Berrios, F. (2005) *Nivel de vulnerabilidad frente al estrés y mecanismos de afrontamiento en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería. Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica. Disponible en: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/berrios_gf/pdf/berriosgf.pdf

Briceño-Iragorry Mario. (1952). *Orígenes de la Sanidad Pública*. en: Revista Crónica de Caracas, N° 10. Caracas, Venezuela

Briones (2008). *El proceso de la Investigación Científica* (6ª. ed.). México: Limusa.

Burguera, Magaly, (1982). *Historia del Estado Mérida*. Ediciones de la Presidencia de la República. Caracas, Venezuela.

Cano A, Tobal J.(2001) *Emociones y salud. Ansiedad y estrés*. 2001;7 Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/8652/>

Cano, F., Rodríguez, L., García, J. (2007) *Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Actas Española Psiquiátrica. 35 (1): 29-39

Castaño, E. y Cols.(2010) *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 2, pp. 245-25 Universidad de Extremadura, España.

Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Clarac de Briceño, J (1981) *Dioses en exilio*. Universidad de Los Andes. Ediciones del Vicerrectorado Académico. Mérida, Venezuela.

Clark Duncan W, MacMahon B. (1967) *Preventive Medicine*, J & A. Churchill Ltd, London.

Castaño, E. y Cols.(2010) *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10, 2, pp. 245-25 Universidad de Extremadura, España. En:
<http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Disponible en:
<http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>

Cornejo, M y Lucero, M (2005) *Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionados con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento*. Fundamentos de Humanidades. Universidad Nacional de San Luis. Año VI n° 2. 141-153.

Díaz González, Joaquín.(1974). *Historia de la Medicina en la Antigüedad*. Universidad de los Andes. Ediciones del Rectorado. Mérida, Venezuela.

Falcó P, Anna. (2004)*La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería*. Educación Médica; Vol. 7, Número 1, Enero-Marzo. Barcelona. España

Feldman, Lya et al. (2008). *Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos*. Univ. Psychol. Vol7n. 3):739-751 Disponible en:
<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000300011&lng=es&nrm=iso

Fernández-Abascal, E. G., (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. Cit. en: Fernández-Abascal E. G., *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid. Edit. Pirámide S.A.

Fernández, M., Contini, N., Ongarato, P., Saavedra, E., De la Iglesia, G. (2007) *Estrategias de Afrontamiento frente a problemas académicos en estudiantes medios y universitarios*. Universitas Psicológica, ISSN 1657-9267. Revista de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Frank, Johann Peter. *Un Sistema Completo de Policía Médica*. 18 tomos publicados entre 1779 y 1617. Citado en: Archila, Ricardo.(1956) Historia de la Sanidad en Venezuela. Tomo I. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) Imprenta Nacional. Caracas, Venezuela.

Freitez de Sardi, N. (1999) *Plan curricular de la carrera de Técnico Superior Universitario en Inspección de Salud Pública*. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Freitez de Sardi, N. (2.001). *Evolución de los conceptos de Salud*. Concepto de Salud Pública. Mimeografiado. Cátedra de Salud Pública. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

García V. C. (1999). *Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg*. Adaptación cubana. Revista Cubana de Medicina General Integral; 15 (1):88-97. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.htm.

Girdano, D y Everly, G.S. (1986) *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Goldberg, D.P (1972) *The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London. Oxford University Press. Inglaterra.
- Goldberg, D.P y Hillier, V.F (1979) *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychological Medicine. 9:139-145.
- González, R., González, P., Freire, C. (2009) *El afrontamiento del estrés en estudiantes de ciencias de la salud. Diferencias entre hombres y mujeres*. Aula abierta. Vol. 37 N° 2
- Guerrero L., y León A. (2008) *Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica*. Fermentum Año 18 - N° 53.Sept-Dic.Mérida, Venezuela - ISSN 0798-3069 - 2
- Gumilla, Joseph.(1731). *El Orinoco ilustrado y defendido. Historia natural, civil y geográfica de este gran río y de sus caudalosas vertientes*. Versión francesa, 1758. En: Academia Nacional de la Historia (1963) Fuentes para la Historia Colonial de Venezuela, N° 68, Caracas, Venezuela.
- Gumilla, José. *Tribus indígenas del Orinoco*. Publicado en: Instituto Nacional de Cooperación Educativa (I.N.C.E.), 1968.Caracas, Venezuela.
- Gutiérrez Alfaro, P.A. y Archila, R. (1955). *La Obstetricia en Venezuela*. 1 Vol., Caracas, Venezuela.
- Goldberg, D., Williams, P. (1996) *Cuestionario de salud general (GHQ)*. Ed. Masson.
- Gotlib, I. (1984) *Depression and General Psychopathology in University Students*. Journal of Abnormal Psychology, 93 (1):1930.

- Holroyd, K y Lazarus, R. (1982). *Stress, coping and somatic adaptation*. En: L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 21-35) New York: Free Press. Go
- Henry, M. y Cols. (1989) *Estudio Psicopatológico Comparativo en Estudiantes Universitarios*. *Actas Luso-Esp. Neurológica Psiquiatras*, 17 (6):373-376,
- Hernández, E. Cerezo G. y López, M. (2007). *Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras*. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social* 2007; 15 (3): 161-166.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación*. (5ª. Ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Herreros Rodríguez, O., González, MP., Portilla, G., Pérez de Albéniz Del Val, C.E., Bousoño García, M., Bobes García, J. (1996) *Calidad de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud*. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Oviedo. *An. Psiquiatría (Madrid)* Vol. 12. N, 04.pp. 141-148.
- Jiménez, A., Ivonne A. (2006). *Correlación entre percepción de estresores, estrategias de afrontamiento y estrés en jóvenes*. Biblioteca virtual en salud. Pesquisa en base de datos LILACS.
- Jiménez. y Cols. (2012). *Relación entre el estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento*. *Anales de psicología* 2012, vol. 28, nº 1 (enero), 28-36. Murcia, España. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/140492/126582>
- Kamel V, Fayad. (1970). *Estadística Médica y de Salud Pública*. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Kliksberg, Bernardo (2003) *Hacia una economía con rostro humano*. OPSU. LUZ. Venezuela.

Lazarus, R y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.(Original de 1984)

Lacoste, Yves. (1962)*Los países subdesarrollados*. EUDEBA. Buenos Aires.

López Contreras Eleazar, *Alocución Presidencial*. 21-02-1936. En: Uslar Pietri, Arturo. (1981). *Cuéntame a Venezuela*. Publicaciones Españolas, S.A., pp 408-410.

López Piñero, José M.(1979). *La nueva medicina: Vesalio y Harvey*. En: El Pensamiento. Tomo V Universitas. Edit. Salvat. Barcelona. España.

Lloyd C. y Cols.(1984).*Psychiatric Symptoms in Medical Students*. *Comprehensive Psychiatric*,25:552-565.

MacMahon Brian. (1967). *Preventive Medicine*. Boston: Little, Brown and Co.

McLaughlin, Martin M. (ed.). Praeger, New York, (1979). *Overseas Development Council. The Unites States and World Development*. cit. en: *Salud, una estrategia para el cambio*. Mario M. Chaves. (1982) Fondo Editorial FEPAFEM.

Martín, I. (2007). *Estrés Académico en estudiantes universitarios*. Apuntes de Psicología. Vol. 25 No 1. pp 87-99.

Morales, F. (2010).Tesis Doctoral: *Estudio de Salud Mental en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo*. Valencia, Venezuela.

Navarro, V et al. (2006) *Politic and health outcome*. *Lancet*, 368: 1033-37.

Navarro, V. (2001).*The political economy of social unequalities. Consequences for health and quality of life* .Baywood, Amityville, NY.

Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano-OIDH. *Informe sobre el desarrollo humano 2000*. Glosario de derechos humanos y desarrollo humano.

Organización Mundial de la Salud -OMS. (1948). *Official Records of the World Health Organization*, N° 2. Ginebra. Suiza.

Organización Mundial de la Salud -OMS.(1978). *Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud*. Alma-Atá. Kazajstán. URSS.

Organización Mundial de la Salud-OMS.(1997). *Declaración de Jakarta. Nuevos actores para tiempos nuevos: la promoción de la salud hacia el siglo XXI*. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Jakarta, Indonesia, 21–25 de julio de 1997.

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2009). *La Enseñanza de la Psiquiatría y la Higiene Mental a los Estudiantes de Medicina*. IX Informe del Comité de Expertos en Salud Mental.

Pardo, Juan Bautista. (1817) *Instrucciones para la dirección, buen orden, régimen y gobierno de los jueces y los pueblos del distrito de estas provincias*. Gaceta de Caracas, N° 156. En: Archila, Ricardo. (1956) *Historia de la Sanidad en Venezuela*. Tomo I. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Imprenta Nacional. Caracas, Venezuela.

Perales A, Sogi C y Morales R. (2003) *Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas*. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 64, (4): 239 – 246.

- Perea, J y Sánchez, L. (2008) *Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral*. Index Enferm 17(3) 164-168.
Consultado en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- Pereira, A. (2011). *Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología en situación de alta y baja exigencia académica en la Universidad de Los Andes de Venezuela*. Tesis Doctoral presentada a la Universidad Autónoma de Madrid.
- Platón. *La República*. Cit en: Guerrero, Luís y León, Aníbal (2008) Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. FERMENTUM. Mérida-Venezuela-Año 18-No 53.
- Polo A, Hernández, JM., Poza C. (1996) Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. Universidad Autónoma de Madrid.2,2, 159-174. http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf
- Poveda de Agustín, José M. (1981) *Locura y Creatividad*. Madrid-España: Editorial Alhambra, S.A.
- Poveda de Agustín, Jesús y Cols. (2010) *Con la vida en los talones*, Editorial Espasa-Calpe, Madrid.
- Pozo (2001). *Aprendizajes y maestros. La nueva cultura del aprendizaje*. Alianza Editorial, S.A. Madrid, España.
- Perkins, William Harvey.(1938). *Cause and prevention of disease*. Lea and Febiger, Filadelfia. USA. Citado en: Vega Franco, L y García Manzanedo, H. (1976) Bases esenciales de la Salud Pública. La Prensa Médica Mexicana.

- Real Jiménez, G. (1977) *La Salud Mental como elemento del Desarrollo Social*. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Fac. de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. Mimiografiado.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD. (1989.) *Bases para una estrategia y un programa de acción regional: Declaración de la Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe*. Bogotá, Colombia.
- Reyes, Castillo, M, Espinoza, G, Zapata, D.(2009) *Modelos teóricos de salud mental*. Universidad de Concepción .Chile.
- Romero, N. (2002). *El Aprendizaje en Servicio*. En: Estudio sobre la Nueva Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Caracas: Ediciones Paredes.
- Rojas, Aristides. *Estudios Históricos* cit. En: González Villasmil, Alberto. *Revista del Instituto Nacional de Obras Sanitarias*”, N° 5.
- Romero Medina, Abigail. (1974) *Estudios Básicos sobre el Servicio Nacional de Salud*, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Caracas.
- Rondón Morales, Roberto. (2007). *La Salud en Venezuela y sus tiempos*. Universidad de Los Andes. Ediciones del Rectorado. Mérida, Venezuela
- Rosen, G. (1993) *The history of public health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ruíz Guzmán, José.(2006) *Historia de las Estadísticas de Salud*. Gaceta Médica Boliviana. Vol.29, No.2 p.72-77. Disponible en: <<http://www.scielo.org.bo/scielo>.

- Sandín, B. (1995). *El estrés*. En: Belloch, A., Sandín, A. y Ramos, F. (Eds). Manual de Psicopatología. Vol.2. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 3-52.
- Sánchez, M.A. (2002). *La investigación sobre el desarrollo y la enseñanza de las habilidades del pensamiento*. Revista electrónica de investigación educativa mayo, Vol. 4 número 1. Universidad Autónoma de Baja California. Ensenada-México. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/155/15504108.pdf>
- Sánchez, M. A. (1978) *Reseña histórica sobre el origen y evolución del programa para la formación de Profesionales Técnicos en Estadísticas de Salud (TSUES) (1978-1998)*. Mérida, Venezuela.
- Sánchez, M. Rísquez, F. A. *Biografía del Dr. Luis Razetti*. En: Archila, Ricardo. (1956) *Historia de la Sanidad en Venezuela*. Tomo I. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Imprenta Nacional. Caracas, Venezuela.
- Smillie, Wilson G. (1946) *Preventive Medicine and Public Health*. The MacMillan Company, USA.
- Soto Hall, M (1939). *La Medicina, la Terapéutica y la Higiene entre los Mayas*. Publicaciones de la Cátedra de Historia de la Medicina. Buenos Aires.
- Surtess, P. y Cols. (1990) *The Interval General Health Questionnaire*. British Journal of Psychiatry, 157: 679-686.
- Süssmilch, Johann Peter. (1761-1762) *The Divine order in the changes in the human sex from birth, death and reproduction of the same*. Cit. en: Ruiz Guzmán, J. (2006). *Historia de las Estadísticas de Salud*. Gaceta Médica Boliviana.

Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., Wigal, J. (1989). *The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory*. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.

Testa, M. (1998) *Pensar en Salud*. 2da Edición. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.

Vázquez, P y Perera, M. (2007). Un análisis del proceso de feminización de las aulas universitarias. Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). Serie 3. Capital Humano y Empleo. Disponible en: <http://www.fedea.es/pub/papers/2007/dt2007-27.pdf>

Vogel, W. (1985). Coping, stress, stressors and health consequences. *Neuropsychobiology*, 13, 129-135.

Wilson G. Smillie. (1946). *Preventive Medicine and Public Health*. Cornell University Medical College de New York. Macmillan Company.

World Health Organization.(1951) *Mental health: Report on the second session of the Expert Committee*. Geneva: World Health Organization.

Zoccolillo, M. y Cols. (1986) *Depressions Among Medical Students*. *Journal of Affective Disorders*. 11: 91-96,1986.

ANEXOS

Anexo 1. Bases Legales de la Carrera Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud.

El estudio y ejercicio de la profesión de TSUES, están respaldados legalmente por: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), los tratados internacionales en materia de derechos humanos, Investigación y Salud Pública, la Ley Orgánica de Salud, Reglamentos y Decretos y la Ley Orgánica de Educación.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, 24-03-2000)

La letra de nuestra constitución vigente, mantiene y refleja en su articulado el rango de “derecho” que la salud tiene en Venezuela desde la Constitución de 1947. Explícitamente lo encontramos en los artículos que transcribimos a continuación.

Artículo 83. *La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.*

Artículo 84. *Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará, un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad,*

integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones, sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85. *El financiamiento del sistema público nacional de salud, es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política de formación de profesionales y técnicos y técnicas, y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.*

Ley Orgánica de Salud (Gaceta Oficial N° 36.579. Caracas. 11-11- 1998).

Artículo 58. *El ejercicio de las ciencias de la salud estará a cargo de personas de reconocida moralidad, idoneidad comprobada y provistas del título profesional correspondiente en dicha ciencia.*

Artículo 59. *El ejercicio de las profesiones en ciencias de la salud dentro de la Administración Pública en salud, estará fundamentado en un sistema de normas y procedimientos relativos a ingreso, reingreso, traslados, ascensos, remuneración, prohibiciones, sanciones y demás aspectos relativos a la prestación del servicio, todo lo cual se regirá por las disposiciones de esta Ley y de los reglamentos que al efecto se dicten. Así como por lo dispuesto en las leyes de ejercicio de las profesiones correspondientes, la Ley de Carrera Administrativa, la Ley Orgánica del Trabajo y las Convenciones Colectivas del Trabajo.*

Artículo 69. *Los pacientes tendrán los siguientes derechos:*

El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.

Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.

Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.

Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irreversibles debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.

Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.

Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.

Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.

Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aún en situación de conflictos laborales.

Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

Ley Orgánica de Educación. (Gaceta Oficial N° 5.929. Caracas. 15-08-2009)

Artículo 32. *La educación universitaria profundiza el proceso de formación integral y permanente de ciudadanos críticos y ciudadanas críticas, reflexivos o reflexivas, sensibles y comprometidos o comprometidas, social y éticamente con el desarrollo del país, iniciado en los niveles educativos precedentes. Tiene como función la creación, difusión, socialización, producción, apropiación y conservación del conocimiento en la sociedad, así como el estímulo de la creación intelectual y cultural en todas sus formas. Su finalidad es formar profesionales e investigadores o investigadoras de la más alta calidad y auspiciar su permanente actualización y mejoramiento, con el propósito de establecer sólidos fundamentos que, en lo humanístico, científico y tecnológico, sean soporte para el progreso autónomo, independiente y soberano del país en todas las áreas.*

La educación universitaria estará a cargo de instituciones integradas en un subsistema de educación universitaria, de acuerdo con lo que establezca la ley especial correspondiente y en concordancia con otras leyes especiales para la educación universitaria. La ley del subsistema de educación universitaria determinará la adscripción, la categorización de sus componentes, la conformación y operatividad de sus organismos y la garantía de participación de todos y todas sus integrantes.

TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *La presente Ley tiene por objeto establecer el régimen jurídico de la función pública de estadística, potestad privativa del Estado Venezolano, la cual debe ser ejercida con la finalidad de producir información y meta-información estadística, prestar el servicio de suministrarlas y promover su uso.*

Ámbito de aplicación de la Ley

Artículo 2°. *El régimen jurídico contenido en la presente Ley se aplica a:*

- 1. La actividad estadística realizada por todas las ramas del Poder Público Nacional, Estatal y Municipal.*
- 2. Las estadísticas exigidas por los convenios suscritos por la República.*
- 3. La actividad estadística de instituciones o particulares producto de acuerdos, convenio o contrataciones que realicen los órganos del sistema estadístico.*

Principios

- 4. La actividad estadística de los particulares que sea declarada de interés público.*

Artículo 3°. *La actividad estadística regulada por la presente Ley se rige fundamentalmente por los siguientes principios: transparencia, comparabilidad, confiabilidad y neutralidad.*

Actividad estadística de interés público

Artículo 4°. *Las estadísticas a que se refiere esta Ley son las que se obtienen de los censos, encuestas o registros administrativos, incluyendo las que provienen de la integración de las cuentas nacionales, estatales y municipales.*

TÍTULO II

DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DE ESTADÍSTICA

Artículo 5°. *Corresponde al Instituto Nacional de Estadística, en coordinación con los otros órganos del Sistema Estadístico Nacional determinar la actividad estadística que sea de interés público de conformidad con esta Ley.*

Las personas naturales y las jurídicas del sector privado y del sector público no estatal podrán realizar libremente todo tipo de actividad estadística, pero las que sean declaradas de interés público se registrarán por la presente Ley.

Recolección o suministro obligatorio de Datos

Artículo 6°. *Los órganos del Sistema Estadístico Nacional podrán, por razones de interés público, exigir a los particulares que por su profesión o*

actividad estén o puedan estar en contacto con información relevante para fines estadísticos, la recolección o suministro obligatorio de datos estadísticos.

El incumplimiento de ambas obligaciones será considerado como infracción muy grave de conformidad con esta Ley.

Solicitud de Datos y la Obligación de Suministrarlos

Artículo 8°. *Los funcionarios debidamente calificados y autorizados de los órganos estadísticos podrán solicitar datos destinados a la generación de información estadística de interés público, a todas las personas naturales y jurídicas, privadas y públicas, nacionales y extranjeras, residentes en el territorio de la República o de tránsito por él.*

Los informantes deberán dar respuesta en forma veraz, completa, oportuna e imparcial dentro del plazo y condiciones establecido en el reglamento, a las preguntas que le formulen los funcionarios de los órganos del Sistema Estadístico Nacional.

Datos de suministro voluntario

Artículo 9°. *Los datos referidos al origen étnico, las opiniones políticas, las convicciones ideológicas, morales o religiosas y, en general, las referidas al honor y a la intimidad personal o familiar no son de suministro obligatorio y sólo podrán recogerse previo consentimiento expreso de los interesados.*

Proporcionalidad de los Datos

Artículo 11. *Los datos de carácter personal sólo se podrán recolectar y someter a tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y la finalidad determinada, explícita y legítima para la que se hayan obtenido.*

Estos datos no podrán usarse para finalidad distinta de aquella para la cual han sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de los mismos con fines históricos o científicos.

Artículo 12. *Los datos que sirvan para la identificación directa de las fuentes se destruirán cuando su preservación ya no sea necesaria para la realización de las operaciones estadísticas. En todo caso, estos datos se conservarán bajo claves, precintos o depósitos especiales.*

Conservación y custodia de información estadística

Artículo 13. *Es obligación de los órganos estadísticos conservar y custodiar la información obtenida como consecuencia de su propia actividad, sometida o no al secreto estadístico en los términos establecidos por la presente Ley, aunque se hayan difundido los resultados estadísticos correspondientes.*

La conservación de la información no implicará necesariamente la de los soportes originales de la misma, siempre que su contenido se haya trasladado a soportes informáticos o de otra naturaleza. Cuando se aprecie que la conservación de algún tipo de documentación resulte innecesaria, podrá decidirse su destrucción o desincorporación de

conformidad con el procedimiento establecido en el reglamento respectivo.

Derecho de Acceso a la Información Estadística

Artículo 14. *Toda persona natural o jurídica, tiene derecho a ser usuario de la información estadística de interés público que levante, produzca y procese el Estado.*

El derecho a disponer de la información estadística nace en el momento en que el Estado concluye la actividad que configura el producto estadístico y lo presenta oficialmente.

Derecho de acceso y rectificación

Artículo 15. *Los interesados tendrán derecho al acceso de los datos personales que figuren en las bases de datos estadísticos no amparados por el secreto estadístico y a exigir que sean rectificadas los datos que les conciernan, al demostrar que son inexactos, incompletos, equívocos o desactualizados.*

Obligación de revelar la fuente del dato

Artículo 16. *Todas las personas naturales y jurídicas, privadas y públicas que difundan información estadística están en la obligación de indicar la fuente del dato.*

Divulgación de la información estadística

Artículo 18. *Corresponde a los órganos del Sistema Estadístico Nacional ejercer la función de divulgación estadística. El Instituto Nacional de Estadística se encargará de dictar la normativa que asegure la promoción, circulación y el acceso del público a la información estadística.*

Tutela del Secreto Estadístico

Artículo 19. *Están amparados por el secreto estadístico los datos personales obtenidos directamente o por medio de información administrativa, que por su contenido, estructura o grado de desagregación identifiquen a los informantes.*

Artículo 20. *La información estadística no puede vulnerar el derecho a la intimidad de las personas; no podrá comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada; ni hará prueba ante autoridad alguna.*

Artículo 21. *La obligación de guardar el secreto estadístico nace en el momento en que los datos son obtenidos.*

Los datos relativos a personas naturales protegidos por el secreto estadístico no pueden ser facilitados para su consulta pública sin que medie consentimiento expreso del afectado, o hasta que haya transcurrido un plazo de veinte años desde la muerte de éste, si su fecha es conocida, o, en otro caso, de treinta años a partir de la fecha de obtención de los datos.

Excepcionalmente, transcurridos al menos veinte años desde que los órganos estadísticos obtuvieron la información, podrán ser suministrados datos personales, protegidos por el secreto estadístico a quienes prueben

un legítimo interés mediante el procedimiento que se determine en el reglamento respectivo.

Artículo 23. *Toda persona natural o jurídica, pública o privada que intervenga en la actividad estadística del Sistema Estadístico Nacional o tenga conocimiento de datos amparados tiene la obligación de mantener el secreto estadístico, aún después de concluir sus actividades profesionales o su vinculación con los servicios estadísticos.*

Artículo 24. *La información estadística podrá ser declarada secreta por razones de seguridad y defensa del Estado, o por otros motivos que se establezcan por ley. La información estadística declarada secreta es de uso privativo de las autoridades públicas autorizadas.*

El secreto estadístico, por razones diferentes a la protección de los informantes, podrá ser declarado formalmente por los órganos competentes, únicamente en los casos y mediante los procedimientos establecidos por la legislación especial vigente.

Intercambio de información en el Sistema Estadístico Nacional

Artículo 25. *El suministro excepcional a otros órganos del Estado, de información estadística declarada secreta, únicamente será posible cuando se cumplan los siguientes requisitos, que habrán de ser comprobados por el órgano que las tenga en custodia:*

- 1. Que los órganos que reciban la información estadística secreta, desarrollen funciones fundamentalmente estadísticas y hayan sido regulados como tales antes de que los datos sean transferidos, o que sin ser estadísticos hayan sido determinados como usuarios y destinatarios de la información estadística secreta respectiva.*
- 2. Que el destino de los datos sea para la elaboración de las estadísticas que dichos órganos tengan encomendadas.*
- 3. Que los órganos destinatarios de la información dispongan de los medios necesarios para preservar el secreto estadístico.*

Desconocimiento del Secreto Estadístico

Artículo 26. *Los informantes podrán denunciar ante los órganos administrativos y judiciales competentes, todo hecho o circunstancia que demuestre que se ha desconocido el secreto estadístico.*

ANEXO 2. Plan de Estudio de la Carrera Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Venezuela.

Distribución detallada de asignaturas, según semestre.

I SEMESTRE

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
MATEMÁTICA BÁSICA	02	02	-	04	64	03
INGLÉS INSTRUMENTAL	01	01	-	02	32	01
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	04	-	-	04	64	04
LEGISLACIÓN Y ÉTICA	02	-	02	04	64	03
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA HUMANA I	02	01	01	04	64	03
REGISTROS DE SALUD I	02	02	02	06	96	04
COMPUTACIÓN I	01	03	-	04	64	02
TOTAL	14	09	05	28	448	20

II SEMESTRE

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
DEMOGRAFÍA	03	-	-	03	48	03
TERMINOLOGÍA MÉDICA I	02	-	02	04	64	03
ESTADÍSTICA I	04	02	-	06	96	05
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA HUMANA II	02	01	01	04	64	03
REGISTROS DE SALUD II	02	02	02	06	96	04
COMPUTACIÓN II	01	03	-	04	64	02
ELECTIVA I	-	-	-	-	-	02
TOTAL	14	08	05	27	432	22

III SEMESTRE

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
EPIDEMIOLOGÍA	03	-	-	03	48	03
ESTADÍSTICA APLICADA A LA SALUD I	02	02	-	04	64	03
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN I	02	-	02	04	64	03
TERMINOLOGÍA MÉDICA II	02	-	02	04	64	03
ESTADÍSTICA II	04	02	-	06	96	05
COMPUTACIÓN III	01	03	-	04	64	02
ELECTIVA II	-	-	-	-	-	02
TOTAL	14	07	04	25	400	21

IV SEMESTRE (LAPSO A)*

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
SALUD PÚBLICA	03	-	02	05	60	03
PLANIFICACIÓN DE SALUD I	03	02	-	05	60	03
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN II	03	-	02	05	60	03
ESTADÍSTICA APLICADA A LA SALUD II	03	02	-	05	60	03
TOTAL	12	04	04	20	240	12

* 12 semanas de clases

IV SEMESTRE (LAPSO B)*

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
PASANTÍA BÁSICA I	-	30	-	30	120	3

* 4 semanas de pasantías, una vez culminadas las unidades curriculares expresadas en el lapso A

V SEMESTRE (LAPSO A)*

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
ADMINISTRACIÓN DE SALUD	04	-	02	06	60	03
ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS **	04	-	04	08	80	04
CLASIF. INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES I (C.I.E.)	03	03	-	06	60	02
PLANIF. DE SALUD II***	04	03	-	07	70	03
TOTAL	15	06	06	27	270	12

* 10 Semanas de clases.

** Incluye: Administración de Personal, Supervisión y Técnicas de Adiestramiento.

*** Incluye: Planificación Estratégica, Marco Lógico y Sistema de Información para la Gestión Hospitalaria (SIGH).

V SEMESTRE (LAPSO B)*

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
PASANTÍA BÁSICA II	-	30	-	30	180	04

* 06 Semanas, una vez culminadas las unidades curriculares expresadas en el lapso A.

VI SEMESTRE (LAPSO A)*

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
CLASIF. INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES II (C.I.E.)	04	04	-	08	32	01
TOTAL	04	04	-	08	32	01

* 04 Semanas de clase.

VI SEMESTRE (LAPSO B)*

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
PASANTÍA PROFESIONAL	-	30	-	30	360	11

* 12 Semanas, una vez culminadas las unidades curriculares expresadas en el lapso A.

ELECTIVAS

UNIDAD CURRICULAR	TEORÍA H/SEM	PRÁCT. H/SEM	SEMIN. H/SEM	TOTAL H/SEM	TOTAL HORA SEMEST	CRÉD.
BIOÉTICA	02	-	-	02	32	02
DEPORTE	01	02	-	02	32	02
INGLÉS INSTRUMENTAL II	01	02	-	02	32	02
LABORATORIO DE COMPUTACIÓN ESTADÍSTICO AVANZADO	01	02	-	02	32	02
DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA ENCUESTAS	01	02	-	02	32	02
REDACCIÓN DE INFORMES TÉCNICOS	02	-	-	02	32	02
TOTAL	06	08	-	12	192	12

Plan de Estudio Consolidado.

DESCRIPCIÓN	TOTAL
Unidades Crédito	106
Horas Docente (no incluye horas complementarias)	2.482
- Horas Teóricas	982
- Horas Prácticas	508
- Horas Seminario	332
- Horas Pasantías Profesionales	660

Matriz de Prelaciones.

SEMESTRE	MATERIA	CÓDIGO	PRELACIÓN
PRIMERO	MATEMÁTICA BÁS. INGLÉS INST. LENG. Y COMUN. LEGIS. Y ÉTICA ANAT. Y FIS. HUM. I REG. DE SALUD I COMPUTACIÓN I	TSMAT10 TSII10 TSLC10 TSLE10 TSAFH10 TSRS10 TSCOMP10	NINGUNA NINGUNA NINGUNA NINGUNA NINGUNA NINGUNA NINGUNA
SEGUNDO	DEMOGRAFÍA TERM. MÉDICA I ESTADÍSTICA I ANAT. Y FIS. HUM. II REG. DE SALUD II COMPUTACIÓN II	TSDEM10 TSTM10 TSME10 TSAFH20 TSRS 20 TSCOMP20	NINGUNA LENG.Y COM., INGLÉS MATEMÁTICA BÁS. ANAT.HUM.FIS. I REG. DE SALUD I COMPUTACIÓN I, INGLÉS.
TERCERO	EPIDEMIOLOGÍA ESTAD. SALUD I METOD. INVEST. I TERM. MÉDICA II ESTADÍSTICA II COMPUTACIÓN III	TSEPI10 TSES10 TSMII10 TSTM20 TSME20 TSCOMP30	DEMOG. y ESTAD. I REG.DE SAL. II y ESTAD.I ESTADÍSTICA I TERM.MÉD.I ESTADÍSTICA I COMPUTACIÓN II
CUARTO	SALUD PÚBLICA PLANIF. DE SALUD I METOD.INVEST.II ESTAD. SALUD II PASANTÍA BÁS. I	TSSP10 TSPS10 TSMI 20 TSES20 TSPB10	EPIDEM. y DEMOG. ESTAD. APLIC.SALUD I METOD.INVEST. I ESTAD. SALUD I y COMPUTACIÓN III APROBACIÓN DE LAS ASIGNATURAS DE LOS SEM. ANTERIORES
QUINTO	ADM. REC. HUM. C.I.E. - I PLANIF. SALUD II ADMINIST. SALUD PASANTÍA BÁS. II	TSAR10 TSCIE10 TSPS20 TSAS10 TSPB20	LEG. Y ÉTICA ANAT.I y II -TERM. I y II PLANIF. SALUD I SAL. PÚB. PLANIF.SALUD I PRÁCTICA BÁS. I
SEXTO	C.I.E. II PASANTÍA PROFES.	TSCIE20 TSPPI10	C.I.E. I PRÁCTICA BASICA I y II

Anexo 3: MODELO DE ENCUESTAS APLICADAS

Consentimiento informado.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para responder las encuestas que están aplicando un grupo de docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, con el propósito de evaluar la salud mental y afrontamiento de los estudiantes del TSU en Estadísticas de Salud.

Estoy consciente que la información que suministro será utilizada con fines de investigación.

Entiendo que fui elegido/a para ésta investigación por ser estudiante de la Facultad de Medicina. Además, doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial y no se revelará a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se me solicita en cualquier momento, inclusive después de llenada la encuesta.

Además, afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario con la profesora Nancy Freitez de Sardi, en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, sede Mérida, o por los Números telefónicos 0274-2403570, 2403575 y el cel. 0416-9741970.

Fecha: -----

Firma de participante: -----

Firma del investigador principal: -----

3.1 Cuestionario sobre Características socio-demográficas.

Carrera: _____

Núcleo: _____

Semestre: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino: _____

Edad: _____ años.

Estado civil:

Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____ Unión libre _____

¿Tiene hijos/as: No ___ Si ___ ¿Cuantos? _____ ¿Embarazo actual? Si ___ No ___

¿Con quién vive Usted? _____ - _____

¿Trabaja? No _____ Si _____

¿Está Becado? No _____ Si _____

¿Quien le apoya económicamente? _____

¿Actualmente tiene problemas familiares? No _____ Si _____

Especifique _____

¿Actualmente repite o arrastra alguna material? No _____ Si _____

En su vida diaria, ¿tiene algún aspecto que le preocupa? No _____ Si _____

Especifique _____

_____ -

¿Ha tenido la experiencia personal de padecer algún problema de salud grave?

No _____ Si _____ ¿Lo ha sufrido algún familiar? No _____ Si _____

¿Lo ha sufrido algún amigo? No _____ Si _____

Especifique: _____

¿Ha tenido experiencia con la muerte? No _____ Si _____ Familiar _____

Amigo _____

Especifique _____

3.2. CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL. GHQ 28 PLUS

A.- CUESTIONARIO DE GOLDBERG –GHQ28-

Al contestar las preguntas piense en su estado de salud durante las últimas semanas, en las molestias y en los trastornos recientes y actuales, si los ha tenido.

No conteste en base a trastornos y molestias habidas en el pasado.

Responda en las preguntas marcando la alternativa de respuesta que a su juicio, se aproxima más a lo que siente o ha sentido.

SUB-ESCALA A:

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
 - a) Mejor que lo habitual.
 - b) Igual que lo habitual.
 - c) Peor que lo habitual.
 - d) Mucho peor que lo habitual.

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?
 - a) No, en lo absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual.

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
 - a) No, en lo absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual.

4. ¿Ha tenido la sensación de que está enfermo?
 - a) No, en lo absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual.

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
 - a) No, en lo absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual.

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que esta le va a estallar?
 - a) No, en lo absoluto.

- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o de escalofríos?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

SUB-TOTAL A:

SUB-ESCALA B:

1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
- a) No, en lo absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual.
7. ¿Se ha notado nerviosos y “a punto de explotar” constantemente?
- a) No, en lo absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual.

SUB-TOTAL B

SUB-ESCALA C:

1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
- a) Más activo que lo habitual.
 - b) Igual que lo habitual.
 - c) Bastante menos que lo habitual.
 - d) Mucho menos que lo habitual.
2. Le cuesta más tiempo hacer cosas?
- a) Más rápido que lo habitual.
 - b) Igual que lo habitual.
 - c) Más tiempo que lo habitual.
 - d) Mucho más tiempo que lo habitual.
3. Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?
- a) Mejor que lo habitual.
 - b) Aproximadamente lo mismo.
 - c) Peor que lo habitual.
 - d) Mucho menos peor que lo habitual.
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
- a) Más satisfecho.
 - b) Aproximadamente igual que lo habitual.
 - c) Menos satisfecho que lo habitual.
 - d) Mucho menos satisfecho que lo habitual.
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
- a) Más útil que lo habitual.
 - b) Igual que lo habitual.
 - c) Menos útil que lo habitual.
 - d) Mucho menos útil que lo habitual.

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- a) Más que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Menos que lo habitual.
- d) Mucho menos que lo habitual.

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- a) Más que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Menos que lo habitual.
- d) Mucho menos que lo habitual.

SUB-TOTAL C

SUB-ESCALA D

1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale nada?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanzas?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse del medio”?

- a) Claramente, no.
- b) Me parece que no.
- c) Se me ha cruzado por la mente.
- d) Claramente lo he pensado.

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de toso?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

- a) Claramente, no.
- b) Me parece que no.
- c) Se me ha cruzado por la mente.
- d) Claramente lo he pensado.

SUBTOTAL D

B.- AYUDA PSICOLÓGICA

1. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación. ¿ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI _____ NO _____ NS/NC _____

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

A lo largo de la carrera: SI _____ NO _____ NS/NC _____

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

2. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI _____ NO _____ NS/NC _____

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

A lo largo de la carrera: SI _____ NO _____ NS/NC _____

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

3. En la actualidad, ¿está utilizando algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI _____ NO _____ NS/NC _____

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

4. En la actualidad, ¿cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI _____ NO _____ NS/NC _____

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

5. Si recibe o cree poder beneficiarse de atención psicológica y/o psiquiátrica. ¿Cuáles son las principales razones que le llevan a necesitar esta ayuda? (puede señalarse más de uno si procede):

----Problemas emocionales. (Pareja, amistades, separación, violencia,...)

----Problemas familiares. (Muerte, divorcio, separación, violencia...)

----Problemas asociados con la carrera. (Desmotivación decepción, sobrecarga, ----Hostilidad, estancamiento, frustración, pérdida de confianza en la propia valía...)

----Problemas económicos. (Pérdida puesto de trabajo, desempleo, autofinanciación de los estudios, perdida de beca...)

C.- ESTUDIOS Y SALUD

1. Por favor, puntúe los factores enumerados a continuación del 1 al 4 según la posible influencia negativa en su calidad de vida, siendo (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucha).

_____ Cambio de domicilio: familiar, universidad o residencia, piso compartido, pareja, piso solo....

_____ Cambio de Facultad o Escuela.

_____ Organización del curriculum (Cambios en el plan de estudios)

_____ Relaciones entre estudiantes y profesorado.

_____ Tensión acumulada en los exámenes.

_____ Tensión acumulada a lo largo de cursos pasados

_____ Relación con el personal de administración y servicios

_____ Otros.

2. Desde que comenzó sus estudios universitarios, ¿Le ha sido posible continuar con sus otras actividades y aficiones? (Por ejemplo: deportes, música, manualidades, danza, asociaciones...)

Con ninguna_____ Solo con alguna_____ Con bastantes_____ Con la mayoría_____

3. Antes de empezar los estudios de Universidad, ¿Que recuerda que esperaba de la carrera? (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucho).

_____ Enriquecimiento personal

_____ Desarrollo personal

_____ Aprender conocimientos (teoría)

_____ Aprender habilidades (práctica)

_____ Aprender actitud humanitaria

_____ Relaciones sociales

_____ Autoconocimiento

_____ Prestigio, reconocimiento social

_____ Dinero

_____ Capacidad profesional

_____ Disfrutar

_____ Ambiente universitario

_____ Falta de tiempo

_____ Competividad

_____ Presión académica

_____ Estudiar

_____ Dificultad: solo para Ciencias de la Salud

- _____ Conocer/usar con eficacia los servicios sanitarios
- _____ Aprender a cuidar de su propia salud
- _____ Aprender a velar por la salud de otros.

4. Actualmente, ¿Que piensa haber encontrado? (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucho).

- _____ Enriquecimiento intelectual
- _____ Desarrollo personal
- _____ Aprender conocimientos (teoría)
- _____ Aprender habilidades (práctica)
- _____ Aprender actitud humanitaria
- _____ Relaciones sociales (amigos, gente...)
- _____ Conocer/usar con eficacia los servicios de salud-
- _____ Autoconocimiento
- _____ Aprender a cuidar de tu propia salud
- _____ Prestigio, reconocimiento social
- _____ Dinero
- _____ Aprender a velar por la salud de otros
- _____ Capacidad profesional
- _____ Disfrutar
- _____ Ambiente universitario
- _____ Falta de tiempo
- _____ Competividad
- _____ Presión académica
- _____ Estudiar
- _____ Dificultad.

5. Teniendo en cuenta su experiencia hasta el momento actual, exprese su grado de satisfacción con: (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucho).

- _____ Los compañeros
- _____ Los profesores
- _____ El personal de administración y servicios.

D.-HÁBITOS

1. Por favor, puntúe las siguientes listas de sustancias de 1 a 5, según el grado de consumo que, en su opinión, se usa entre los estudiantes de la carrera, siendo: (1=nunca, 2=puntualmente, 3=esporádicamente, 4=habitualmente, 5=diariamente).

- _____ Café
- _____ Otras infusiones y/o refrescos estimulantes
- _____ Cacao y sucedáneos
- _____ Tabaco
- _____ Bebidas alcohólicas de baja graduación (vino, cerveza, etc.)
- _____ Bebidas alcohólicas de alta graduación (ron, whisky, ginebra, etc.)
- _____ Cannabis y sucedáneos
- _____ Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc.)
- _____ Cocaína y otros derivados de la coca
- _____ Éxtasis y variantes
- _____ Alucinógenos (LSD, hongos, etc.)
- _____ Fármacos ansiolíticos (tranquilizantes)
- _____ Heroína (fumada, inyectada, mezclada en pastillas)
- _____ Otros (especificar)

2. Puntúe de 1 a 5 cada sustancia de la lista que aparece a continuación, según su grado de consumo personal: (1=nunca, 2=puntualmente, 3=esporádicamente, 4=habitualmente, 5=diariamente).

- _____ Café
- _____ Otras infusiones y/o refrescos estimulantes
- _____ Cacao y sucedáneos
- _____ Tabaco
- _____ Bebidas alcohólicas de baja graduación (vino, cerveza, etc.)
- _____ Bebidas alcohólicas de alta graduación (ron, whisky, ginebra, etc.)
- _____ Cannabis y sucedáneos
- _____ Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc.)

- _____ Cocaína y otros derivados de la coca
- _____ Éxtasis y variantes
- _____ Alucinógenos (LSD, hongos, etc.)
- _____ Fármacos ansiolíticos (tranquilizantes)
- _____ Heroína (fumada, inyectada, mezclada en pastillas)
- _____ Otros (especificar)

3.3. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de éste cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás, si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me criticqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano		0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		0 1 2 3 4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más		0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía		0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran		0 1 2 3 4
26	Me reprimí por permitir que esto ocurriera		0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones		0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido		0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos		0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado		0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía		0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias		0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron		0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto		0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas		0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada		0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos		0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
FD								
PC								

A cumplimentar por el evaluador

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40