



**III CONVENCION INTERNACIONAL
CIENCIA Y CONCIENCIA**
"Universidad-Sociedad y Desarrollo Sostenible"

**UNIVERSIDAD
DE ORIENTE**

SALUD Y BIENESTAR HUMANO

SIMPOSIO 2

Dr. C. Erislandy Omar Martínez
Compilador

SALUD Y BIENESTAR HUMANO

(SIMPOSIO 2)

Dr. C. Erislandy Omar Martínez

(Compilador)



Ediciones UO

Edición: MSc. Liusa Gozález Ruiz
Composición: Yanet García Preve
Diseño de cubierta: Lic. Wilkie Villalón Sánchez

© 978-959-207-715-7, 2023
© Sobre la presente edición:
Ediciones UO, 2023

ISBN: 978-959-207-715-7 (Volumen 2)
ISBN: 978-959-207-713-3 (Obra Completa)

Ediciones UO
Ave. Patricio Lumumba No. 507, e/ Ave. de Las Américas y Calle 1ra,
Reperto Jiménez. Consejo Popular José Martí Norte.
Santiago de Cuba, Cuba. CP: 90500
Telf.: +53 22644453
e-mail: jdp.ediciones@uo.edu.cu
edicionesuo@gmail.com

Este texto se publica bajo licencia Creative Commons Atribucion-NoComercial-NoDerivadas (CC-BY-NC-ND 4.0). Se permite la reproducción parcial o total de este libro, su tratamiento informático, su transmisión por cualquier forma o medio (electrónico, mecánico, por fotocopia u otros) siempre que se indique la fuente cuando sea usado en publicaciones o difusión por cualquier medio.

Se prohíbe la reproducción de la cubierta de este libro con fines comerciales sin el consentimiento escrito de los dueños del derecho de autor. Puede ser exhibida por terceros si se declaran los créditos correspondientes.

El sello editorial Ediciones UO no se responsabiliza por el contenido de los trabajos, los autores son responsables de la información presentada.

PRÓLOGO

La salud en el ser humano, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, donde, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud, la ausencia de patologías debe estar acompañada por una amplia gama de factores sociales, ambientales y culturales, que se expresan e impactan en la calidad de vida, la esperanza de vida y las condiciones de vida de las personas.

Es por ello que el desarrollo científico en el campo de la salud humana no se limita a los avances en el campo de la medicina, la enfermería o la farmacología, aun cuando es común que aun sea así considerado en muchos espacios sociales y profesionales. Ciencias sociales como la psicología, sociología, pedagogía o la antropología social, ciencias naturales y exactas como la biología, matemáticas o física, ciencias técnicas como la bioingeniería, telecomunicaciones, informática, nanotecnología o mecánica, ciencias de la vida como la cultura física o la biotecnología, entre muchos otros campos del saber, conforman un gran conglomerado de saberes, que en su accionar inter, multi y/o transdisciplinario, comprenden, intervienen y contribuyen de manera significativa en el desarrollo de la salud, la esperanza y la calidad de vida del ser humano.

Visto así, es cada vez más común que investigadores y profesionales de tan diversas disciplinas científicas, intercambien en espacios comunes sobre los avances en sus campos de saber y su aplicabilidad para el diagnóstico y tratamiento de las más complejas patologías, así como para la optimización de la calidad de vida y la salud humana.

Justo de ese conglomerado heterogéneo de saberes aplicados a la salud humana trata el texto que tengo el privilegio de presentar. Investigadores de varias instituciones de salud cubanas, de centros insignes de la Universidad de Oriente y la Región Oriental de Cuba, como el Centro de Estudios de Neurociencias y Procesamiento de Imágenes y Señales (CENPIS), el Centro de Electromagnetismo Aplicado (CNEA), el Centro de Biotecnología Industrial (CEBI), el Centro de Biofísica Médica (CBM), o el Centro de Toxicología y Biomedicina, de centro científicos de referencia nacional como el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), etc., han aunado sus contribuciones. De manera fresca y actualizada se reúnen los resultados de varias investigaciones para la salud en campos tan diversos como la psicología, rehabilitación, medicina basada en la evidencia, farmacología, botánica, biotecnología, bioingeniería, biotecnología o la cultura física. De su lectura y su estudio no solo se derivan nuevos aprendizajes, sino que se perfilan líneas de trabajo futuras aplicadas a la salud humana.

Dr. C. Erislandy Omar Martínez,

Director del Centro de Estudios de Neurociencias y Procesamiento de
Imágenes y Señales, Universidad de Oriente
Santiago de Cuba, abril de 2023.

ÍNDICE

- Actividades socioculturales para favorecer la comunicación interpersonal con los gerontes del entorno familiar. Clara Lig Long Rangel/ 9
- Sistema de actividades que contribuyen al bienestar en la comunidad estudiantil de la Universidad de Holguín. Mariuska Quiñones Aguilar y Jean Carlos Fernández Carralero/ 24
- Diseño de un programa educativo para prevención de violencia en parejas femeninas. Universidad de Ciencias Médicas. Llanuris Llanes García, Raisel García Pérez y Tania Robaina Pedrosa/ 32
- La extensión universitaria como proceso propiciador de la cultura preventiva en la Universidad de Oriente. Ilsa María Reyes Torres y Eumelia Victoria Romero Pacheco/ 40
- Calidad en el proceso de sistematización del programa de hipertensión arterial en el escenario de la COVID-19. Suniel Johnson Valenciano, Naifi Hierrezuelo Rojas, Lourdes Milagros Caballero Garzón y Alain Leon Guilart/ 50
- Brechas en la historia de la salud pública en el Bayamo republicano burgués (1902-1940). Iveth Yaima Rubán Rodríguez y Alina del Carmen Alarcón Guerra/ 58
- La resiliencia escolar para mejorar la comunicación en el contexto familiar en el nivel medio superior. Dinorath de Belén Santos/ 78
- Factores asociados al desarrollo de la autodeterminación en adolescentes con discapacidad físico-motora. Yanetsy Rodríguez Abreu y Larissa Beatriz Turtós Carbonell/ 84
- Neuropsicología cognitiva del lenguaje y neurolingüística en la formación inicial del logopeda. Daniela de la Caridad Bertot Casals, Erislandi Omar Martínez y Carlos Albenis Rodríguez Fernández/ 93
- Labor educativa extensionista enfocada a la educación sexual en féminas de la Residencia Estudiantil, 2022. Llanuris Llanes Garcia, Raisel García Pérez y Tania Robaina Pedrosa/ 102
- Las afasias: el desarrollo de su investigación en logopedia y neuropsicología. Lucía Esmeralda Fernández Domingos Mariz/ 111
- Las bases cerebrales del desarrollo del lenguaje oral. Algunas consideraciones teóricas. Irinete Fernanda José Dias/ 120

ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL CON LOS GERONTES DEL ENTORNO FAMILIAR

Socioculturales activities to favor the interpersonal communication with the major adulto the familiar environment

Dr. C. Clara Lig Long Rangel

Facultad de Ciencias Médicas Isla de la Juventud. Cuba,
claraliglong@infomed.sld.cu, 0000-0002-8406-7848

Resumen

La comunicación es esencial en el desarrollo de las civilizaciones. Abundan los estudios de comunicación en los medios masivos de comunicación, no así los referidos a la comunicación interpersonal, considerada una valiosa herramienta de trabajo para los enfermeros, razón de esta investigación, cuyo objetivo fue, diseñar actividades socioculturales para el mejoramiento de la comunicación interpersonal del estudiante enfermero técnico con nivel de ingreso 9º grado con los gerontes del entorno familiar en beneficio de la salud; la metodología empleada fue mixta, con predominio cualitativo, incluyó, revisión bibliográfica, observación participante, encuesta semiestructurada para estudiantes, entrevista en profundidad con directivos o docentes, análisis de los productos de la actividad humana y opinión de usuarios, triangulación, análisis y síntesis, inducción-deducción, análisis documental y el cálculo porcentual; y como resultado se obtuvo que 19 actividades socioculturales diseñadas con y para ser desarrolladas por los estudiantes, en ellas se conjugan aspectos teóricos y prácticos de la comunicación interpersonal y de la vejez con la Física Aplicada a la Enfermería. Se concluyó que los estudiantes percibían y se comunicaban con los gerontes de su entorno lo que posibilitó el diseño de actividades para modificar y/o reforzar dichas percepciones, a partir de sus conocimientos, experiencias y vivencias en un ambiente lúdico; abrió una línea de ayuda mutua, que propició mejoras en la comunicación y relaciones interpersonales; la integración de nuevos valores como el respeto, la cooperación y la solidaridad en el acceso a la cultura con efectos beneficios para la salud de los todos. es esencial en el desarrollo de las civilizaciones.

INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad la comunicación es primordial en el desarrollo de las civilizaciones. Abundan los estudios de comunicación en los medios masivos de comunicación, no así los referidos a la comunicación interpersonal. Actualmente, el envejecimiento demográfico en Cuba, ha estimulado la investigación en comunicación intergeneracional; en la familia, expresa Alfonso, et. al (2016), aparecen complejas relaciones intrafamiliares e intergeneracionales, que modifican los roles tradicionales, para lo cual habrá que ir preparando a la sociedad y a la familia, por las implicaciones que pudieran ocasionar en los modos habituales de comunicarse y sus efectos en el bienestar de las personas.

Para el sector de la salud la comunicación es esencial. En la ciencia de la enfermería, precisa Goizueta (2011 p. 137), es una valiosa herramienta de trabajo para los enfermeros, define la calidad de los cuidados y la capacitación profesional del personal, a través de ella se desarrollan todas las funciones profesionales con un adecuado nivel de satisfacción de las personas que interactúan con el enfermero.

A partir de considerar que, los estudiantes de la formación enfermero técnico con nivel de ingreso 9º grado, como cohabitantes de una sociedad que envejece, no escapan a la necesidad de estar preparados, para confrontar los cambios en los modos habituales de comunicación, y que ellos pueden aprender de comunicación interpersonal, a través de la asignatura Física Aplicada a la Enfermería (FAE) desde un abordaje interdisciplinar, la autora de este trabajo, comenzó en septiembre del 2019 una investigación para concluir la Maestría en Educación Médica. En la fase preparatoria, identificó como situación problemática la ocurrencia en ocasiones en la sociedad de situaciones de mal trato hacia las/los gerontes, que denotaban prejuicios, desconocimiento y una insuficiente preparación gerontológica, también manifiestas en algunos estudiantes de las ciencias médicas; que los mensajes de bien público no habían logrado que la totalidad de la población asimilara que la mejora en la comunicación interpersonal, tiene efectos benéficos para la salud.

Además, desde la perspectiva sociopolítica, se consideró que el cumplimiento de los compromisos internacionales y el ordenamiento económico, contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta el 2030: Visión de la Nación. Cuba. (2019), que convocan a la participación de todos, precisa de la comunicación, para que la población conozca, el qué, el para qué y el cómo participar en la generación de los cambios requeridos para avanzar hacia el desarrollo sostenible. Tales razones, que suponen la necesidad de trabajar la comunicación como condición mediadora en, de y para todas las acciones humanas, develaron y fundamentaron la pertinencia, actualidad e importancia del problema científico abordado: ¿Cómo contribuir al mejoramiento de la comunicación interpersonal de los estudiantes de primer año de la formación enfermero técnico con nivel de ingreso 9º grado con los gerontes de su entorno?

El objetivo de la investigación fue diseñar actividades socioculturales para el mejoramiento de la comunicación interpersonal del estudiante enfermero técnico con nivel de ingreso 9º grado con los gerontes de su entorno en beneficio de la salud. Se previó el diseño de las actividades en clases vinculando al programa oficial de la asignatura Física Aplicada a la Enfermería (FAE), nociones de comunicación y vejez, procedimiento mantenido durante la semipresencialidad y virtualidad impuesta por la pandemia COVID-19, mediante guías de estudio y el teléfono móvil, por ello, la casa devino escenario de indagación y ellos, protagonistas con sus vivencias de las relaciones con los gerontes y el intercambio docente virtual. El propósito de este trabajo es, socializar con la comunidad científica aspectos generales del proceso investigativo seguido.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó en el Policlínico “Luis Galván Soca” en el período 2019-2021 durante un año y medio. Universo: 143 estudiantes de 1er año de la formación enfermero técnico con nivel de ingreso 9º grado. Población: 37 estudiantes ubicados en el Galván. Muestra intencional: 20 estudiantes. que aceptaron participar, fueron autorizados por sus padres y poseían teléfono móvil, el 54,05%. La metodología fue mixta, con predominio del método cualitativo. Abarcó:

- Revisión bibliográfica, para la construcción del marco teórico referencial, así como, la determinación de las variables y sus indicadores respectivos. -Análisis documental de la malla curricular para determinar la existencia del tema comunicación en el programa de esa formación y los contenidos de FAE vinculables con la Enfermería.
- Entrevista en profundidad con docentes de Enfermería para conocer las apreciaciones de los profesores acerca de la malla curricular y los contenidos de los con los programas de estudio.
- Observación participante complementada con la técnica del vagabundo, para apreciar las características de la comunicación y de las relaciones que los estudiantes establecían entre sí y con los/las gerontes del entorno escolar. Se realizaron 106 realizadas, en diciembre 2020, enero y febrero del 2021, cuando lo permitió la pandemia y se observaron 4 habilidades comunicativas: Habilidad I de hablar y enviar mensajes claros, en esa se tuvieron en cuenta tres aspectos: mirar al interlocutor, volumen adecuado y gestualidad acordes; habilidad II para escuchar dos aspectos: ser paciencia para dejar concluir al otro y no impedir que el otro hable; en la habilidad III flexibilidad, se consideraron: aceptación de otras opiniones y modificación de la opinión propia según la situación comunicativa; y la habilidad IV ponerse en el lugar del otro.
- Encuesta a estudiantes, con ella se obtuvieron los datos referidos a las características de los estudiantes, composición de núcleo familiar, aspectos de la dinámica familiar, preferencias y gustos. Los datos obtenidos se procesaron y tabularon en por cientos (%) para su posterior análisis, comparación y realización de inferencias. La edad promedio: 15, 5 años; predominó: sexo femenino (70 %). De 20 estudiantes, 18 (90 %) vivían con familiares, de ellos 16 (80 %) con gerontes [madre, padre, abuelos y/o abuelas, tíos y/o tía, padrastro]; y de éstos últimos, 15 (75 %) hablaban “diariamente” con ellos, “por ratos”, “más o menos entre 30 minutos y 1 hora, y 1(5%) no hablaba nunca con su tío.

De 16 estudiantes con sus convivientes gerontes, realizaban: diariamente: comer, conversar (93,75 %), jugar (31,25 %); semanalmente: ver películas (25 %), ayudar en la casa (6,25 %), acompañarlos (6,25 %); mensualmente: oír música (37,5 %), playa (25 %), jugar (6,25%); anualmente: bailar (75 %), cantar (18,75

%), el dominó (6,25 %); alguna vez: hacer cuentos o chistes (56,25 %), ver videos (31,25 %), tejer (6,25 %), cocinar (6,25 %), hablar (6,25%); nunca: fiestas, visitas, paseos (81,25 %), baile (12,5 %), juegos y hacer ejercicios (6,25 %).

Se les ofreció un listado de 28 actividades que gustan a los estudiantes incluidos los/las gerontes y se les pidió añadieran aquellas que faltaran. La Tabla 1 muestra las que más gustaban a los estudiantes según número de elecciones; entre paréntesis se señalan las añadidas por ellos.

Tabla 1 Actividades que gustan a los estudiantes

Ítem	Variable	Variable
Música / Películas	20	100
(Tomar fotos)	18	90
Bailar / Cantar / Conversar / Comer	16	80
Hacer ejercicios / Chistes	14	70
Canciones / Novelas / Pasear / (Nadar)	12	60
Fiestas/Estudiar / Crucigrama / (Visitas)	10	50
Jugar / Poemas / Pintar / Cuentos	8	40
Adivinanzas /(Cocinar) / (Leer) Novelas	6	30
Trabalenguas / Dibujos / Videos	2	10
(Conectarse) / (Grabar) / (Patinar) /(Escalar) / (Ayudar en la casa) / (Limpiar) / Relatos / (Coser) / Actuar / Bordar / Tejer / Acrósticos /(Surfear) / (Acompañar a las personas) / (Jugar dominó)	1	5

(...) Actividades añadidas por los estudiantes

En los vínculos afectivos se obtuvo que: compartirían una alegría o emoción, con la madre el 60 %, los abuelos 35 % y pareja 5 %; acudirían para solucionar un problema, con la madre, el 75 %, padre 10 % y abuelos 10 %, pareja 5 %; las personas más importantes en sus vidas son, la madre 60 %, padre 20 %, abuelos 10 % / hermano 10 %.

- Cuestionario Concepciones sobre la Edad (CCE), facilitó conocer las percepciones de los estudiantes respecto a la edad. De 20 estudiantes, 2 (10 %) mostraron un conocimiento exacto, 12 (60 %) bastante aceptable y 6 (30 %) deficiente. En total, 14 (70 %) tuvieron un conocimiento adecuado; primó una percepción apropiada de la misma
- Análisis de productos de la actividad humana (resúmenes), para ello se siguió el procedimiento siguiente. Se crearon seis equipos, los que recibieron una hoja de trabajo con 4 propuesta de actividades lúdicas distintas y 1 común a todos, previamente diseñadas para adultos mayores, algunas de ellas utilizadas, en total 25.

En la Hoja de Trabajo que les fue entregada, se detallaba las acciones a desarrollar por los estudiantes: seleccionar las actividades posibles a utilizar con

los/las gerontes de su entorno familiar, teniendo en cuenta cuatro criterios: 1) Si la actividad era apropiada para realizarla con los gerontes de tu entorno; 2) Si con esa actividad se pudiera propiciar el conocimiento mutuo; 3) Si con esa actividad se pudiera favorecer las relaciones interpersonales; 4) Si con esa actividad se pudiera mejorar la comunicación cara a cara con ellos. La consigna fue: si cumplían los cuatro criterios se mantenían (M), si cumplían tres se adecuaban (A) y se mantenían y las restantes con menos de tres se retiraban (R). El jefe del equipo debía resumir el trabajo del equipo y enviarlo a la profesora de Física; en el resumen tendría que explicar en todos los casos la decisión tomada, acerca de las actividades que se debían Mantener (Dejar), Adecuar y mantener (Arreglar) y Retirar (Quitar), y señalar si en el trabajo en equipo les fue mal o bien y por qué. Dicha hoja, contenía el nombre de la actividad, el objetivo de la misma y el procedimiento a seguir.

- Opinión de usuarios a estudiantes, mediante una encuesta se recogieron las opiniones de los estudiantes, a partir de un listado de características de las actividades que les fueron propuestas. Seguidamente, en una escala de 0 a 10 se les solicitó les dieran puntos a las actividades que se les propusieron.
- Triangulación metodológica, se realizó para identificar las dificultades y las potencialidades, a partir de considerar en cada variable, los resultados alcanzados en cada indicador con cada uno de los instrumentos aplicados y, realizar inferencias en función de revertir las primeras utilizando las potencialidades en el diseño de las actividades lúdicas que serían propuestas por los estudiantes a sus convivientes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La comunicación interpersonal (cara a cara), es entendida como la interacción entre dos o más personas, físicamente próximas, en la que pueden utilizarse los cinco sentidos, hay retroalimentación inmediata e intercambio de información verbal o no verbal en un determinado contexto. (Borrego & Ribalta, 2007). Además, se asume que la comunicación interpersonal se da cuando existen zonas comunes de experiencia o relación entre emisor y receptor, de persona a persona. Lo importante es que pueda desplegarse libremente, en planos de igualdad, en el anclaje de todas las comprensiones, lo cual tiene que ver con el sentido del entretenimiento y del ocio, con el de la privacidad y la convivencia, con el gusto por la comida y los viajes, con los hábitos sociales y culturales; con los intereses y fines del vivir, con las afinidades ideológicas y religiosas, con lo localismos y las geografías, con la preferencia de los medios cotidianos de comunicación (Perelló, 2000). “El acto comunicativo no puede ser considerado como un hecho estático, ni como un proceso lineal, sino como un proceso cooperativo de interpretación de intenciones. El sujeto recibe información y expresa, de acuerdo a sus características de personalidad, emociones, valoraciones, impresiones e ideas que le provoca esta interacción”. (Alonso, 2008 p. 24)

Al analizar la Malla Curricular se corroboró que existen contenidos de la asignatura FAE vinculados a la labor de enfermería, por ejemplo, la observación

como método de trabajo y la medición de, por ejemplo, temperatura, masa, la presión, también la correcta movilización del paciente para evitar lesiones, que tiene relación con la fuerzas y la velocidad, magnitudes que, entre otras cambian en la vejez, al modificarse la funcionalidad del organismo humano, lo que favorece el tratamiento interdisciplinar de dichos contenidos en asociación con los referidos a las relaciones y la comunicación interpersonales como cultura general, desde los años iniciales de la formación, pues como expresa Goizueta Simal (2011 p. 139), “el desarrollo de la comunicación como habilidad clínica fundamental, no es una cualidad que se desarrolla de forma natural en los profesionales, es un proceso complejo que constituye un patrón de conducta que puede ser aprendido, practicado y mejorado”.

La Comunicación y los Adultos Mayores son temas no incluidos en su Malla Curricular. El objetivo de la formación Enfermero Técnico con nivel de ingreso 9º, es graduar a un bachiller según los requerimientos del Ministerio de Educación (MINED), rector metodológico de dicha formación, con conocimientos de enfermería, en correspondencia con los modos de actuación y funciones establecidos por el Ministerio de Salud Pública para dicha formación.

Los docentes entrevistados explicaron que en la Educación en el Trabajo, es decir, en los escenarios docentes-asistenciales, los estudiantes adquieren esos contenidos a través de la observación de las acciones de enfermería que realizan los tutores y demás profesionales en ejercicio, durante el contacto interpersonal que establecen en la relación enfermero-paciente, enfermero-acompañante o familiares y también mediante las propias acciones que los estudiantes realizan a partir de la orientación, guía y control del tutor. Añadieron que es insuficiente la preparación que los estudiantes reciben del tema Comunicación; lo inician en el 1er semestre del 1er año de la Licenciatura, o sea, en ciclo de la formación profesional, en la asignatura Fundamentos de la Comunicación y el Aprendizaje (14h/c). el cual se retoma en el séptimo semestre en el 4º año del Plan “D” cuando estudian Administración de los Servicios de Enfermería (30h/c de ellas 12 Educación en el Trabajo y 18 Conferencias) en el programa de la Disciplina Enfermería. Expresaron que la carrera podría realizar acciones que posibilita el tratamiento docente y metodológico de las insuficiencias en la comunicación interpersonal. La autora de este trabajo, estima no es ocioso comenzar temprano, la formación de la comunicación como habilidad, por ser un proceso complejo y, porque mediante la comunicación se forman y desarrollan las ideas, representaciones y sentimientos (Ibarra, 2008).

Como resultado de la observación se apreció que los vínculos y la comunicación con las personas del policlínico, eran adecuados y limitados básicamente a la alimentación. Los estudiantes se reunían en grupitos, hablaban sin mirarse, alto, caminando dejando atrás al otro, a la vez, con tono y gestos agresivos; se interrumpían, se prohibían hablar o se mandaban a callar. Se comunicaban entre sí, para la burla, el choteo y la jarana. Fueron objeto de observación 4 habilidades comunicativas escogidas ente las mencionadas por Borrego (2007). Varios de los aspectos observados entre los estudiantes fueron señalados por Goizueta (2011, p. 150), como errores cometidos frecuentemente en la Relación Enfermero Paciente,

por ejemplo: hablar al mismo tiempo que el paciente, hablar rápido, no mirarlo, no darle al paciente el tiempo necesario para hablar. De las 4 habilidades observadas posee las 4 (100 %) solo 4 estudiantes (20 %) y no poseen ninguna habilidad (0 %) 4 estudiantes (20 %) Se refuerza la importancia del tema Comunicación y su tratamiento como habilidad a formar y no solo como acción a imitar.

Respecto a las relaciones interpersonales, con los/las gerontes, fueron infrecuente en contactos, no obstante, en ellos prevalecieron la aceptación y sentimientos agradables, lo cual contrastó con la relación de los estudiantes entre sí, más frecuentes y menos ricos en manifestaciones de simpatía y amistad entre los participantes en el proceso de comunicación. Ambas variables evaluaron de insatisfactorias. Como grupo etario se estimó pesaban factores sociales y psicológicos, pues como expresa Ibarra (2008) la personalidad se revela en la comunicación que, como fenómeno psicológico, es un proceso de integración entre las personas en el cual se expresan sus cualidades psicológicas; comunicarse es reconocer al otro, tomarlo en consideración, de forma dinámica, activa.

En la encuesta a estudiantes, por la edad promedio del grupo se consideró que transitan por la adolescencia donde es típica la burla, el choteo, la irreverencia. Fue elevado el por ciento de 80% de los que cohabitaban con al menos 1 geronte. El 95% hablan “diariamente”, “por ratos”, “con ellos, se estimó insuficientes los vínculos para crear como refiere Perelló Cabrera (2000), zonas comunes de experiencia en las que se da la comunicación interpersonal y ésta pueda desplegarse libremente, en planos de igualdad.

Por otra parte, 1 (5 %) no hablaba nunca con su tío, lo que mostró una situación de violencia intrafamiliar, en la que no se profundizó por salirse de los marcos de esta investigación y fue tramitada por el departamento docente de la institución.

Al comparar las actividades que los estudiantes realizaban con sus convivientes gerontes y su frecuencia de realización con aquellas que más gustan a los estudiantes (Tabla 1) se constató que estas últimas eran las menos realizadas o no realizadas con sus convivientes por diversas causas, en general, por la fatiga o indisposición de los gerontes; por situaciones: propias de su salud, laborales, familiares y por transporte, porque “no sabemos tirar fotos y no salen bien”; “no tiene amino a su edad” ambas expresiones fueron comentadas durante los análisis de los resultados de los instrumentos, también las añadidas por considerarlas nuevos satisfactores de necesidades emergentes como reflejo de la realidad que viven. Son pocas las actividades en las que los/las gerontes pueden, hasta donde su salud se lo permite, participar, al decir de Calviño (2014) con identidad de miembro activo, junto a otros en una actividad colectiva. Es importante realizar actividades intergeneracionales; al realizar actividades juntos, parafraseando a Gutiérrez (2001), podrían hacer reajuste en la relación, expresar sus necesidades y conocer las de los demás, ello favorecería se agrupen para la consecución de un fin común y así mantienen la cohesión social.

Se apreció como fuerte el vínculo afectivo con la madre y la abuela, ellas se mencionaron en las tres interrogantes, y ellas les cuidan, protegen, apoyan y aconsejan.

Acuden a la madre en situaciones gratas e ingratas, se infiere que con ella tienen una comunicación como refieren Bermúdez & Pérez (2007) clara y directa, pueden decir lo que piensan y desean sin que se sientan ofendidas, de eso trata la comunicación de afianzar, restablecer y generar lazos de confianza que unan a las personas.

Con el completamiento de frases, se evaluó la comunicación de inadecuada, debido al desconocimiento de la comunicación verbal y extraverbal (gestual) y las relaciones interpersonales de satisfactoria por la adecuada representación social (percepción) predominante en los estudiantes respecto a los/las gerontes, por la presencia mayoritaria de relaciones de aceptación, solidaridad, confianza y reciprocidad y poca manifestación de conflictos, así como, satisfacción con la relación y comunicación con personas mayores.

Cuestionario Concepciones sobre la Edad (CCE), en el grupo primó una percepción apropiada, razón por la cual con este instrumento la evaluación de las dos variables tiende a satisfactoria, dada la influencia de las percepciones en la comunicación con los gerontes, pues la comunicación es inseparable de todos los procesos vinculados con el conocimiento y la sociedad. (Perelló, 2000) es valioso conocer cómo son las percepciones de los jóvenes respecto a la edad por su influencia en la comunicación y en las relaciones interpersonales con los gerontes, para evitar el reforzamiento de imágenes negativas; pues precisa Perelló Cabrera J.L (2000) que los medios de comunicación masivos, las relaciones interpersonales y la experiencia personal son las fuentes principales en la construcción de imágenes.

Análisis de los productos de la actividad humana, en general en el análisis de los resúmenes se evaluó de bueno el trabajo realizado por los 6 equipos, a través de los comentarios se apreció que hubo un buen ambiente durante el intercambio grupal, risas, cooperación, aceptación, discrepancias y las dudas se aclararon, y se amplió el conocimiento de los estudiantes al darse cuenta que cada uno de ellos tiene su manera de decir, como expresa Bermúdez (2007) su sistema propio de comunicación y que eso hay que respetarlo. De igual manera, se respetaron y asumieron los códigos de los estudiantes (Dejar, Arreglar, Guitar) en lugar de: Mantener, Adecuar para mantener y Retirar, así como, los argumentos expuestos por los diferentes equipos.

Ejemplo de algunas actividades contenidas en la Hoja de Trabajo de los equipos.

Equipo 1. Analizó 4 actividades de ellas 2 refranes y 2 poema.

Actividad 1. “Del refranero...” Refrán: 1.a) “Más vale quedarse para vestir santos, ... que casarse para desvestir borrachos”

Objetivos: ejercitar la memoria de los/las gerontes, al recordar el texto original. Conversar acerca de los hábitos y estilos de vida insanos, la familia y los abuelos. Ampliar la cultura general de los participantes, mediante al acercamiento a costumbres del pasado y favorecer su conexión con el futuro

Procedimiento: se dice un fragmento del refrán y los participantes deben completarlo con el texto original.

1.b) Refrán: “Camarón que se duerme...se lo lleva la corriente”

Objetivos: ejercitar la memoria y la creatividad. Destacar la movilidad social y cultural inherente al desarrollo. Dialogar acerca de la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada, que distinguen a los jóvenes de los gerontes.

Procedimiento: se explica brevemente qué es un refrán. Se dice un fragmento del refrán y los participantes deben completarlo con el texto original. Se analiza el mensaje implícito en el refrán. Seguidamente de completa con su nueva versión expresada por el grupo musical Buena Fe: “Camarón que se duerme, se lo comen los turistas” y, destacar la movilidad social y cultural inherente al desarrollo, proceso en el que también están inmerso los gerontes, aspecto a veces difícil de visualizar por algunos de ellos.

A continuación, se les pide que digan otros refranes que conozcan, quién se lo enseñó, cuándo y dónde.

Un estudiante expresó “árbol que crece torcido, jamás su tronco endereza” lo decía mi abuela, cuando las personas hacen cosas malas. Otro dijo, “pero las personas no son árboles, hay personas que cambian y no siguen haciendo cosas malas”, otro, “si esa persona cumplió no hay porque seguir sacándole que se equivocó”

Actividad 2. Poemas: 2.a) “Décimas del tiempo tiempo” (fragmento) de Raúl Ferrer

Objetivos: promover la reflexión acerca de las posibilidades que se tienen en la adultez mayor para hacer cosas nuevas.

Procedimiento: se crean pequeñas agrupaciones y se les entrega el fragmento escrito. Se hace una lectura general en voz alta.

Texto del poema:

“Me duele que pase el día / no porque me ponga viejo / ni por la tarde que dejo / ni por su melancolía.

Me duele esa paz vacía / cuando la puede llenar / con la fiesta de luchar, el trabajo, la visita, / y con la suerte infinita de las cosas por crear”.

Seguido en los grupos se hará una lectura reflexiva, para responder a las preguntas: ¿Les gustó el poema?, ¿qué les hizo pensar?, ¿Alguien desea decir algo más?

Una estudiante expresó, “lo que no me gustó de ese poema es que habla de la soledad y me hizo pensar que la soledad es una de las cosas más malas del mundo”; otro “es de gran importancia la convivencia con las personas mayores”. Se les explicó de manera comprensible para ellos, lo expresado por Bermúdez & Pérez (2007) acerca de lo complejo que es el proceso de comunicación, por la diversidad de todos los elementos que diferencian a una persona de otra, y también a su variabilidad en el tiempo; el cambio, es inherente al desarrollo.

Equipo 2

Actividad 3. a) Canción: “Color esperanza” cantada por Diego Torres,

Objetivos: Educar la tolerancia y el respeto a los gustos de otros. Descubrir la diversidad de sentimientos que provoca la música, optimismo, alegría, tristeza, entre otros, así como la variedad de mensajes que transmiten, su efecto sobre la salud.

Procedimiento: a) Indagar acerca de sus gustos musicales, tipo de música, autores, intérpretes, grupos musicales, cuál es su preferida y porqué, entre otros datos de los participantes. b) El facilitador o coordinador de la actividad también dará expondrá sus preferencias, y pondrá a disposición de los demás, su música preferida: la canción “Color esperanza”. c) Se puede circular entre los participantes el texto de la canción para que individualmente lo lean y analicen, y digan qué les parece. Se escucha o se mira y canta con el video de la canción (según el dispositivo tecnológico que se posea). Cantan y bailan aquellos que lo deseen.

Texto de la canción:

Se, que hay en tus ojos con solo mirar
Que estás cansado de andar y de andar
Y caminar, girando siempre en un lugar
Se, que las ventanas se pueden abrir
Cambiar el aire depende de ti
Te ayudara, vale la pena una vez más.
Saber que se puede, querer que se pueda
Quitarse los miedos, sacarlos afuera
Pintarse la cara color esperanza
Tentar al futuro con el corazón.
Es mejor perderse, que nunca embarcar
Mejor tentarse a dejar de intentar
Aunque ya ves que no están fácil empezar
Se, que lo imposible se puede lograr
Que la tristeza algún día se ira
Así será, la vida cambia y cambiará
Sentirás, que el alma vuela por cantar una vez más
Saber que se puede, querer que se pueda
Quitarse los miedos sacarlos afuera

Pintarse la cara color esperanza
Tentar al futuro con el corazón
Saber que se puede, querer que se pueda
Quitarse los miedos sacarlos afuera
Pintarse la cara color esperanza
Tentar al futuro con el corazón
Vale más poder brillar que solo buscar ver el sol.
Pintarse la cara color esperanza
Tentar al futuro con el corazón
Saber que se puede, querer que se pueda
Quitarse los miedos sacarlos afuera
Pintarse la cara color esperanza
Tentar al futuro con el corazón
Saber que se puede, querer que se pueda

3. b) “Todo el mundo canta”

Objetivos: estimular la creatividad a través de décimas improvisadas; favorecer la actividad física en aquellos que deseen palmotear, cantar y bailar. Conversar de los efectos de la actividad física para el mantenimiento de la salud física y mental.

Procedimiento: el facilitador o coordinador de la actividad pondrá a disposición de los demás una cuarteta “Pero yo me siento bien”, escrita para que la lean, escuchen al ser cantada, la tarareen o canten los que lo deseen. Seguidamente se dialoga acerca de su contenido y de la arteterapia (musicoterapia, bailoterapia, ludoterapia, biblioterapia) para los (as) gerontes.

Texto de la décima:

Me duele la punta del pie
la oreja, la rabadilla,
también acá en la rodilla,
pero yo me siento ¡bien! ¡Chacachán!

Actividad 4. Un acróstico: “Vale la pena”

Objetivos: Estimular los procesos del pensamiento. Ofrecer información breve referida a la importancia de la comunicación interpersonal en la vejez o adultez mayor. Dialogar acerca de los axiomas de la comunicación.

Procedimiento: Indicar que complete los espacios en blanco, como una palabra que concuerde: a)1.- Vida, existencia diaria. 2.- Del verbo valer. 3.- Adverbio de tiempo.

Del acróstico cuyo texto era VIVIR VALE SIEMPRE, expresaron: “muy bonita la enseñanza que nos deja este acróstico, porque la vida vale más que cualquier cosa”.

Los estudiantes comentaron; muy linda la canción de Diego Torres, se puede hasta bailar con ella. De la cuarteta dijeron “No entendemos” y la quitaron. Se debió informar previamente qué es una cuarteta, y que en la vejez pueden aparecer varias enfermedades y se debe consumir varios medicamentos. Es importante colaborar con las personas mayores en el mantenimiento de una actitud positiva. Se corroboró lo señalado por Ojalvo (2000) que la ausencia de la información previa es uno de los factores que interviene en el proceso de distorsión del mensaje original. Del acróstico que “tiene una gran enseñanza porque la vida es lo más importante”.

Equipos 1,2,3,4,5. Actividad 16: Picnic con “traje”

Objetivos: estimular la actividad física, mediante un paseo al aire libre en un área segura; ofrecer a los/las gerontes la posibilidad de participar en la organización de una actividad colectiva, dirigir su propia actividad y recibir ayuda en su realización. Acopiar las opiniones acerca de las venturas y desventuras del sistema de actividades, y en qué medida se lograron los objetivos para los que fue diseñado.

Procedimientos: se solicita a los estudiantes que organicen con sus familiares un picnic, donde con las aportaciones de los participantes se preparara en colectivo un sencillo brindis. Se recuerda el sentido dado a la palabra “traje” no como prenda de vestir sino como verbo. “Traje” del verbo traer, “traje” esto o aquello para el convite colectivo. Se deja a iniciativa de los participantes la organización de actividades adicionales deportivas y/o artísticas.

Agradó a todos esta actividad; hubo expresiones colectivas tales como: “que rico me gusta cocinar, aunque no me dejan; a mi comer es lo que me gusta; es bueno, un paseo al aire libre; cuando caminas buscas un lugar que te agrade, sentarte, tener una buena vista; muy bueno compartir con las personas que hacen su trabajo; así convivimos con otras personas al aire libre”

Siempre, que fue posible, se intercambió presencial o virtualmente con el mayor número de los miembros del equipo los argumentos que respaldaban esas decisiones. Se consideró muy adecuada la decisión de los estudiantes, sobre todo porque a ella arribaron a partir de sus conocimientos experienciales y vivencias, entre las 25 actividades propuestas, que incluían refranes; poemas; cuentos y fábulas; canciones y cuarteta, acróstico; paseos; juegos de roles, matemáticos, de adivinanzas; manualidades; escenificaciones, coleccionismo. los estudiantes decidieron dejar 17 (68 %) arreglar y dejar 2 (8 %) y, quitar 6 (24 %).

Opinión de usuarios, las actividades diseñadas con ellos y para ellos, fueron diversas, satisfacían diferentes gustos, fáciles y de bajo costo, muy agradables; daban consejos; mejoraban el contacto entre las personas; enseñaban a ser mejor persona; y, en una escala de 0 a 10, le otorgaron 8,6 puntos. Comunicarse es un proceso complejo debido a la diversidad de todos los elementos que diferencian a una persona de otra ese proceso puede facilitarse mediante actividades socioculturales diseñadas con tal fin. En total 19 actividades (76 %) fueron aceptadas por los estudiantes porque en su opinión eran apropiadas, para favorecer al acercamiento con los gerontes de su entorno social y familiar, para mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales con ellos.

Triangulación metodológica, permitió diseñar las actividades logrando la reversión de las dificultades empleando las potencialidades, sus aspectos generales señalan a continuación.

Aspectos generales de las actividades diseñadas

Fueron concebidas previa identificación de elementos de la cultura de los estudiantes entre ellos las representaciones sociales respecto a la edad, y otros datos aportados por ellos de sus vivencias con los/las gerontes de su entorno; se les dio el calificativo de socioculturales pues la cultura está en la raíz del pensamiento y las relaciones sociales.

En lo educativo, se sostienen en los pilares de la educación para el siglo XXI declarados por Delors (1996). Aprender a conocer, al combinar en específico FAE- con elementos de comunicación y vejez. Aprender a aprender, al utilizar lo vivenciado por los estudiantes a lo largo de la vida para enjuiciar las actividades que se les propusieron y decidir mediante el trabajo en equipo y, con ello, Aprender a ser, obrando con autonomía, juicio y responsabilidad personal. Aprender a vivir juntos, al realizar actividades conjuntas que favorecieran el desarrollo de la comprensión al otro, lo cual los prepara para el manejo de las discrepancias y los conflictos, respetando los valores del pluralismo y la paz.

Su realización en casa en ambiente lúdico, es una oportunidad para los/las gerontes, de participar con independencia y conscientemente con los familiares en actividades que contribuyan a la recuperación de sus saberes experienciales; un nuevo modo de comunicarse y relacionarse con los más jóvenes que difiere de otras experiencias; una forma distinta de organización de su espacio-tiempo que les brinda la posibilidad de legar sus saberes y que les proporciona alegrías y apoyo emocional. En situaciones como estas, se logra que la comunicación cumpla con sus funciones, según en acuerdo con Bermúdez (2007) Informativa, que permite la transmisión y recepción de la información que constituye el contenido de la comunicación; Reguladora que permite las influencias, el control y la regulación mutua y, Afectivo-valorativa, que permite la expresión de las vivencias afectivas: emociones, sentimientos, tanto de forma explícita y verbal como de modo no verbal a través de gestos, caricias.

CONCLUSIONES

Saber cómo los estudiantes de la formación técnico de enfermería con nivel de ingreso 9º grado, percibían a los gerontes de su entorno y cómo era su comunicación con ellos, además, de posibilitar el diseño de actividades lúdicas para modificar y/o reforzar dichas percepciones, abrió una línea de ayuda mutua, que con el apoyo de familiares, amigos e instituciones sociales, propició mejoras en la comunicación y en las relaciones interpersonales, favoreció la integración de nuevos valores como el respeto, la cooperación y la solidaridad en el acceso a la cultura no solo como consumidores sino como coproductores y copromotores culturales, con efectos beneficios para la salud de los todos. Se confirmó que es posible en las clases de FAE y en un ambiente lúdico utilizar elementos de la cultura, los conocimientos y las vivencias de los estudiantes de la formación Enfermero técnico con nivel de ingreso 9º grado, para proporcionarles la experiencia de aprender sobre la comunicación y los gerontes como seres biopsicosociales y espirituales, mediante actividades diseñadas con ese propósito, que posibilitan su acercamiento a ese segmento poblacional y los prepara para futuros aprendizajes.

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes y trabajadores del Policlínico Universitario “Luis Galván Soca”, en especial a los estudiantes del 1er. año del Enfermero Técnico con nivel de ingreso 9º y a sus padres o tutores por su desinteresada participación en esta investigación, así como a la Dr. C. Xiomara Casanova Acosta por su comprensión e incondicional apoyo.

REFERENCIAS

Alfonso Fraga J.C., Franco Suárez M del C., Hernández E de la C., Mena Correa M., Pifferrer Campins G., Plana Álvarez A., et.al. (2016). Envejecimiento poblacional en Cuba. A partir del Censo de Población y Viviendas de 2012. La Habana: Ciencias Sociales.

Alonso García O. (2008). La comunicación como función del lenguaje. En: Biblioterapia y desarrollo personal. La Habana: Ciencias Médicas.

Bermúdez Morris R. & Pérez Martín L.M. (2007) La orientación y la comunicación. En: La orientación individual en contextos educativos. La Habana: Pueblo y Educación.

Borrego Borrego M.& Ribalta Naranjo D. (2007). Comunicación. Herramienta para el trabajo en enfermería. La Habana: Ciencias Médicas.

Calviño M. (2014). Cambiando de Mentalidad empezando por el jefe. La Habana. Edit. Academia.

Cuba. Informe Voluntario de Cuba (2019, 24 de junio). Informe Nacional sobre la implementación de la Agenda 2030. https://foroalc2030.cepal.org/2019/sites/foro2019/files/informe_nacional_voluntario_de_cuba_sobre_implementacion_de_la_agenda_2030.pdf

Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. París: Ediciones UNESCO.

Goizueta Simal, M.R. (2011). Cap 5. La relación enfermero paciente (pp.135-158) En: García Valdés M.M. & Díaz González J.A. (Comp). Psicología y práctica profesional de enfermería. La Habana: Ciencias Médicas.

Gutiérrez Orlando V. (2001). Proyecto Educación a Distancia Vía Email (EDIVEM). Módulo 4. La comunicación. Los apoyos didácticos. Estrategias y metodologías de aprendizaje de adultos. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. Estación Experimental Agropecuaria Bordenave. Argentina.

Ibarra Mustelier LM. (2008). Comunicación. Una necesidad de la escuela de hoy. La Habana: Félix Varela.

Ojalvo V. (2000). La Comunicación Educativa. Universidad de la Habana. La Habana: Centro de Estudio para el perfeccionamiento de la Educación Superior.

Perelló Cabrera J.L. (2000). Manual de Comunicación Interpersonal. La Habana: Félix Varela.

SISTEMA DE ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYEN AL BIENESTAR EN LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN

System of activities that contribute to the well-being of the student community of the University of Holguín

Mariuska Quiñones Aguilar¹, Jean Carlos Fernández Carralero²

¹ Universidad de Holguín, Cuba, mariuska@uho.edu.cu, 0000-0001-8274-4561

² Universidad de Holguín, Cuba

Resumen

El objetivo principal de la educación es alcanzar un desarrollo integral de la personalidad. En consecuencia, la educación es una condición necesaria para promover el bienestar debido a que desarrolla las habilidades para la vida, identifica las posibilidades de elección saludables y el empoderamiento de los individuos y la comunidad para actuar en defensa de su salud. Es por ello que las Universidades constituyen agentes importantes de socialización entre sus estudiantes, por lo que tienen el deber de desarrollar estrategias y programas educativos dirigidos a la prevención de enfermedades, lo que implica considerar las particularidades de los adolescentes y jóvenes. Tratar de resolver esta problemática, implica acercarse al imaginario de lo que sería una “institución saludable” que se aspira a tener y mantener. Durante el curso lectivo se realizan múltiples actividades educativas en diferentes modalidades, que avalan su impacto intra y extrauniversitario, en estrecha relación con los programas transversales del MES para la calidad de vida del estudiante universitario y población en general. En el trabajo se relacionan las prácticas más comunes, cuyos buenos resultados están certificados por los informes estadísticos y cualitativos, además de sus evidencias.

INTRODUCCIÓN

“Hay que trabajar para que los problemas de salud estén integrados al proceso pedagógico y que parte de nuestra Pedagogía y de nuestra Educación sea educar a nuestros jóvenes para que sean ciudadanos más sanos, plenos, para que tengan una noción de la vida cualitativamente superior.”

Como afirma Gómez (1993) en el Discurso pronunciado en la Reunión Conjunta MINED – MINSAP, resulta evidente que el tema a tratar lo constituye la prevención de enfermedades y la promoción de salud en la Universidad de Holguín.

El objetivo principal de la educación es alcanzar un desarrollo integral de la personalidad. Este proceso de formación incluye la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades. De esta manera, la educación es una condición necesaria para promover la salud debido a que desarrolla las habilidades para la vida, identifica las posibilidades de elección saludables y el empoderamiento de los individuos y la comunidad para actuar en defensa de su salud.

La promoción de la salud se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoren la calidad de vida: los valores sociales (responsabilidad, solidaridad, cooperación, compromiso, entre otros), la participación de los individuos en actividades comunitarias y su integración en actividades grupales positivas (deportes, lecturas, arte, entre otras); así como el desarrollo personal de los individuos (autoestima, relaciones interpersonales, proyectos de vida, superación de obstáculos, derechos y deberes, entre otros).

La comunidad educativa es un contexto privilegiado para actuar con programas dirigidos a la prevención y al refuerzo de factores de protección que limiten o, al menos, disminuyan las posibilidades de aparición de conductas de riesgo. Además, el diseño de los planes de estudio, permite trabajar de forma continuada con grupos de alumnos, adaptando el objetivo y las estrategias a cada etapa evolutiva y a las características diferenciales de cada grupo.

Según el Programa Nacional de Prevención del uso indebido de drogas (2014), la Educación para la salud consiste en “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”. Es una herramienta indispensable dentro de la promoción de la salud y como tal exige un trabajo conjunto multisectorial no está restringida solamente ni a la educación ni al sector salud.

En esta línea, las actuaciones preventivas dirigidas al conjunto del ámbito educativo, pretenden lograr objetivos como la promoción de la salud y la formación de actitudes positivas hacia la misma. Con este fin, los distintos programas incluyen el desarrollo de diferentes acciones educativas: búsqueda de información, promoción de hábitos saludables, fomento del autocontrol emocional, entrenamiento para afrontar con éxito los problemas de la vida cotidiana, entre otros.

Es por ello que las Universidades, como centros educacionales, constituyen agentes importantes de socialización de sus estudiantes, por lo que tienen el deber de desarrollar estrategias y programas educativos dirigidos a la prevención de enfermedades, centrados en las necesidades de sus educandos, lo que implica considerar las particularidades de los adolescentes y jóvenes. Tratar de resolver esta problemática, implica acercarnos al imaginario de lo que sería una “institución saludable” que aspiramos a tener y mantener.

Lo antes expuesto permitió determinar el siguiente problema profesional: ¿Cómo sistematizar el trabajo de promoción de salud y la prevención de enfermedades en la Universidad de Holguín?

El mismo se ha trazado el objetivo de visualizar el resultado de las actividades extensionistas sobre prevención de enfermedades y promoción de salud que se realizan en la Universidad de Holguín, a través de evidencias científicas obtenidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales de diversas conductas de riesgo incluyendo el abuso de drogas legales e ilegales, la proliferación de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y otras enfermedades, la prostitución y el trabajo con vectores.

Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (1999), la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación desempeña un papel fundamental.

La Universidad de Holguín cuenta con la Vicerrectoría de Extensión Universitaria y Residencia Estudiantil, dentro de ella se encuentra la Dirección de Extensión Universitaria que atiende el subproceso de Salud y Calidad de Vida. Se trabaja directamente con todos los Programas priorizados por el MES entre los que se encuentran los que responden a la prevención de enfermedades y la promoción de salud: Prevención del uso indebido de drogas, ITS/VIH/SIDA y Tuberculosis.

Entre las líneas de trabajo que se priorizan se destacan las actividades para prevenir la prostitución, fomentar la lucha anti vectorial, enfrentamiento a las indisciplinas sociales, planificación familiar, entre otros. En estos se implementan diferentes estrategias que potencian la Promoción de salud desde dentro y fuera de las aulas.

Durante el curso lectivo se realizan más de 100 actividades educativas en diferentes modalidades, que avalan su impacto intra y extrauniversitario, así como el alcance en el sistema de capacitación y promoción de salud integral, en estrecha relación con los programas transversales del MES para la calidad de vida del estudiante universitario y población en general.

Reglas descriptivas

La Universidad cuenta con una Comisión de Prevención que la preside el Rector. Se actualiza durante los primeros 15 días del curso escolar, debido a los movimientos de cuadros o de personal docente designado. El asesor del Rector en esta Comisión es el Coordinador de los Programas de prevención, quien a su vez tiene réplica en cada una de las facultades y Centros Universitarios Municipales. A este personal se le brinda asesoría y apoyo en las actividades con la entrega de materiales metodológicos y capacitaciones que contribuyen a la implementación de acciones educativas.

Este personal ya capacitado se encarga, junto al equipo de trabajo educativo de las carreras, de realizar el Diagnóstico preventivo por grupos de riesgo (establecidos en el Programa Nacional de Prevención del uso indebido de drogas).

A su vez el personal médico de la institución realiza la dispensarización de todos los estudiantes. Estas informaciones tienen puntos en común que a lo largo del curso se pueden triangular.

Desde hace varios años se imparte el Curso Introductorio de Extensión Universitaria a todos los nuevos ingresos. Una conferencia panorámica, impartida por el coordinador, sobre los Programas de salud permite la motivación y la captación de los estudiantes que desean ser Promotores de salud.

Se implementan desde lo curricular las asignaturas electivas u optativas: Salud y Calidad de Vida y Las drogas y su impacto en la salud humana, con 32 horas las cuales se imparten durante todo el curso escolar en diferentes carreras. Las especialidades que tienen perfil pedagógico reciben una serie de asignaturas propias que trabajan la prevención y la promoción: Escuela, salud y sexualidad, Dirección, Organización e Higiene Escolar.

Desde el inicio del curso el trabajo en la residencia estudiantil se establece como sistema: la entrega y distribución de materiales educativos e informativos, que permiten la lectura y discusión de estos, la consejería por parte de psicólogos y personal de los consultorios médicos entre otras. Se han logrado realizar múltiples actividades preventivas.

Se integra el trabajo con el Ministerio de Salud Pública, orientado mensualmente desde la reunión de Grupo Operativo Prevención y Lucha contra el SIDA y Salud y Calidad de Vida los primeros viernes de cada mes, con la celebración de la Jornada del Bienestar, generalmente en la segunda semana del mes de septiembre. Durante la misma se aplican técnicas de participación para lograr la socialización entre los estudiantes, se imparten conferencias especializadas, así como actividades comunitarias.

Durante el mes de octubre, ya con el Diagnóstico Preventivo concluido, se actualiza el Plan de Acción en base a sus resultados. Se presenta en el Consejo de Dirección de la Universidad y queda se aprueba por Resolución Rectoral. Estos datos también se presentan en la reunión del Grupo de Prevención, Asistencia y Trabajo Social (rectorado por el gobierno municipal y provincial) todos los lunes.

Durante este mes se realiza el Curso de Formación de Promotores Integrales. Según la captación, se hace un grupo por cada sede y se imparten en 2 horarios (mañana y tarde), para no afectar el horario docente. El Programa está compuesto por 4 temas (sexualidad responsable, adicciones, enfermedades infectocontagiosas y técnicas para el trabajo como promotor).

Se celebran todas las fechas establecidas por la Organización Mundial de la Salud con varias iniciativas que pueden subir desde la brigada o ser planificadas desde la Provincia como actos. Se Anexa el sistema de actividades según los meses.

Entre las actividades de más impacto podemos mencionar la realización del Ejercicio Interno Droga 2018 que involucró a las 8 Facultades existentes con

buenos resultados donde se destaca el 91 % de conocimiento del Programa por parte de los estudiantes.

El desarrollo de la Jornada de Prevención de la Tuberculosis que se realiza durante el mes de marzo, espacio que se aprovechó para capacitar a 20 promotores. Se contó con la participación de varios especialistas de salud, como el Dr. Jorge Luis Quiñones Jefe del Departamento de Promoción en la provincia de Holguín, donde además fuimos seleccionados sede del acto provincial por esta fecha.

La salida investigativa del subproceso está determinada por el desarrollo del XI Taller Provincial de los Programas de Salud y Calidad de Vida con la participación de más de 60 ponencias, donde se destacan 15 trabajos por parte de estudiantes y 10 de las Centro Universitario Municipal durante el mes de abril, este evento además tiene como prioridad el vínculo con las CUAM del territorio con más de 14 ponencias y trabajos de Salud Provincial para conformar la Comisión Provincial de Tabaco.

La Jornada por el Día Mundial libre de humo se desarrolló con múltiples exposiciones y con el desarrollo de 4 charlas educativas y 1 consejería sobre cesación tabáquica en la sede JLC por parte del gabinete de orientación, el cual forma parte del Centro de Bienestar Universitario.

Se fortalece también la línea medioambiental, con el XII Taller Regional de Medio Ambiente desarrollado en la universidad unido a la Jornada por la prevención del tráfico de drogas duras donde se realizaron diversas actividades donde se destaca la presentación de literaturas sobre el tema.

Se ideó un espacio llamado Martes por la salud, de desarrolla en todas las sedes, destacándose la proyección de audiovisuales, spot promocionales y exposiciones de materiales de prevención. Estos fueron dedicados a las enfermedades transmitidas por vectores encaminadas a la situación epidemiológica que presenta nuestro territorio. En estas actividades se coordinó con el Departamento Provincial para la distribución de materiales educativos.

Se realizan las visitas al Centro Provincial de Promoción de salud y prevención de enfermedades con la participación de estudiantes los que intercambiaron con especialistas. Se prioriza la participación de los promotores de salud por lo importante que es este intercambio para su preparación.

Se ejecutan exposiciones en las diferentes actividades planificadas en el plan de trabajo de la universidad donde resaltan los actos de cambios de mandos por directivos de la institución, Acreditación de Evaluaciones externas y otras por las organizaciones políticas. Se destaca que la universidad ha venido ganando en los últimos años una amplia propaganda gráfica de promoción de salud por el fortalecimiento de las relaciones de trabajo sistemática con el Departamento Provincial de Prevención de enfermedades y Promoción de Salud.

La Dirección de Extensión tiene el boletín Musa Traviesa editado por el subproceso de divulgación de la Dirección de Extensión Universitaria, existen

publicados varios artículos en las ediciones realizadas que tienen que ver con la prevención de enfermedades y la promoción de salud. Desde la Radio Base Universitaria se realizan spot promocional y programas radiales que aconsejan y orientan a la comunidad sobre los estilos de vida saludables.

El accionar de los Programas de salud se divulga también mediante las redes sociales. Existen varias publicaciones y artículos en la web que dirige la de Dirección de Extensión Universitaria y en la intranet de nuestra Universidad sobre los temas de salud.

Se solicitan los informes estadísticos con 15 días de antelación para lograr una fiscalización de la información con calidad y así poder cumplir en la disciplina informativa al Ministerio de Educación Superior (en el envío de los informes estadísticos en los periodos establecidos)

Se cumple con la realización de 10 reuniones planificadas por la Comisión de prevención, cumpliendo con el Plan Temático y con buena asistencia por parte de los coordinadores de las diferentes áreas de la universidad.

Se participa en todas las reuniones convocadas por la dirección provincial de Salud en Grupo Operativo Prevención y Lucha contra el SIDA y en las del Grupo de Prevención y Asistencia y Trabajo Social convocadas por el gobierno provincial en el territorio destacando el cumplimiento de las tareas dirigidas por la Universidad de Holguín.

Se planifican y realizan visitas a Casas de Niños sin amparo filial y a Hogares de ancianos como parte de las iniciativas de la realización de los Festivales a todos los niveles del movimiento de artistas aficionados en la atención a estas instituciones, vinculando la presencia de la Federación Estudiantil Universitaria y los Comité de la Unión de Jóvenes Comunistas, así como las Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad. Se reconocen las excelentes relaciones con la coordinadora del Programa Nacional que dirige desde el Ministerio de Educación Superior.

Los Programas de Salud realizan actividades con salida desde los proyectos extensionistas que se desarrollan en las diferentes comunidades que atienden los mismos, lo cual se destaca el proyecto Luz Nocturna que desarrolla la Dirección de Extensión Universidad.

Los Programas de salud se vinculan con el trabajo de las Cátedras Honoríficas. Se destacan en las temáticas preventivas: Escuela Salud y Sexualidad, Género y familia y Bioética. Todas aportan actividades que tributan al Centro de Bienestar Universitario fundado en la Universidad desde el 1 de diciembre de 2015.

Se mantienen las consultas de orientación psicológica, en las que se atienden alrededor de 20 personas entre estudiantes y trabajadores, en 2 de las sedes.

La sede Manuel Fajardo tiene adscripto el Centro de Estudios de la Actividad Física Terapéutica y Deportes de Combate que mantiene un trabajo investigativo relevante sobre la ATAXIA y estudios sobre el cáncer de mama.



Figura 1 Resumen de Actividades realizadas durante el curso 2021 – 2022

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cada actividad realizada, se reveló una buena motivación por parte de los estudiantes, espontaneidad al realizar las acciones y respuesta positiva de toda la comunidad universitaria. Estas actividades posibilitaron la conducción del trabajo político ideológico, además se vincularon con otros subprocesos de la Extensión Universitaria como el Movimiento de Artistas Aficionados, los Proyectos Extensionistas y las Cátedras Honoríficas.

Las buenas prácticas ejecutadas en el proceso educativo de la comunidad universitaria actuó como elemento aglutinador de los actores del proceso, actuando como un indicador del desarrollo grupal que favorece el crecimiento de los estudiantes y permite garantizar la interacción entre los miembros en cada contexto de actuación. En el orden psicológico facilitaron las relaciones interpersonales con el grupo y su entorno expresado esto en la asunción de posiciones de protección a su integridad, independencia, privacidad, entre otros; demostrando transformaciones en sus puntos de vistas y de la visión que tienen sobre sí mismos.

En los últimos 3 cursos académicos se logró disminuir en más de 200 estudiantes la cantidad de incidencias en los Grupos de Riesgo que establecen los Modelos Estadísticos que establece el Sistema Informativo del Gobierno. Este resultado valida la implementación del trabajo preventivo en la Universidad de Holguín.

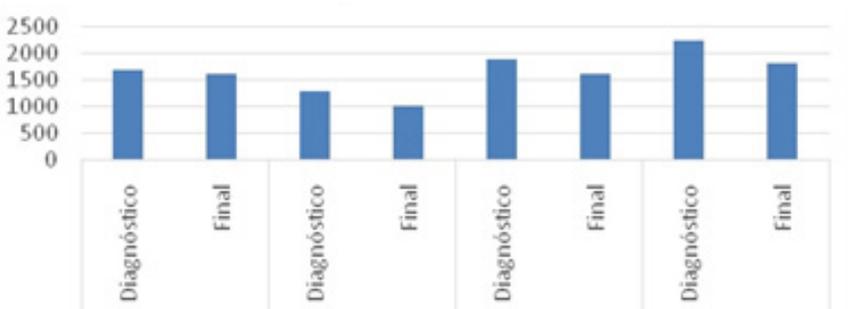


Figura 2. Resumen del comportamiento de los grupos de riesgos curso 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021 y 2021-2022

CONCLUSIONES

Se sistematizan las actividades desarrolladas dentro de la Universidad de Holguín, que han tenido alcance también en las comunidades aledañas. Se ofrecen a las instituciones universitarias, de manera especial a sus directivos, docentes y mediadores universitarios los conocimientos y herramientas necesarios para incorporar al estudiantado y a toda la comunidad universitaria en las actuaciones de prevención de enfermedades y promoción de salud. Se fomenta el desarrollo de hábitos saludables y de esta manera disminuyen los posibles daños derivados de conductas inadecuadas lo que contribuye al bienestar.

REFERENCIAS

Gómez, G. I, (1993). Discurso pronunciado en la Reunión Conjunta MINED – MINSAP.

González, G., Ramón, G., & Mercedes, G. F. L. (2001). Programa nacional de extensión universitaria. La Habana. Cuba, 230.

González, G. R. G., & Fernández-Larrea, M. G. (2003). Extensión universitaria: principales tendencias en su evolución y desarrollo. Revista cubana de educación superior.

León, R. S., Barrantes, M. S., Gutiérrez, A. R. M., Venegas, R. P., & Jiménez, B. C. (s.f.). Congreso Latinoamericano de Extensión Universitaria.

Ministerio de Educación Superior. (2014). Programa Nacional de prevención sobre el uso indebido de drogas. MES.

DISEÑO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN PAREJAS FEMENINAS. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Design of an educational program for the prevention of violence in female couples. University of Medical Sciences

MSc. Llanuris Llanes García¹, Dr.C. Raisel García Pérez², Dr.C. Tania Robaina Pedrosa³

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Villa Clara. Cuba,
llanurisllg@infomed.sld.cu, Orcid 0000-0002-5536-9361.

² Universidad de Ciencias Médicas. Villa Clara. Cuba,
<https://orcid.org/0000-0002-8966-5193>, raiselg@infomed.sld.cu

³ Universidad de Ciencias Médicas. Villa Clara. Cuba, taniarp@infomed.sld.cu, 0000-0003-2018-900x

Resumen

La violencia, se encuentra enmarcada entre los grandes males que acompañan el desarrollo de la sociedad. Objetivo: Diseñar un programa educativo para prevención de violencia en parejas femeninas. Universidad de Ciencias Médicas, 2021-2022. Métodos: Investigación cualitativa, utilizando la lógica de Investigación Acción Participativa, en tres etapas. La muestra quedó conformada por 60 participantes (30 parejas fêmeinas), de segundo, tercero, cuarto y quinto año de Medicina, con situaciones previas de violencia entre ellas y que facilitaron su consentimiento de participación; seleccionados de forma no probabilística intencional por criterios de inclusión y exclusión. Se tuvo en cuenta tres formas de manifestación de violencia: física, sexual y psicológica, J. Corsi (1995). Los métodos empíricos utilizados: observación, entrevista estructurada y semiestructurada, la técnica del vagabundeo y notas de campo. Posteriormente se aplicó triangulación de datos, que contribuyó al diseño de un programa de educación fundamentado en la metodología de educación popular para prevenir violencia en parejas fêmeinas, mediante acción conjunta. Fue valorado por nueve especialistas según su factibilidad y pertinencia para la implementación. Resultados: Predominó la violencia psicológica (maltrato verbal, tácticas manipuladoras, control de horarios y llamadas, celos, chantajes y amenazas) conllevando a la violencia física (agresión física). Entre la muestra no preponderó la violencia sexual. Conclusiones: la violencia como fenómeno multicausal estaba representada en parejas homosexuales femeninas que participaron en el estudio, con marcada incidencia de violencia psicológica y física, lo cual no dista en ningún aspecto de la que se manifiesta en una heterosexual.

INTRODUCCIÓN

La historia de la humanidad está plegada de hechos que resultan consecuencia de la práctica de acciones o costumbres negativas que se arraigan y constituyen estereotipos para las diferentes formaciones histórico sociales, ejemplo de ello lo constituye la violencia. Es uno de los grandes males que acompañan el desarrollo de la sociedad en el mundo entero.

La violencia ha sido definida como cualquier relación, proceso o condición por la cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psicológica o social de otra persona. Es considerada como el ejercicio de una fuerza indebida de un sujeto sobre otro, siempre que sea experimentada como negativa. (Corsi, 1995).

En bibliografías previamente revisadas se encuentra un énfasis en el estudio netamente de la violencia dirigida a infantes, mujeres y ancianos; ya sea en los disímiles contextos como son: sociales, familiares y escolares. Si bien analizamos las construcciones familiares siempre fueron asociadas entre la unión de un hombre y una mujer, por lo que estos estudios demuestran la violencia de pareja directamente a las relaciones heterosexuales.

Hoy en día esta visión está alejada de la realidad. Con las nuevas concepciones políticas, la vigencia de los derechos sexuales dentro de los derechos humanos, y el respaldo a la comunidad LGBTG+ nuevas formaciones familiares han surgido, creando un vínculo sólido y afectivo de parejas del mismo sexo; que no están exceptas/os a la violencia.

El presente trabajo pretendió solucionar esta deficiencia por lo que planteó como objetivo general: diseñar un programa educativo para la prevención de violencia en parejas féminas. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. 2021-2022.

Como objetivos específicos, se plantearon:

- Fundamentar los referentes teóricos y metodológicos sobre prevenir la violencia en parejas féminas desde la Educación Popular.
- Identificar las principales manifestaciones de la violencia en las parejas féminas.
- Diseñar un programa educativo para prevenir la violencia en parejas féminas desde la Educación Popular.
- Valorar por criterios de especialistas el programa educativo diseñado.

DESARROLLO

La metodología de la Educación Popular

La educación del ser humano ha sido uno de los principales temas que han abordado en sus estudios las ciencias sociales; dado que resulta esta una cuestión imposible de invisibilizar si se aspira a promover cualquier tipo de cambio social, por mínimo que fuese. Según Gallegos (2005) la educación es un proceso dirigido, organizado, sistemático que contempla la formación y desarrollo del hombre mediante la actividad y la comunicación. El término “popular” del latín “popularis” significa “del pueblo” y se refiere, por supuesto, a la gente común, más allá de la aristocracia y la élite social. Entonces, una traducción literal de educación popular sería: la educación del pueblo.

Al decir de la autora Fernández (2001) la práctica de la Educación Popular (si partimos de su acepción más generalizada) encuentra sus orígenes en la misma génesis de la especie humana. Sin embargo, la Educación Popular como corriente educativa que persigue la transformación social, partiendo del análisis crítico de la sociedad surge mucho después. El término, según los autores Coppens y Van de Velde (2005), surge en Europa en la segunda mitad del siglo XIX en el contexto de la revolución industrial, asociado al desarrollo del movimiento obrero.

Aunque definir la Educación popular resulta una misión compleja por las múltiples acepciones al término, es posible determinar algunas de las definiciones aportadas por los diferentes autores estudiosos del tema. La autora se acoge al concepto enunciado por la especialista Fernández Díaz, A. 2001: 41 que define a la Educación Popular como un “...Proceso educativo transformador, que parte del análisis crítico y autocrítico de la realidad social, al cual se insertan en diálogo sistemático las personas que pretendan su transformación, en un contexto histórico determinado y con carácter de clase, con una perspectiva teórica superior, que permite la reflexión constante sobre la nueva práctica.”

Algunos de los rasgos que caracterizan esta metodología según la misma autora (1994) son su interés en el crecimiento personal del ser humano como finalidad, su descentralización del saber más allá de la figura del educador pretendiendo que el sujeto se involucre como protagonista, su metodología participativa, el respeto al saber individual nacido de las propias experiencias del sujeto, el aprendizaje grupal que en esta se potencia, la crítica de la realidad social y la búsqueda de la transformación social.

Aldana y Núñez (2002) manifiesta que si se pretende que los sujetos piensen por sí mismos es errado utilizar una metodología en la que unos piensan por otros; si procuramos desarrollar el respeto mutuo y conductas sexuales responsables, no podemos organizar un proceso educativo en el cual la mayoría escucha y obedece, coincidiendo los autores con este criterio. Está demostrado que para influir en las formas de pensar y sentir de nuestros jóvenes (más aún si hablamos de temas tan complejos como su sexualidad y dentro de ello la violencia) debemos asegurar su participación activa en el proceso, pero además, hacerlo a través de dinámicas que les resulten novedosas y atractivas.

La prevención de la violencia en las relaciones de pareja feminas

La aplicación de la prevención en las variadas esferas de la sociedad está dirigida a la educación de la población para evitar las consecuencias de la indisciplina social, descuido de la salud física y psíquica e irracional uso del medio ambiente. Elementos todos que demuestran el profundo carácter educativo de esta categoría.

En las últimas décadas ha suscitado peculiar interés la implementación de programas y diseños orientados hacia la prevención de la violencia en las relaciones de pareja, sin embargo, al realizar un pesquizaje bibliográfico es evidente que las investigaciones son concebidas para y desde la norma

heterosexual hombre-maltratador/mujer-víctima. Lo que evidencia una visión incompleta del fenómeno, que al no incluir a los grupos de parejas LGTBG+, tiende a invisibilizar las situaciones violentas que puedan darse entre estos.

La violencia es uno de los fenómenos más extendidos de nuestra época y su impacto se advierte tanto en las situaciones de abierto conflicto como en la resolución de problemas, a veces, muy simples. Según refiere Gallegos, I. (2005) citando a Corsi (1995) “en sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etc.”

Retomando a Corsi (1995) en su compilación de “Violencia familiar” y la que se plantea en el libro “La violencia en las familias” UNAF, España, las formas en que se manifiesta la violencia, sea hacia la pareja u otra persona cualquiera pueden ser: la violencia física, la violencia sexual y la psicológica.

La violencia física ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a otra, le inflinge o intenta infligir daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de arma, que pueda provocar o no lesiones externas, internas o ambas. El castigo repetido no severo también se considera violencia física. Esta se asocia a empujones, halar el pelo, golpear el rostro (a mano abierta o con el puño), tirarle objetos a la víctima, golpearla con objetos, incluso tomar un arma para causar daño físico o la muerte.

Se considera violencia sexual todo acto en que la persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica obliga a otra a que ejecute un acto sexual contra su voluntad, o que participe en interacciones sexuales que propicien su victimización y de la que el ofensor intenta obtener gratificación. Esta se manifiesta a través del acoso sexual en momentos inoportunos e indeseados, burlarse o criticar a la pareja, su cuerpo o forma de hacer el amor, abordarla sexualmente sin amor o cariño, exigir solo su satisfacción sexual, forzar a tener relaciones sexuales, provocarle dolor, obligarla a tener relaciones sexuales después de golpearla o hacer algo que no desea y finalmente la violación.

Como refiere Gallegos (2005) la violencia emocional o psicológica que son aquellas acciones u omisiones destinadas a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones del otro por medio de la intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica y desarrollo personal de la víctima.

Es importante señalar que la violencia en las parejas homosexuales femeninas no dista en ningún aspecto de la que se manifiesta en una heterosexual, pues en ambas se cumplen los mismos esquemas y patrones culturales como el ejercicio

de poder. Las principales diferencias, al decir de Reyes, Rodríguez y Malavé (2005) son la homofobia internalizada, la opresión cultural y las amenazas a develar la orientación sexual de la pareja o con contagiarse o ser contagiado con el VIH. El término “outing” se ha utilizado “cuando se “saca a alguien del armario”, comunicación pública de la homosexualidad de una persona sin su consentimiento.

Se realizó una investigación cualitativa, utilizando la lógica de la Investigación Acción Participativa, en tres etapas. El trabajo de campo se realizó con sujetas que estaban formando parejas féminas quedando conformada la muestra por 60 participantes (30 parejas féminas), de segundo, tercero, cuarto y quinto año de la Carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, las cuales habían presentado situaciones previas violencia entre ellas y que facilitaron previamente su consentimiento de participación; seleccionados de forma no probabilística intencional por criterios de inclusión y exclusión. Se tuvo en cuenta tres de las formas de manifestación de la violencia: física, sexual y psicológica, Corsi (1995). Se utilizaron métodos teóricos y empíricos. De este último: la observación, entrevista estructurada y semiestructurada, así como la técnica del vagabundeo y notas de campo. Posteriormente se aplicó la triangulación de datos, que contribuyó al diseño de un programa de educación fundamentado en la metodología de educación popular para prevenir violencia en parejas féminas, mediante acción conjunta, el cual fue valorado por nueve especialistas según su factibilidad y pertinencia para la implementación.

Etapa I

La violencia preponderante en las sujetas implicadas estuvo representada por la violencia psicológica dando lugar a una gran gama de manifestaciones que la disponen, dentro de las cuales estuvo latente con una alta incidencia el maltrato verbal afectando la comunicación, pues se exteriorizaron gritos fuertes, insultos, ofensas, discriminaciones sin límites; trayendo consigo laceraciones y humillaciones, en ocasiones delante de otros individuos. También la utilización de tácticas manipuladoras que permiten ahuyentar a la víctima del resto de las personas que la rodean, silencios marcados con el objetivo de lograr que el victimario se sienta responsable, es decir, que se acuse así mismo y caiga en el error de sentirse culpable de la situación. Revisión y control de los horarios de entrada y salida de las actividades diarias, de las llamadas en el celular, hasta llegar a los celos patológicos, la falta de comprensión, el asentir al chantaje, amenazas directas e indirectas, que provocaron en algunos de los estudiados, que de victimario se convirtieran en agresores, por el acúmulo de cólera, llegando a agredir físicamente a su pareja con objetos o con los puños. Esto nos permitió corroborar la presencia de otra de las manifestaciones de violencia, llamada violencia física. Sin embargo entre las parejas femeninas investigadas no hubo aspectos que constataran la presencia de violencia sexual.

Según (Dank, Lachman, Zweig y Yahner 2014; Reuter y Whitton, 2019) las jóvenes LGB son más propensas a ser víctimas de violencia física, violencia psicológica, violencia cibernética, y la coerción sexual que las jóvenes

heterosexuales. Woodyatt y Stephenson (2016) señalan en su estudio una mayor incidencia en cuanto a la violencia física en este tipo de parejas en relación a la violencia psicológica uno de los factores más alarmantes es que las personas que viven esta situación no saben reconocer que están inmersos en relaciones dañinas.

Los autores del estudio pudieron constatar que la violencia psicológica estuvo relacionada con el miedo a perder la relación y no poder ser aceptado por una nueva pareja, debido a su estética corporal, dejando esclarecido la baja autoestima de algunos de los sujetos que conformaron la investigación. La creencia de algunos mitos sociales como que entre mujeres es difícil que exista alguna víctima pues ambas son hembras y eso no equivale a fuerza. Similares aspectos fueron expuesto por (Aldana y Núñez, 2002).

Etapa II

De acuerdo a los resultados se diseñó un programa educativo basado en la metodología de la Educación Popular, siendo una herramienta que incorpora la participación social, el diálogo y el empoderamiento popular. Se concibió no como un simple proceso de transmisión/adquisición de conocimientos, sino como una educación crítica, cuestionadora y transformadora de la realidad, con el fin, de prevenir la violencia en parejas masculinas. Estructurado con: título, introducción, justificación, objetivo general, metodología, evaluación y orientaciones para el desarrollo de las actividades.

Para todo ello, se conformaron 3 subgrupos que estuvieron constituidos por 60 participantes, es decir, 30 parejas féminas. Se realizaron 9 encuentros de 90 minutos de duración, con una frecuencia semanal, en el centro estudiantil. Se tuvo en cuenta para su realización la secuencia de actividades: apertura, desarrollo, evaluación y cierre cada una empleando las técnicas participativas necesarias, para lograr los objetivos propuestos; técnicas de presentación, reflexivas, dinámicas o de animación, constructiva, evaluación y cierre. Se utilizaron medios de enseñanza como: hojas, lápices o bolígrafos, pancartas, caja buzón, entre otros.

Entre las temáticas abordadas se encuentran:

- Sesión 1: “Antes de echar a volar”. (se presenta el programa, el equipo de trabajo y la metodología a utilizar; se establece el contrato para el trabajo grupal, se firma el consentimiento informado para la documentación, etc.).
- Sesión 2: “Amar de verdad”. (se habla del amor como sentimiento universal, se abordan los mitos del amor romántico y cómo estos pueden perpetuar relaciones violentas).
- Sesión 3: “Violencia de pareja”. (se tratan los conceptos principales en torno a la violencia de pareja, se visualiza la violencia psicológica y física).
- Sesión 4: “Celos y amor... ¿una buena pareja?” (se dedica una sesión por ser una de las manifestaciones que más se observaron en las parejas diagnosticadas).

- Sesión 5: “Cómo digo te amo”. (se aborda la comunicación asertiva).
- Sesión 6: “Límites”. (la necesidad de límites y la importancia del espacio personal, el respeto y la comprensión en la convivencia).
- Sesión 7: “Mitos y estereotipos sobre el amor en parejas del mismo sexo”.
- Sesión 8: “Me amo para amarte”. (se trabaja autoestima).
- Sesión 9: “El camino que dejo atrás...”. (se valoran algunos de los temas tratados y se evalúa el programa).

Algunos elementos a evaluar en la propuesta:

1. Promoción y divulgación del proyecto.
2. Conocimiento del grupo de trabajo del objetivo del mismo.
3. Motivación lograda hacia el tema.
4. Participación en los debates, expresión libre de ideas, puntos de vista.
5. Asistencia y permanencia de los miembros del grupo.
6. Preparación y organización de cada sesión por el coordinador.
7. Habilidades comunicativas del coordinador.
8. Pertinencia de la metodología utilizada.
9. Identificar las transformaciones principales que se dan en el grupo en cuanto a lo que pensaban sobre el tema y cómo lo perciben al final de las sesiones.

Etapa III

La propuesta diseñada fue valorada por criterios de especialistas. Se realizó un proceso de información en forma de cascada y por saturación. Para su selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: profesionales con más de 10 años de graduados, experiencia de diseño en programas educativos, así como investigaciones y publicaciones realizadas en el ámbito de la violencia.

La muestra de especialistas para la valoración del programa quedó conformada de la siguiente forma: cuatro máster en sexualidad, tres licenciados en psicología, un especialista en MGI (diplomada en violencia), una doctora en Ciencias pedagógicas y licenciada en pedagogía. Con previa entrega del producto, realizaron su valoración a partir de los siguientes indicadores: estructura, pertinencia, utilidad, factibilidad y valor científico pedagógico. Las categorías evaluativas utilizadas fueron: aceptadas y no aceptadas.

Finalmente los especialistas valoraron los indicadores propuestos, considerando el producto diseñado como aceptado para su implementación. Un elemento favorable estuvo dado en el hecho de que, en ningún caso se observaron criterios negativos en torno a los parámetros medidos, lo cual otorga un grado de

validez notorio a la propuesta. Se ofrecieron sugerencias para la optimización de la misma, que se tuvieron en cuenta para su conformación definitiva, que resultó de suma utilidad para el resultado de la investigación.

CONCLUSIONES

La violencia como fenómeno multicausal estaba representada en las parejas homosexuales femeninas que participaron en el estudio, con una marcada incidencia de la violencia psicológica y física, lo cual no dista en ningún aspecto de la que se manifiesta en una heterosexual, pues en ambas se cumplen los mismos esquemas y patrones culturales como el ejercicio de poder. Basado en estos resultados, se diseñó el programa educativo fundamentado en la metodología de educación popular. Valorado por un grupo de especialistas y aceptado para su implementación.

REFERENCIAS

- Corsi, J., Dohmen, M. L., Sostés, M. A., & Bonino Medez, L. (1995). *Violencia masculina en la pareja: Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Paidós.
- Coppens, F. y Van de Velde, H. (2005). *Técnicas de Educación Popular. Programa de especialización en gestión del desarrollo comunitario*. Esteli, Nicaragua.
- Fernández Díaz, A. (2001). *Vigencia en la interrelación de los centros docentes y la comunidad*. Editorial Pueblo y Educación.
- Aldana Mendoza, C. y Nuñez H., C. (2002). *Educación popular y los formadores políticos. Cuadernos de formación para la práctica democrática*. No 3. Instituto Centroamericano de estudios políticos.
- Gallegos, I. (2005). *La violencia en parejas del mismo sexo. Un problema que sale del armario. Epígrafe 9: El estudio de Greenwood et al. Sobre violencia entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres*. <http://blogs.chueca.com>
- Reyes Mena, F. y Rodríguez, J. y Malavé, S. (2005). *Manifestaciones de la violencia doméstica en una muestra de hombres homosexuales y mujeres lesbianas puertorriqueñas*. <http://www.psicorip.org>.
- Dank, M., Lachman, P., Zweig, J. M., y Yahner, J. (2014). *Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), 846-857.
- Reuter, T. R., y Whitton, S. W. (2019). *Adolescent Dating Violence Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth*. En D. A. Wolfe y J. R. Temple (eds), *Adolescent Dating Violence. Theory, Research, and Prevention* (pp. 215-231). doi:10.1016/B978-0-12-811797-2.00009-8
- Woodyatt, C. R., y Stephenson, R. (2016). *Emotional Intimate Partner Violence experienced by men in same-sex relationships*. *Culture, Health y Sexuality*, 18(10), 1137-1149.

LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA COMO PROCESO PROPICIADOR DE LA CULTURA PREVENTIVA EN LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE

University extension as a process enabling preventive culture at Universidad de Oriente

MSc. Ilsa María Reyes Torres¹, Eumelia Victoria Romero Pacheco²

¹Universidad de Oriente, Cuba, ilsa@uo.edu.cu, 0000-0001-8622-8177

²Universidad de Oriente, Cuba, eumelia@uo.edu.cu, 0000-0002-9226-3785

Resumen

La Extensión Universitaria como proceso formativo tiene la responsabilidad de convertirse en mediador de la cultura que se preserva en la Universidad. A la par que se hace cargo de su difusión y promoción, crea espacios de apropiación social e intencional de carácter formativo, en los que salud y cultura se convierten en un aspecto esencial de la vida social comunitaria. No obstante, a las acciones de prevención que desde este proceso sustantivo se realizan, aún son insuficientes el tratamiento de estos contenidos desde su abordaje curricular, porque no son contextualizados; de esta manera carecen de pertinencia y significado para el estudiante, lo que limita su conducta responsable. En tal sentido, se hace necesario el acercamiento a la Extensión Universitaria como proceso formativo que propicia, mediante acciones, según las necesidades formativas, el desarrollo de la cultura preventiva de los estudiantes universitarios.

INTRODUCCIÓN

La Extensión Universitaria constituye un espacio de apropiación social e intencional de la cultura universitaria, que se muestra a través de las relaciones sociales de carácter formativo que se desarrollan entre los sujetos, y donde el binomio salud y cultura se convierten en un aspecto básico de la vida social comunitaria. Por tal motivo, el proceso extensionista deviene proceso de gestión cultural que propicia la transformación sustentable de la realidad, en el que se reconoce a la cultura como “esencia, resultado y expresión humana.”. (Fuentes González, 2009, p.148)

Desde esta perspectiva es importante que los educadores presten especial atención a los problemas de salud humana, entendida por la OMS como: “una construcción social, histórica, subjetiva y determinada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, medioambientales, políticos y culturales. Esta se vincula con la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas y comunidades al considerarla un recurso para la vida y un derecho humano fundamental que debe ser protegido y garantizado por el Estado por medio de sus instituciones y por la sociedad en su conjunto”. (OMS, 2018)

La categoría salud ha sido abordada por varios investigadores, entre estos, Oropesa Roblejo, P. (2018), el que plantea que: “un problema de salud involucra tanto las debilidades del organismo como las alteraciones del desempeño en las actividades, y las restricciones en la participación social de un sujeto”, con lo cual precisa desde una perspectiva holística las limitaciones que en el accionar por la salud se dan tanto en el plano interno como externo.

Para que este equilibrio se mantenga es necesario atender a los múltiples factores de riesgo que pudieran constituir una amenaza o peligro, conducente a un daño o desastre. Si se tiene presente que el ser humano está constantemente expuesto a diferentes tipos de peligros que constituyen una amenaza para su salud, se precisa entonces de una cultura preventiva que le permita el conocimiento de sí mismo y del mundo que lo rodea, de forma tal que propicie en el sujeto una adecuada percepción del riesgo y cambios de conducta hacia modos de actuación más responsables.

Por tal motivo es necesario que estos problemas sean abordados como requisitos y prioridades que contribuyan al desarrollo integral, armónico y sostenible de las generaciones actuales y futuras, en el cual la educación se enfoque desde una perspectiva cultural en la que el sujeto opere con y sobre los contenidos de la cultura como medio de transformación de la realidad y de sí mismo.

No se trata entonces de adquirir más conocimientos para ser culto sino, sobre todo, de ser capaz de emplear esos saberes para actuar sobre su propio desarrollo y contribuir al desarrollo de los demás, como sujetos de la acción consciente en y sobre la cultura.

En la Universidad de Oriente, mediante los Programas Nacionales de Salud que se desarrollan desde la Extensión Universitaria, se promueve la educación para la salud en la comunidad universitaria, la que además aparece como uno de los lineamientos del Programa Nacional de Extensión, el cual constituye el documento normativo del trabajo extensionista para las universidades.

En el estudio y análisis del diagnóstico sobre el trabajo preventivo que se promueve a través del proceso de Extensión Universitaria, así como las formas en que este se manifiesta en la Universidad, se pudo confirmar el insuficiente tratamiento de los contenidos de prevención desde su abordaje curricular y extracurricular, al no ser contextualizados, lo que conduce a que carezcan de pertinencia y significado para el estudiante, por lo que limita el modo de actuación y la conducta responsable de este.

A partir de esta situación emerge como problemática: ¿Cómo lograr una conducta preventiva responsable ante el riesgo a la salud humana que denote una cultura preventiva de los sujetos en formación?

Para solucionar la problemática planteada se propone como objetivo: Proponer acciones desde lo curricular y extracurricular que tengan en cuenta las necesidades formativas para el desarrollo de la cultura preventiva de los estudiantes universitarios.

DESARROLLO

El éxito del trabajo preventivo depende en gran medida de la preparación de los sujetos ejecutores y socializadores de la cultura de prevención y, además de la participación, el compromiso y responsabilidad de los sujetos receptores, los que deben estar conscientes de que su papel consiste en dominar y aplicar lo aprendido en las diferentes situaciones de riesgo. Por esa razón, la prevención deberá integrarse al accionar constante de la actividad curricular y extracurricular como un “estilo de vida” y no como una imposición.

Por tanto, ha de enseñarse a los estudiantes desde sus propias vivencias y motivaciones y tener en cuenta que “la formación y la emergencia del hombre como ser social y cultural es un resultado del proceso de apropiación (asimilación) de la experiencia histórico social, que es transmitida de una a otra generación”. (Vigotsky, 1987, p. 94). La apropiación, en consecuencia, puede ser considerada como la forma exclusivamente humana de aprendizaje y constituye siempre un proceso interactivo.

En relación con esta problemática el constructivismo mantiene la idea de que el conocimiento del individuo, tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos, no es copia fiel de la realidad, sino una construcción del ser humano. Esta idea se sustenta en el aserto de que la finalidad de la educación en la escuela es promover los procesos de crecimiento personal del alumno en el marco de la cultura del grupo al que pertenece.

Otro de los enfoques constructivistas es el “Enseñar a pensar y actuar sobre contenidos significativos y contextuales”. Este aprendizaje se encuentra mediado por la existencia de una cultura que el sujeto va haciendo suya y que enriquece y desarrolla en su interrelación dialéctica con su medio y con los otros. El aprendizaje está condicionado, entonces, tanto por los contenidos que los educandos deben apropiarse como por los propios métodos, instrumentos y recursos que le permitirán la apropiación de dichos contenidos. Es por ello que el aprendizaje de la cultura conlleva a su vez a una cultura del aprendizaje. (Pozo, 1996, p. 17) Esta cultura enriquecida se hace notoria en la cultura práctica y en la teórica.

En otro sentido, los procesos mediante los cuales se alcanza el dominio de los instrumentos de la cultura y se configura su significación y sentido, generan el desarrollo del hombre. Se trata, por tanto, de promover estos procesos en los ámbitos educativos y de propiciar el desarrollo cultural como objetivo esencial de la educación. Ha de tener presente que la educación es el proceso en el que “la nueva información es vinculada con aspectos relevantes y preexistentes en la estructura cognoscitiva, (...) en que se modifica la información recientemente adquirida y la estructura preexistente”. (Ausubel, 1983, p. 71)

Precisando que, para que se produzca este desarrollo cultural, “el alumno debe manifestar una disposición para relacionar, lo sustancial y no arbitrariamente el nuevo material con su estructura cognoscitiva, como que el material que aprende

es potencialmente significativo para él, es decir, relacionable con su estructura de conocimiento sobre una base no arbitraria”. (Ausubel, 1983, p. 71)

Ciertamente, el estudiante muestra un desarrollo deseable cuando es capaz de plantearse objetivos transformativos en diversos contextos culturales, curriculares y extracurriculares. También muestra ese desarrollo cuando puede ejecutar acciones de transformación y regular su actividad, dada la significación y el sentido de su actuación, capaz de implicarlo a él como sujeto y a su grupo.

Para esto se requiere alcanzar niveles altos en la actividad reflexiva y autorreflexiva de los sujetos, con respecto a todo lo que les rodea y a ellos mismos; la amplitud y profundidad de estos procesos constituyen indicadores importantes del desarrollo. Se parte de la necesidad de que los sujetos sean conscientes de que los procesos de aprendizaje suponen transformación, que la adquisición de conocimientos, de habilidades es la base para producir transformaciones en los contextos y en las personas incluidos ellos mismos.

Los procesos mediante los cuales se alcanza el dominio de los instrumentos de la cultura y se configura su significación y sentido, generan el desarrollo del hombre. Se trata entonces de promover estos procesos en los ámbitos educativos de propiciar el desarrollo cultural como objetivo esencial de la educación.

Por eso el aprendizaje representa el mecanismo a través del cual el sujeto se apropia de los contenidos y las formas de la cultura que son transmitidas en la interacción con otras personas, y donde la educación se convierte en promotora de ese desarrollo en la medida que es capaz de conducir a las personas más allá de los niveles alcanzados en un momento determinado de su vida, propiciando la realización de aprendizajes que superen las metas ya logradas hacia una educación desarrolladora que a decir de Vigotsky, no es más que la que “conduce al desarrollo, va delante del mismo – guiando, orientando, estimulando”. Es también aquella que tiene en cuenta el desarrollo actual para ampliar continuamente los límites de la zona de desarrollo próximo o potencial, y por lo tanto, los progresivos niveles de desarrollo del sujeto. (Castellanos *et al*, 2001)

Al decir de las investigadoras Suárez y Toro (s.f.) “la cultura como un sistema de procesos conscientes, se expresa en una regularidad esencial, que da cuenta de su papel en el desarrollo social y es la que se establece entre la preservación y el desarrollo de la cultura con la mediación dialéctica del proceso de socialización”.

La educación como forma específica de socialización sitúa este proceso como un elemento cultural de primer orden, constituyendo un fenómeno de transmisión cultural básico para la conservación de la cultura, una forma adecuada para afrontar este aumento de complejidad que pone al individuo en condiciones de participar y actuar en, y sobre la cultura.

El componente extensionista se convierte entonces en un proceso de interacción humana donde cultura y educación se convierten en elementos dinamizadores que facilitarán el flujo continuo de conocimientos entre la Universidad y la sociedad

mediante la actividad y la comunicación. De esta manera, ambas (actividad y comunicación) contribuirán a la transformación consciente del medio y de la sociedad desde su propia participación en el desarrollo cultural, lo que permite el intercambio de información y que el binomio universidad/sociedad se enriquezca y desarrolle a la par.

De ahí que las acciones contextualizadas para la formación de la cultura preventiva en los estudiantes que se propone estén encaminadas a promover, desarrollar y fomentar los conocimientos sobre el cuidado de la salud que conduzcan a la adopción de conductas adecuadas y estilos de vida responsables en los futuros profesionales en formación.

Para lograr efectividad en las acciones diseñadas es importante partir del diagnóstico para determinar las necesidades prioritarias de los sujetos que están involucrados y motivarlos a que exista en ellos un compromiso social de participación. Es por ello que como condición para transformar los inadecuados estilos de vidas se tenga en cuenta que los estudiantes implicados quieran, puedan y sepan participar, como resultado de un proceso educativo dirigido a la formación para la tarea, la comunicación, el trabajo en grupo y la formación para el funcionamiento organizativo de la misma. (Colectivo Nacional del CEEAL en Cuba, 1998, p. 3).

Es condición básica en la implementación de estas acciones que en la proyección de cada facultad y área se consideren tres dimensiones del trabajo extensionista, desde lo macro: la metodológica, la comunicativa y la promoción de la cultura, las que se complementan y forman una tríada, que comporta un trabajo más cohesionado y coherente.

Dimensión metodológica:

Debe concebirse la preparación de los sujetos y la comprensión desde el orden teórico-metodológico de los contenidos de salud para que desde su accionar contribuyan a la transformación de los implicados en el proceso. Posibilita la comprensión, compromiso y participación real y también se capacita a los docentes para que se conviertan en promotores integrales de salud de forma tal que les permita intervenir acertadamente en el contexto de actuación.

Dimensión comunicativa contextualizada:

Mediante la comunicación se ponen en funcionamiento técnicas para potenciar el diálogo con la comunidad tanto intra como extrauniversitaria, a partir de:

- Caracterizar el entorno sobre los que se va a incidir,
- Determinar los objetivos que han de caracterizar los mensajes comunicativos y las direcciones que se necesita promover,
- Realizar una programación adecuada en tiempo y espacio para la participación,

- Concertar espacios de intercambio y opinión para la información y el criterio reflexivo sobre la cultura.
- Identificar los soportes o canales gráficos, orales y electrónicos, con los que se debe operar en cada momento.

Dimensión para la promoción de la cultura:

La promoción de la cultura como actividad complementaria debe proyectarse por la propia facultad y filiales universitarias en condiciones y horarios adecuados y cada una de sus actividades se articulará de forma sistémica y a partir del diagnóstico contextualizado; con lo que debe propender al fomento de valores sociales y/o culturales de forma tal que se contribuya a un adecuado modo de actuación del profesional en formación.

Las acciones que se desarrollen deben estar dirigidas a la promoción, divulgación e información de las actividades. Para ello se utilizarán los murales, la radio base, plegables u otro medio efectivo para la comunicación. Las formas de organización de las acciones pueden diseñarse teniendo en cuenta el tipo de actividad a desarrollar. Los docentes de conjunto con los directivos de la FEU y la UJC garantizarán la asistencia y puntualidad de los estudiantes.

Al comenzar cada acción han de explicarse los objetivos que se quieren alcanzar. Es importante que prevalezca el diálogo, la reflexión y la valoración por los estudiantes y otros participantes. Se sugiere utilizar técnicas participativas que promuevan la participación activa del auditorio en vías de dar solución a las interrogantes. Para obtener resultados óptimos en cada acción se debe lograr que los sujetos asuman una posición crítica y expresen sus puntos de vista sobre los temas que se aborden, de modo que el que guíe la acción pueda corregir, aclarar, explicar y profundizar en los contenidos tratados.

La promoción de la cultura preventiva solo será posible si las actividades se organizan y planifican en estrecha vinculación con la dinámica curricular como pieza del mismo proceso de formación, para lo que se tendrá en cuenta -además- el estudio de la realidad y las necesidades con acciones conducidas de modo racional y con la evaluación del impacto de lo realizado.

Acciones para la formación de la cultura preventiva en el contexto universitario

Propuesta de acciones dirigidas a los Docentes Promotores de Salud a nivel de Facultad y a los Profesores Principales de Año Académico (PPAA) gestores de salud:

- Constituir la Comisión de Prevención en cada Facultad y elaborar su plan de trabajo metodológico a partir de las necesidades sentidas en relación a las conductas de riesgo en cada contexto.
- Elaborar un plan de acción desde la dimensión comunicativa que propicie la motivación por la participación en las actividades de promoción de salud.

- Determinación de los nodos conceptuales que rigen el trabajo a partir de la búsqueda y estudio de toda la documentación que rige el proceso de promoción para la salud.
- Establecimiento de los convenios interinstitucionales y del potencial de especialistas en la temática de salud con que cuenta el CES, los que formarán parte del grupo gestor de salud y que articularán la gestión en los diferentes niveles de acción.
- Acciones de capacitación a los PPAA a fin de actualizarlos sobre temas diversos como por ejemplo la situación epidemiológica del momento, herramientas de trabajo y/o de investigación sociocultural.
- Aplicación de encuesta a los docentes, cuadros y personal administrativo de la facultad para constatar el nivel de conocimientos sobre las temáticas en salud para garantizar un adecuado modo de actuación de estos en el contexto educativo.

Temas propuestos para las capacitaciones:

1. Conceptualización de Salud y Salud Pública. Establecimiento de semejanzas y diferencias
2. La prevención y el trabajo social comunitario, su gestión en el contexto educativo.
3. Factores determinantes de salud: Sus niveles y tipos de intervención.
4. Tendencia de la Promoción y Educación para la Salud en el mundo de hoy.

Propuesta de acciones a desarrollar por los docentes en el contexto educativo:

- Preparación metodológica de los docentes, asesores y tutores, mediante los tipos de clases (instructiva, demostrativa y abierta) para perfeccionar la dirección pedagógica de los contenidos de prevención de riesgos.
- Crear espacios de diálogo con los estudiantes para motivarlos y sensibilizarlos a favor de la participación protagónica en las actividades de promoción de salud.
- Formación de estudiantes en salud para que se conviertan en promotores integrales que asuman tareas en la formación por pares y otras tareas de promoción para la salud.
- Promoción de cursos extensionistas que aborden la temática de salud.
- Inclusión como eje transversal de temas relacionados con la salud en los contenidos curriculares de asignaturas y disciplinas integradoras tomando como soporte la Estrategia Curricular de Medioambiente, que permita a los estudiantes identificarse con posibles problemáticas a solucionar desde sus modos de actuación profesional concretos.

- Puesta en práctica -acorde con la estrategia educativa- de proyectos culturales sobre la salud y el desarrollo humano con la participación de los estudiantes de las diferentes carreras para dar solución a los problemas y necesidades del contexto local.
- Análisis en el colectivo de año de situaciones problemáticas de salud que afectan a los estudiantes para revelar posibles vías de solución a través de la intervención de los profesionales y especialistas de la salud.
- Ejecución de talleres, charlas, videos debates, mesas redondas e intercambios grupales aplicando técnicas de participación que permitan la motivación hacia el conocimiento de temas de salud que conlleven al desarrollo de la cultura preventiva.
- Propiciar la participación de los estudiantes en eventos estudiantiles con trabajos relacionados con la temática de salud.
- Participar en proyectos culturales sobre la salud y el desarrollo humano en la comunidad intra y extrauniversitaria, que propicien el intercambio permanente entre los estudiantes universitarios y su entorno, para dar solución a los problemas y necesidades del contexto local.
- Elaborar en cada facultad un mural de información que refleje los problemas de salud y las medidas preventivas para atenuar o eliminar la situación de riesgo y desde donde se promueva una conducta preventiva.
- Realizar de actividades deportivas y de recreación sana tales como: maratones, a jugar y competencias de diferentes deportes que gocen de preferencia en la comunidad; y recreativas como: peñas, jornadas culturales, paseos, entre otras.
- Incentivar la realización de trabajos de cursos relacionados con temáticas de salud que aborden problemáticas detectadas en su contexto de actuación.

Resultados alcanzados

La aplicación de las acciones conllevó a la transformación consciente del medio y a comportamiento más responsables toda vez que ha propiciado un cambio positivo en los modos de actuación de uestros estudiantes y profesores en los que se evidenció un salto cualitativo logrado en la esfera cognitiva manifestado en el aprendizaje en:

- Describir las consecuencias negativas de la conducta de riesgo.
- Valorar los factores de riesgos que afectan la salud del hombre y los determinantes sociales que lo provocan.
- Explicar qué son los estilos de vida y la importancia de asumir un modo de actuación y comportamiento saludables.
- Elaborar trabajos de clases y murales poniendo en práctica los conocimientos adquiridos.

- Poner en práctica las sugerencias y los conocimientos en la asunción de estilos de vida saludables como: la práctica de ejercicios físicos, práctica de deportes, la alimentación sana, la participación en actividades culturales, destacándose la participación de los estudiantes en las Jornadas Culturales con un audiovisual sobre el alcoholismo el que fue elaborado por ellos como parte de la evaluación de un curso optativo sobre la Cultura Preventiva.

En los resultados alcanzados en la dimensión afectiva y comportamental se aprecian en los alumnos:

- Motivación e interés por su formación preventiva en salud.
- El rechazo por las conductas irresponsables relacionadas con conductas y comportamientos irresponsables.
- El interés por sus comportamientos saludables y del que los rodea.
- El compromiso de contribuir mediante el desarrollo de actividades a la educación de las personas con la cuales conviven.

CONCLUSIONES

Las acciones contextualizadas propuestas proponen una vía eficaz para desarrollar la conducta preventiva en los estudiantes así como comportamientos y estilos de vida saludables. Su instrumentación adecuada contribuye a la preparación de los discentes para la vida y la ampliación de su capacidad de reflexión así como también al fortalecimiento de sus convicciones, sentimientos, voluntad y preparación integral. Sin embargo, no todo está resuelto desde este proceso formativo, lo que impone la necesidad de buscar nuevas vías y concretar acciones desde una articulación coherentes de los tres procesos sustantivos (docencia-investigación y extensión) a partir de un diagnóstico personalizado que permita la jerarquización de las problemáticas de salud para poder realizar una intervención más pertinente y efectiva y además, comprometida y transformadora.

REFERENCIAS

Álvarez de Zayas, C. M. (1996). *Hacia una escuela de excelencia*. La Habana: Ediciones Academia.

Álvarez de Zayas, C. M. y Fuentes González, H. C. *El Postgrado. Cuarto Nivel de Educación*. (s. a.) (s. e.)

Ángeles, O. (1995). "Consideraciones en torno al concepto de extensión de la cultura y los servicios". *Revista Educación Superior (ANUIS)*, Volumen XX, No. 1 México. Asamblea Nacional del Poder Popular. La Habana, Cuba.

Baró Cáliz, A.(2011). "Metodologías Activas y aprendizaje por descubrimiento". *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*. ISSN 1988-6047, No. 40. Marzo 2011.

Buzzi, C.I. y Colectivo de autores. *Psicología Educativa*. Universidad Nacional de Río Cuarto,

agosto 2011.

Brull González, M. (2010). La comunicación en el proceso de extensión. (CD -ROM)

Castellanos Simons, D. y Colectivo de autores. Hacia una concepción del Aprendizaje Desarrollador. Colección Poyectos. I.S.P. "Enrique José Valrona", La Habana, 2001.

Clara Suárez y Toro Sánchez, M. (s.f.) "El proceso de aprendizaje de los estudiantes en la educación superior".

Cucco, M. (1999). Los Procesos Grupales, Base del Aprendizaje. Publicación del Centro de Profesores y Recursos de Aranjuez Ministerio de Educación y Cultura. Subdirección Territorial Madrid-Sur "Atención a la diversidad en E.S.O." - Actualización Científico Didáctica, Madrid.

Del Huerto Marimón, M. E. (2007). La Extensión Universitaria como vía para fortalecer los vínculos Universidad-Sociedad desde la promoción de salud. Revista Cubana de Salud Pública [en línea] <<http://redaly.c.uamex.mx/redaly/c/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21433205>> ISSN 0864-3466.

Dirección de Extensión Universitaria (2010). Estrategia para una gestión de la Extensión Universitaria en la Universidad de Oriente. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente. Fuentes González, H. (2009). Pedagogía y didáctica de la Educación Superior. Santiago de Cuba: material en pdf.

García Teske, E. (2006). Psicología Cognitiva. La teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel. Documento en pdf.

Gaskins, I. Y Elliot, T. Cómo Enseñar Estrategias Cognitivas en la Escuela. Editorial Paidós. Documento en pdf, s.a.

González González, G.R. y González Fernández-Larrea, M. (2001) Programa Nacional de Extensión-Proyecto primera Versión MES. La Habana, Cuba.

González González, G. R. (1996). Un modelo de Extensión Universitaria para la Educación Superior Cubana. Su aplicación en la cultura física y el deporte. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Instituto Superior de Cultura Física "Cmdte. Manuel Piti Fajardo". Ciudad de La Habana, Cuba.

González, J. J. Aprender a Aprender: Una perspectiva curricular para el asesoramiento e intervención educativa. CEP de Ciudad Real, 2008.

Palma, J. (2000). Experiencia pedagógica en la formación del promotor de salud en la Universidad Pedagógica Frank País de Santiago de Cuba. II Taller Regional sobre Promoción y Educación para la salud en el ámbito escolar. La Habana, Cuba

Pozo, J.I. (1996). Aprendices y Maestros. La nueva cultura del aprendizaje. Alianza Editorial.

Rodríguez Palmero, M.L. Y Colectivo de autores. La Teoría del Aprendizaje Significativo en la perspectiva de la Psicología Cognitiva. Ediciones Octaedro, Barcelona, 2010.

Suárez Rodríguez, C.O. Modelo educativo centrado en el aprendizaje. Material digitalizado

Vigotsky L. S. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona.

CALIDAD EN EL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ESCENARIO DE LA COVID-19

Quality in the systematization process of the high blood pressure program in the COVID-19 scenario

Suniel Johnson Valenciano¹, Naifi Hierrezuelo Rojas²,
Lourdes Milagros Caballero Garzón³, Alain Leon Guilart⁴

¹ Policlínico Ramón López Peña de Santiago de Cuba, Cuba, pocho9403@gmail.com,
0000-0002-2167-1095

² Policlínico Ramón López Peña de Santiago de Cuba, Cuba, naifi.hierrezuelo@infomed.sld.cu,
0000-0001-5782-4033

³ Policlínico José Martí Pérez de Santiago de Cuba, Cuba, karlabeatriz271207@yahoo.com,
0000-0001-6432-4790

⁴ Policlínico Ramón López Peña de Santiago de Cuba, Cuba, alainleongilart@gmail.com,
0000-0002-5568-7546

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial es la comorbilidad más frecuente en el paciente COVID-19 y que se asocia a un mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa en el paciente COVID-19, independientemente de otras comorbilidades, sexo y edad. **Objetivo:** evaluar la calidad del proceso de sistematización del programa de hipertensión arterial en el escenario de la COVID 19. **Material y Método:** se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud en el Policlínico “Ramón López Peña” de Santiago de Cuba, desde enero hasta agosto del 2021, donde se evaluó la competencia y desempeño profesional de 81 médicos de familia. Un comité de expertos preestableció criterios, indicadores y estándares de evaluación. **Resultados:** Hubo dificultades en el conocimiento sobre concepto y clasificación actualizada de la HTA (72,9 %), estratificación del RCV (55,5 %), evaluación diagnóstica de la HTA (64,1 %), medición correcta de la hipertensión arterial (72,9%) búsqueda de daños orgánicos asintomáticos (59,2%), elementos a tener en cuenta para el tratamiento farmacológico (59,2 %), mono-terapia o tratamiento combinado y tratamiento según riesgo cardiovascular (55,5 %) tratamiento de los factores de riesgos asociados y criterios de control del paciente hipertenso (59,2 %), así como la estrategia de seguimiento (51,8 %). El desempeño profesional resultó inadecuado, al obtener solo 60,7% de aprobados, pues no se alcanzó el porcentaje predeterminado por los expertos (70 %). **Conclusiones:** Ante el impacto de la COVID 19 en la sociedad, se hace necesario, incrementar la competencia y desempeño de los médicos de familia en el control y seguimiento de los pacientes hipertensos, considerados como un grupo vulnerable de padecer síntomas graves de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a duda, la actual pandemia nos ha causado un gran impacto en todos los sectores sociales y económicos y nos ha demostrado el efecto devastador que pueden tener las enfermedades infecciosas emergentes.

Una sociedad relativamente detenida, confinada, aislada no ha tenido más opción que redescubrirse dentro de las recomendaciones de seguridad planteadas por los organismos competentes para mantenerse sanos y en dado caso aportar lo que esté al alcance para detener la enfermedad causada por el SARS-COV2 mejor conocida como COVID-19. (Cando, Touriz, Canfo y Tobar, 2020)

Al finalizar la redacción de este artículo (31 de diciembre del 2021), Cuba reportó 2 952 nuevos casos de COVID-19, de ellos 487 menores de 20 años (16,4 %). El país acumula 5 149 286 muestras realizadas y 193 945 positivas y 1 302 fallecidos, para una letalidad de 0,6 %, inferior a la del mundo y las Américas (Cuba, Ministerio de Salud Pública).

En el policlínico Ramón López Peña, en el año 2021, se diagnosticaron 776 pacientes con la enfermedad y 26 fallecidos para una letalidad de 0.03. De ellos 18 eran hipertensos para un 69,2 %. (Hierrezuelo, González, Leon y Cordero, 2021)

La calidad es difícil de definir cuándo se relaciona con la atención sanitaria; algunos autores la definen como aquella que reúne los requisitos establecidos y satisface las necesidades de obtener el máximo de beneficio con el mínimo de riesgo para la salud y bienestar de los pacientes. En 1989, la Organización Internacional para la estandarización (ISO, por sus siglas en inglés) definió la calidad como “el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado” (Net y Suñol, 2021).

Según estadísticas de la OMS, más de 41 millones de personas mueren anualmente por enfermedades crónicas no transmisibles especialmente en los adultos, escenarios que empeoran cuando el individuo se infecta con el COVID-19 ocasionando una morbilidad alarmante. (Organización Mundial de la Salud, 2018). Las enfermedades crónicas identificadas por científicos y estudiosos como los principales riesgos estrechamente relacionados con las complicaciones del COVID-19 son las enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), asma, fibrosis pulmonar; las afecciones cardiovasculares como la hipertensión arterial y las metabólicas como la diabetes. (Díaz, 2020)

A pesar de que el objetivo fundamental de los profesionales de la salud es brindar servicios con calidad, no siempre se garantiza su cumplimiento absoluto. Se necesita realizar evaluaciones de la calidad con que las actuales acciones de salud benefician a la población para tomar decisiones adecuadas sobre lo que se debe hacer para mejorar ésta, (Hierrezuelo *et al*) y el control a otros programas priorizados como el de las enfermedades crónicas no transmisibles, garantizará una disminución de la mortalidad en pacientes con COVID-19.

Por todo lo anterior, se decidió realizar la presente investigación con el objetivo de evaluar la calidad del proceso de sistematización del programa de hipertensión arterial en el escenario de la COVID 19.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud para evaluar la competencia y desempeño profesional de los médicos de la familia del Policlínico Docente “Ramón López Peña” de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre del 2021.

El universo estuvo integrado por los 81 médicos de familia vinculados a la asistencia médica en los consultorios de esta área de salud, quienes dieron su voluntariedad de participar en la investigación y que permanecieron en el área durante el tiempo que duró el estudio.

Además, se revisaron las historias clínicas individuales (HCI), de los pacientes hipertensos fallecidos por la COVID-19.

La investigación se organizó en diferentes etapas:

- I Etapa: preparación del proceso evaluativo.
- II Etapa: ejecución del proceso evaluativo
- III Etapa: Evaluación del proceso evaluativo.

Evaluación de conocimientos: Se calificó como aprobado al profesional cuando obtuvo 70 puntos o más en el examen. Para el área de salud este indicador fue evaluado según los estándares prefijados para cada indicador y se consideró adecuado (A) cuando 70 % o más de los examinados alcanzaron la condición de aprobado en su examen de competencia. Asimismo, se evaluó como inadecuada la competencia profesional en la institución cuando menos de 70 % de sus evaluados resultó aprobado.

Evaluación del desempeño profesional: Se consideró adecuado (A) el desempeño profesional cuando se cumplió con el estándar preestablecido para 70 % o más de los criterios, e Inadecuado (I) cuando no se cumplió con esta condición. Para el área de salud se consideró adecuado cuando en 70 % de los casos se alcanzó esta evaluación e inadecuado si no se obtuvo esta cifra.

Una vez recolectada la información se procesó de forma computarizada en una computadora personal Core i3, para lo que se creó una base de datos en el programa SSPS 11.5 para Windows que facilitó el análisis de la información. Se utilizaron aplicaciones de Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016 y se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa) como medidas de resumen para variables cualitativas y la estadística inferencial para el muestreo de las historias clínicas individuales. La significación de estos resultados se validó también a través del IC con un 95 % de confiabilidad.

Antes de comenzar el estudio, se aplicó el consentimiento informado a todos los profesionales que aceptaron participar en el estudio, se aplicó el instrumento mencionado, brindando la información necesaria y dándoles a conocer la gran importancia de su participación y el objetivo de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La fig. 1 muestra que el 33,3 % de la serie estuvo representada por especialistas en Medicina General Integral y el resto eran residentes (66,7 %).

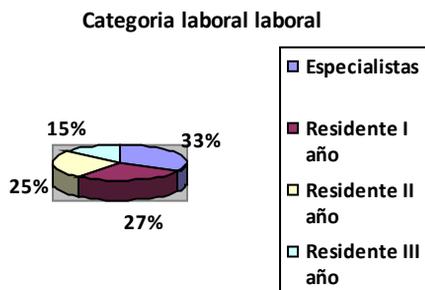


Fig. 1 Profesionales según categoría laboral

En la tabla 1 se observa que hubo desconocimiento sobre efectos de los fármacos antihipertensivos en la COVID 19 (64,1 %), y la COVID 19 como activador de la HTA (59,2 %)

Tabla 1 Competencia profesional de los participantes en relación con el programa de HTA

Criterios	Indicador		Estándar	Evaluación
	No.	%	%	
Enfermedades cardiovasculares y COVID-19				
Hipertensión arterial, síntomas y relación con la COVID-19	78	96,2	90	Adecuado
Hipertensión arterial en tiempos de coronavirus: medidas preventivas	74	91,3	90	Adecuado
COVID-19 como activador de la HTA	52	64,1	80	Inadecuado
Efectos de los fármacos antihipertensivos en la COVID-19	52	64,1	80	Inadecuado
Hipertensión arterial y COVID-19: cuidados y recomendaciones	72	88,8	85	Adecuado
Factores de mal pronóstico en el paciente hipertenso con COVID-19.	73	90,1	90	Adecuado

Con referencia a la evaluación de la competencia profesional, se consideró inadecuado pues estos aspectos no eran del todo conocidos por los profesionales evaluados. La vulnerabilidad de los adultos y adultos mayores frente al COVID-19 es reportada por distintos países, ellos coinciden que, en este grupo etario, la mortalidad se ve notoriamente incrementada por la presencia de comorbilidades tales como hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad cardiaca o cerebrovascular e insuficiencias renal o hepática; estas, directa e indirectamente, favorecen la vulnerabilidad de estos pacientes, que trae como resultado el incremento de morbimortalidad cuando se adquiere el coronavirus. (Pérez *et al*, 2020)

Otros estudios han encontrado que las lesiones graves del miocardio, en edad avanzada, las comorbilidades que originan mal estado general, pueden ser factores de riesgo. (Malavassi, Marín y Clinton, 2020)

Desde la declaración de la emergencia sanitaria, en marzo de 2020, hasta los días actuales, el comportamiento del COVID-19 se viene presentando de manera variada, por lo que se requiere vigilancia de aquellos pacientes que han superado este mal, especialmente de aquellos con comorbilidad, por las posibles secuelas que esta enfermedad pueda dejar. (Pallares *et al.*, 2020)

Los autores de la investigación consideran importante destacar que el mecanismo de la lesión cardíaca es multifactorial, y precisamente del resultado de estas lesiones dependen el pronóstico de estos pacientes.

Los pacientes con enfermedad cardiovascular con COVID-19 tienen peor pronóstico, pues la infección genera daño cardíaco y los fármacos para su terapéutica interactúan con los que se usan para la enfermedad cardíaca preexistente o tienen efectos adversos cardiovasculares. (Chen *et al.*, 2020)

A pesar de existir un desconocimiento casi total de los participantes de los efectos cardiovasculares de fármacos utilizados en la COVID-19 en el 2 % existe preocupación respecto al riesgo de usar sus inhibidores (IECA) o los antagonistas de los receptores de angiotensina-2 (ARA2); sin embargo, es todo lo contrario. (Henry *et al.*, 2018) encontraron efectos beneficiosos de estos medicamentos en pacientes ingresados con neumonía viral, ya que IECA y ARA-2 redujeron significativamente la respuesta inflamatoria pulmonar y la liberación de citocinas causadas por la infección viral; probablemente relacionado con un aumento compensatorio de la ECA-2. (Guo *et al.*, 2020)

De hecho, (Kuba, *et al.*, 2005) plantean que la regulación negativa de esta enzima, mediada por el SARS CoV, contribuye a la gravedad de las patologías pulmonares, pues la ECA-2 es clave para reducir la gravedad del edema y la insuficiencia pulmonares agudos.

Por estas razones, hasta el momento, no existe ninguna evidencia que avale la suspensión de IECA y ARA-2 en pacientes con COVID-19 (Danser, 2020), y mucho menos para prevenir el contagio, o por temor a enfermar y tener mayor riesgo de complicaciones.

El profesional de la salud debe vivir dedicado plenamente a adquirir nuevos conocimientos, interesado por el avance científico y sus nuevos aportes para favorecer la mejoría del estado de salud de la población que atiende.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que una interacción efectiva prestador de servicio–usuario (a) necesita de la capacitación permanente de los proveedores y, aunque como elemento único de superación ello no conducirá necesariamente a una mejor entrega de servicios, sí constituye un paso necesario en este sentido. (Donabedian, 2018)

En la tabla 2 se resumen los resultados del desempeño de los profesionales, en la cual se observa que también existieron dificultades en la calidad del seguimiento en la historia clínica.

Tabla 2. Desempeño de los profesionales con respecto al programa de HTA

Criterios	Indicador		Estándar	Evaluación
	Nº	%	%	
Análisis en el análisis de la situación de salud	25	90	90	Adecuado
Evaluación de la calidad del seguimiento de la HTA en pacientes fallecidos	9	33,3	85	Inadecuado
Mural de promoción para la salud con información acerca de la HTA y COVID-19	26	96,2	95	Adecuado

El desempeño profesional se define como la conducta real del individuo durante su participación en el proceso; la medida en que es capaz de utilizar los recursos de que dispone para alcanzar el máximo resultado. Dicha categoría constituye el centro del proceso de atención médica, pues mediante ella se garantiza el cumplimiento de dicho proceso y el acceso a las tecnologías necesarias, así como el alcance de los resultados en técnicas de efectividad clínica, diagnóstica y terapéutica. (Príncipe, 2017)

Las historias clínicas son los documentos de los cuales se parte en la mayoría de los estudios de evaluación del proceso de atención médica, aunque se discute el hecho de cuán completas son, además de que al evaluar el proceso a partir de este documento se le atribuye un valor al mismo y no a la atención prestada en sí. A pesar de ello es un instrumento básico de la atención primaria de salud, tiene función diagnóstica y sirve de base para el planteamiento, ejecución y control, en cada caso, de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud. Al respecto, la mayoría de los indicadores que se definieron como indispensables para alcanzar la condición de adecuado resultaron deficientes en su evaluación, pues a pesar de existir las HCI, las evoluciones carecían de calidad, pues no se cumplía con los controles programados, ni se abordaban todos los aspectos que definían el programa, tales como estratificación de riesgo, examen físico completo, búsqueda de daños orgánicos asintomáticos, tratamiento adecuado según situación específica de cada paciente, para el tratamiento y seguimiento del paciente no se tuvo en cuenta el RCV, ni aparecían las acciones dirigidas a modificar, controlar o eliminar el riesgo, elemento fundamental para el control de la enfermedad.

Estos resultados fueron inferiores a los encontrados por Pérez *et al* (2014) en una evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia, donde los indicadores evaluados se comportaron de la siguiente forma: historia clínica (89 %), diagnóstico (52,5 %), tratamiento (75 %), seguimiento al paciente (100 %). De manera similar en el estudio de García (2021) las historias clínicas cumplen la mayoría de los parámetros establecidos de acuerdo con el protocolo de atención al paciente con hipertensión.

Sin embargo, estos resultados son similares a los hallados por (Arteaga *et al*, 2019) donde se evidenció la falta de pedagogía clínica por parte del médico tratante de la población diagnosticada con hipertensión arterial.

Se necesita una concientización por parte de todos los profesionales de la salud y mayor responsabilidad moral, que entraña responder por su competencia y desempeño profesional, requisito indispensable para cumplir con los principios éticos fundamentales: no dañar y hacer el bien. Es preciso, entonces, garantizar la competencia no solo en aspectos científico-técnicos, sino también en los relacionados con la dimensión humana.

CONCLUSIONES

Ante el impacto de la COVID-19 en la sociedad, se hace necesario, incrementar la competencia y desempeño de los médicos de familia en el control y seguimiento de los pacientes hipertensos, considerados como un grupo vulnerable de padecer síntomas graves de la enfermedad.

REFERENCIAS

Alfonso Prince, J. C., Salabert Tortoló, I., Alfonso Salabert, I., Morales Díaz, M., García Cruz, D. y Acosta Bouso, A. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Rev. Med. Electrón.*, 39(4), 987-994. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es

Arteaga, K. M. y Serrano, J. D. (2019). Hipertensión Arterial y la no Adherencia a los Programas de Promoción y Prevención de los Servicios en Salud, en el Municipio de Chiriguana-Cesar en el Segundo Semestre del Año 2019. [Tesis de grado. Universidad Santo Tomás, Colombia]. <http://hdl.handle.net/11634/34764>

Cando, J., Touriz, M., Canfo, W., y Tobar, M. (2020). Prevención y control del dengue durante la pandemia de COVID-19. <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/881>

Chen, N. et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, 395, 507-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2021). Parte de cierre del día 1 de julio del 2021 a las 12 de la noche.

Danser A., H. J., Epstein, M. y Battle, D. (2020). Renin-Angiotensin System Blockers and the COVID-19 Pandemic: At Present There Is No Evidence to Abandon Renin-Angiotensin System Blockers. *Hypertension*. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.120.15082>

Díaz Pinzón, J. E. (2020). Comorbilidades de los fallecidos por COVID-19 según el grupo etario en Colombia. *REPERT MED CIR*, 29(Núm. Supl.1), 118-122. <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1130/1387>

Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol I. Health Administration Press. Ann Arbor;

García, V. A. (2021). Calidad del proceso de atención a usuarios con hipertensión arterial en el centro de salud San Rafael. [Tesis postgrado. Universidad Técnica del Norte. Ecuador]. 2021. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11513>

Guo, J., Huang, Z., Lin, L. y Lv, J.. (2019). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Cardiovascular Disease: A Viewpoint on the Potential Influence of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors/Angiotensin Receptor Blockers on Onset and Severity of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. <https://doi.org/10.1161/jaha.120.016219>

Henry, C., Zaizafoun, M., Stock, E., Ghamande, S., Arroliga, A. C. y White, H. D. (2018). Impact of angiotensin converting enzyme inhibitors and statins on viral pneumonia. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 31(4), 419-23.

Hierrezuelo, N., González, P., León, A. y Cordero, F. (2021). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con la COVID-19 en el policlínico Ramón López Peña. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 58. <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/1117>

Hierrezuelo Rojas, N., Álvarez Cortés, J. T., Subert Salas, L., González Fernández, P. y Pérez Hechavarría, G. A. (2017). Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. *Me-disan* 21(5): 518-526. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es.

Kuba, K., *et al.* (2005). A crucial role of angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) in SARS coronavirus-induced lung injury. *Nat Med.*, 11(8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16007097/>

Malavassi, F., Marín, W. y Clinton, C. (2020). Lesión Miocárdica en pacientes con infección por COVID-19. *Rev. Acta Académica*, 66, 93-100. <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/343/334>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Pallares, V., Górriz, C., Morillas, C., Llisterri, J. y Górriz, J. (2020). COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal. *Rev. Semergen*, 46(1), 78-87. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359320301441>

Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., Dieguez Guach, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev haban cienc méd.*, 19(2), 1-15. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n2/1729-519X-rhcm-19-02-e3254.pdf>

Pérez Quintero, C., González Ruiz, G., Carrasquilla Baza, D., García Patiño, E., Guarín Bedoya, E., Luna Semacaritt, L., & Sirtori de la Cruz, L. (2014). Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia. *Duazary*, 11(1), 14–21. <https://doi.org/10.21676/2389783X.716>

BRECHAS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL BAYAMO REPUBLICANO BURGUÉS (1902-1940)

Gaps in the history of public health in the bourgeois republican Bayamo (1902-1940)

Lic. Iveth Yaima Rubán Rodríguez¹, MSc. Alina del Carmen Alarcón Guerra¹

¹ Departamento de Marxismo-Leninismo, Universidad de Granma, Cuba, irubanr@udg.co.cu,

² Departamento de Historia-Marxismo, Universidad de Granma, Cuba, aalarcong@udg.co.cu

Resumen

La Salud Pública constituye una de las problemáticas de marcada trascendencia en el recorrido de la historia social, por lo que el presente estudio se construye desde un enfoque socio-histórico, tocando una de las problemáticas aún de insuficiente tratamiento, que atraviesa la historiografía oficial cubana; tópicos por demás que, contiene implícitamente, un enfoque multidisciplinario. Por lo tanto, el problema científico de nuestro estudio es: ¿Cómo se manifestó el estado histórico y socio-cultural de la salud pública en el término municipal de Bayamo (1902-1940)? Esta investigación tiene como Objetivo General: analizar el estado de la salud pública en el Bayamo republicano burgués (1902-1940). Para realizar la investigación nos apoyamos en la Metodología dialéctico-materialista y en los Métodos: histórico-lógico, deductivo-inductivo y análisis-síntesis, para arribar a consideraciones generales y establecer las particularidades locales del fenómeno. Por otro lado, los testimonios orales recogidos a través de entrevistas permitieron triangular la información y patentar la memoria histórica. La investigación desarrollada posee alta novedad científica porque permite elucidar una dimensión deprimida de la historia social cubana a partir de una nueva propuesta metodológica.

INTRODUCCIÓN

La historia de la salud pública estudia el devenir de las condiciones de salud y bienestar de los colectivos humanos y la emergencia y transformación de discursos disciplinados en torno a dichas condiciones. Por lo tanto, la historia de la salud pública no solo se ocupa de la salud pública como ciencia, sino también de la no ciencia, las ideologías, las prácticas políticas y sociales.

Se comparte entonces que, la historia de la salud pública no es un ámbito de investigación uniforme ni en lo metodológico, ni tampoco en lo epistemológico. Con relación al dominio disciplinar al que compete la historia de la salud pública, es preciso establecer que éste no es un espacio en disputa, sino, un escenario para el encuentro y articulación de saberes propios de la historia, la sociología, la filosofía, la psicología, la antropología y la salud pública.

En el proceso de acercamiento al abordaje de dicha problemática para el contexto americano y caribeño, subrayamos algunos textos y monografías interesantes como: "Salud, Cultura y Sociedad en América Latina" por Marcos

Cueto (1996); “La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción” de Colectivo de Autores (2002), adscritos a la OPS; “La salud pública en América Latina y el Caribe” de especialistas médicos cubanos pertenecientes al Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Doménech” derivados también en Colectivo de Autores (2003); “Políticas y programas de Salud en América Latina. Problemas y propuestas” de las autoras chilenas Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda (2005); “Estudios de historia moderna y contemporánea de México” por Marcos Cueto (2007); “La Cultura de la sobrevivencia y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del SXX de Marcos Cueto (2014); y, “Medicina y Salud Pública en América Latina: La historia” de Marcos Cueto y Steven Palmer (2015).

Vale destacar que Marcos Cueto observa, que la noción de la salud pública ha estado supeditada por bastante tiempo a la historia de la medicina. Según el autor, esta subordinación se plantea en la historia tradicional de la medicina, la cual ha hegemonizado los estudios de este tipo en América Latina. Si bien estos trabajos tuvieron como carácter positivo el rescate de la documentación y la elaboración de una cronología institucional, sus abordajes fueron considerablemente primarios. Por tanto estos estudios estuvieron fuertemente permeados por la teoría de la dependencia, en tanto veían en las inequidades del acceso a la salud el reflejo del subdesarrollo y de la dependencia de las potencias centrales.

La teoría faucaultiana tuvo una recepción interesante en la nueva historia socio-cultural de la enfermedad de América Latina: las acciones emprendidas en términos de la salud pública eran entendidas como una voluntad de racionalizar la sociedad y controlar a los sujetos y sus cuerpos. Ahora bien, también en estas latitudes, los trabajos sobre la historia de la salud pública han comenzado a complejizar sus análisis, subrayando las posibilidades de resistencia y señalando la coexistencia de diversas percepciones sobre la salud, las distintas estrategias sanitarias así como de sobrevivencia y persistencia de viejas ideas y prácticas. Desde esta perspectiva, los actores ganan espacio por sobre las estructuras, dando lugar al análisis de la resistencia, la acomodación y las imágenes del cuerpo por parte de aquellos.

Desde el otro extremo del binomio, Diego Armus afirma que la enfermedad comenzó a ganar un lugar destacado en la historiografía latinoamericana a partir de las últimas dos décadas del siglo xx. D. Armus señala tres grandes tendencias historiográficas, que el mismo autor carátula como: una «nueva historia de la medicina»; una «historia de la salud pública» y una «historia socio-cultural de la enfermedad». La primera de estas líneas está determinada por un contexto económico, social y político donde actuaron los médicos y sus instituciones y por un diálogo con la historia de la ciencia, la cual ha estado caracterizada por una narrativa que pensiona la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social.

La historia de la salud pública pone el acento en las políticas de salud y su perspectiva está direccionada a analizar el poder, el Estado, la política y la profesión

médica. Estas dos primeras líneas, que tienen como antecedente inmediato los trabajos de higienistas y sanitaristas, ponen el énfasis en la salud a nivel de lo social, en las políticas de salud y en las acciones dirigidas a combatir las dolencias. La tercera línea de investigación caratulada como la historia sociocultural de la enfermedad se “concentra en las dimensiones sociodemográficas de una cierta enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad”. Estas tres líneas de análisis, pero especialmente la última, estuvieron influenciadas por matrices epistemológicas que se conformaron especialmente en Europa durante la segunda mitad del siglo xx.

Aunque se reconoce que los estudios sobre la historia de la enfermedad y la salud en América Latina derivan de las matrices epistemológicas anotadas anteriormente, su tradición historiográfica es aún precoz en relación al desarrollo que tuvo en Europa y en los Estados Unidos. Sin embargo, si bien el balance en América Latina sigue siendo desfavorable en relación a la producción de los países centrales, vale señalar que Brasil se denota como una singularidad, donde la investigación en salud y enfermedad ha cobrado un fuerte brío luego de la década de 1970.

El estudio de la historia de la salud pública, por tanto, reviste notable importancia, pues como dimensión de la historia social, no puede desdeñarse si aspiramos, desde la “Historia Total”, a encontrar las claves de nuestro origen y evolución como nación para develar el futuro o el camino más próspero para el desarrollo de nuestra sociedad.

En el ámbito nacional cubano la problemática de la historia de la salud pública aun cuando ha sido objeto de reflexión de algunos historiadores, actualmente es insuficiente su tratamiento en la historiografía nacional, elemento este que se revierte en el predominio de profesionales médicos reconstruyendo esta área temática.

Las obras del Dr. Gregorio Delgado García¹ (1982), Historiador de la Oficina Nacional de Salud Pública en la isla, de los historiadores Marlene Portuondo y Rafael Ramírez² (2011), así como las monografías de la Lic. Ildre Dávila Rodríguez³ (2011), Leonarda Lóriga⁴ y de Colectivo de Autores⁵ historiadores de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Matanzas y Pinar del Río

1 Delgado García, Gregorio . Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública v.24 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 1998.

2 Portuondo, Marlene y Ramírez Rafael. (2011). La historia nacional y de la Salud Pública. TII. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

3 Dávila, Ildre. Historia de la Medicina en la Neocolonia. [Internet]. Disponible en (<http://bvs.sld.cu/Revistas/His/>) Consultado el 5 de Mayo del 2016.

4 Leonarda Lóriga. Evolución histórica de la Salud Pública en Cuba. [Internet]. Disponible en (<http://www.monografias.com/>) consultado el 29 de enero del 2016.

5 Colectivo de Autores. (S.A). Breve reseña sobre la historia de la Salud Pública en Cuba. [Internet]. Disponible en (<http://www.revmatanzas.sld.cu/>). Consultado el 29 de enero del 2016

respectivamente, son de apreciable valor, pues constituyen antecedentes y reflejan algunas particularidades de la salud pública, pero donde descuella una mirada a la historicidad del sistema y los servicios de salud, como tendencia historiográfica.

Por lo tanto, hacemos referencias a estudios generalizadores, carentes a socavar en la lógica mancomunidad con las prácticas socioculturales, y los matices locales, no son abordados en toda su especificidad, lo que imposibilita comprender la pluralidad e interdisciplinariedad de este fenómeno.

Esto demuestra que la sistematización de la historia de la salud pública en la etapa republicana burguesa aún se mantiene como una vacante epistemológica de la historia social y local. Como elemento significativo, se aprecia, que el peso fundamental de los estudios desarrollados son reflejos de una contemplación desmembrada del propio fenómeno en cuestión, en tanto la categoría de la “totalidad” no ha sido pertinentemente incorporada en el centro de la mirada, el análisis y tratamiento de dicha problemática social, ya que se particulariza el enfoque salud-enfermedad; enfoque este donde prevalece la dimensión física y social, relegada a un segundo plano la integralidad implícita de la dimensión mental, emocional y espiritual que desde el año 1946 reafirma la OMS como concreción de la nombrada “salud holística”⁶. Al mismo tiempo que se proscribiera el análisis profundo de condicionantes políticos, económicos y socio-culturales en medio de los cuales se mueve la salud pública, que aportaciones trascendentes nos develarían en el principio de conformar un genuino tratado interdisciplinario.

A tono con la aprobación y cumplimiento en el VII Congreso del PCC, en la Actualización de los Lineamientos de la Política Económica y Social, el Capítulo V que versa sobre la Política de Ciencia, Tecnología y Medioambiente(98 y 103) y en el Capítulo VI. Política Social (115), en sus respectivos Acápites: Educación (118) y Salud (130), refrendamos la pertinencia del tratamiento de esta problemática, en tanto como educadores e investigadores estamos abocados a contribuir con la solidificación del quehacer en nuestra ciencia, sobre todo abordando temáticas que apuntan a un enfoque multidisciplinario, reto visibilizado en el campo de las Ciencias Sociales. Por otro lado constituye prioridad la enseñanza de la historia, de aquí la necesidad de construirla sobre una base científica para la contribución a la docencia.

Teniendo en cuenta las insuficiencias y limitaciones historiográficas señaladas se concibe la presente investigación que se desenvuelve en una contradicción social, representada por la necesidad de abordar el tema para la reconstrucción y sistematización de la historia local bayamesa que posibilite un análisis más integral del contexto histórico. Esto nos permite formular el problema científico:

- ¿Cómo se manifestó el estado histórico y socio-cultural de la salud pública en el término municipal de Bayamo (1902-1940)?

6 Evolución teórica del término de salud [Internet]. Disponible en: (<http://www.saludmed.com/>)[consultado el 15 Sep. 2015].

Este problema científico permite definir como objeto de estudio: la salud pública en el término municipal de Bayamo (1902-1940).

La investigación se propone como Objetivo General: Analizar el estado histórico y socio-cultural de la salud pública en el término municipal de Bayamo (1902-1940).

El espacio temporal se abre a partir del establecimiento de la república burguesa en Cuba en el año 1902 y se adhiere a la periodización, con sub-períodos internos, ofrecida por el Dr. Gregorio Delgado, en vista a que en la revisión de las fuentes bibliográficas y documental aún no se revela, una particularidad o particularidades que delimiten o establezcan un punto de inflexión en la observancia del estudio local que se propone, y que por tanto, fraccione la regularidad nacional.

En el año 1902 se inició un proceso de reorganización del sistema y los servicios de la salud pública en sus dos grandes ramas (Sanidad y Beneficencia) con la participación de ilustres médicos cubanos liderados por el Dr. Carlos J. Finlay que contribuyó a un salto cualitativo respecto al período precedente de ocupación militar norteamericano, centralizándose por primera vez los servicios inicialmente en una Junta Superior de Sanidad (1903) adaptada a la nueva Constitución de 1901 y adscrita a la Secretaría de Gobernación, que adquiere total independencia al crearse en 1909 la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, convirtiéndose el territorio insular en abanderada de este proceso

Desde esta estructura de poder y control se asentó la red terrestre institucional logrando hasta 1924 una etapa de oro en la historia institucional de la salud pública, con merecido reconocimiento de la trayectoria del Dr. Carlos J. Finlay como cúspide facultativo. Al estallar la crisis económica internacional de 1929-1933, impactó de forma nociva en la salud pública de la nación cubana pues se exacerbó el panorama de insalubridad y, como punto de ruptura, emergió y proliferaron manifestaciones puntuales del desequilibrio mental y emocional como los suicidios, elemento contrastable en la palestra nacional así como en el propio término municipal bayamés pues como muestra se fundó, la primera Liga contra el Suicidio presidida por el galeno bayamés Dr. Enrique Díaz en 1929 .

En este lapso y solo hasta la nueva promulgación de la Constitución de 1940, desde el precepto legal o normativo (artículo 160), se reestructura la administración de la salud pública, ascendiendo la secretaría a carácter ministerial al fundarse el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social y se establece toda una nueva organización sanitaria nacional, aún sobre la base del debilitamiento del subsistema de salud estatal y el empoderamiento del subsistema privado y mutualista.

Después de 1940 y hasta 1958 se exagera la disfuncionalidad en la administración de la salud pública desde el ámbito nacional, hecho que se replica a las administraciones públicas de Bayamo producto a los rejugos políticos y a la influencia nefasta que ejerció en ella el papel de los nombrados “organismos autónomos”, elementos que repercuten en la incapacidad de desarrollar

verdaderos planes de salud pública efectivos y en beneficio del bienestar integral de la sociedad bayamesa a largo plazo.

Las fuentes consultadas son de naturaleza primaria y secundaria, adjuntadas en las fuentes documentales que se encuentran en el Archivo Provincial de Granma, en los fondos Gobierno Municipal (Neocolonia), Miscelánea y Archivo Vertical y los Libros de Actas Capitulares, así como en el Archivo Provincial de Santiago de Cuba han sido de gran utilización el Fondo Gobierno Provincial de Oriente.

La Metodología de la investigación se fundamenta en la Dialéctica Materialista y se inscribe dentro de la perspectiva de la Historia Social, entendida como tal la corriente historiográfica que valora los procesos sociales y analiza sus relaciones desde la pluridimensionalidad.

Se aplican los métodos teóricos de análisis y crítica de las fuentes en el proceso de recopilación, triangulación e interpretación de la información, necesario para determinar el estado actual del objeto de estudio, lo cual fue de provecho en toda la investigación; el histórico-lógico se utilizó para inferir las características esenciales de la salud pública en Cuba en la etapa neocolonial, a partir de su ordenamiento espacial y temporal para entonces llegar a analizar, desde el enfoque integral la historia de la salud pública en el término municipal de Bayamo, así como el de inducción-deducción que fue de gran utilidad para la exposición del contenido, la fundamentación teórica y el análisis histórico que contiene implícito las pautas socio-culturales de la sociedad bayamesa en su lucha ante las anomalías de la salud pública en la localidad.

El estudio de la representación mediática de la salud pública, ofrecida por los periódicos locales conllevó a la utilización del método hermenéutico, con los procedimientos de análisis de contenido en la interpretación de los textos. Asimismo, el método hemerográfico facilitó la descripción del material periodístico y sus noticias, unido a la valoración sobre su presentación y la forma del titular.

Se utilizaron métodos empíricos, como el trabajo con las fuentes, además de la estadística descriptiva para conformar el criterio socio-demográfico y tablas usando variables cuantitativas y cualitativas; el análisis transversal y longitudinal, permitió inferir regularidades y singularidades; para acceder a la realidad social donde acontecieron los hechos, verificar los nexos con el pasado, interpretar las pautas culturales.

Fue necesaria la definición apriorística de los conceptos de salud, salud pública, cultura, pautas culturales.

La salud humana es un fenómeno dinámico que se desarrolla en un contexto cultural, político, social y económico determinado y en total dependencia del desarrollo social. Por tanto, la salud de la población no puede ser desvinculada del desarrollo y progreso social; su campo de estudio y su práctica se imbricará tanto con el área del saber de las Ciencias Médicas y de la salud como con las diferentes disciplinas sociales.

La salud ha sido enfocada en el campo de la Sociología Médica desde las tendencias del pensamiento médico individual biologicista o en ciertas ocasiones desde lo social, permeado por limitaciones teórico-conceptuales; limitándose a enunciar en diversas investigaciones médicas y publicaciones, los factores que constituyen referentes de riesgo para la misma.

Esto significa que al enfocar la salud como construcción social los investigadores y autores en dicho campo, centran su atención en los factores de riesgo de todo tipo, incluyendo los biológicos, económicos, medioambientales y otros, mientras que el cultural tan solo es mencionado como uno de los determinantes sociales, sin embargo; si observamos las características y la realidad de nuestras comunidades, no es difícil comprender que en su esencia las prácticas socioculturales relacionadas con el proceso salud-enfermedad, deben estar basadas en el principio y la concepción de la salud como construcción sociocultural.

Desde la perspectiva sociológica son muy valiosas las reflexiones que con relación al binomio salud-enfermedad encontramos en el pensamiento de sociólogos de la talla de Carlos Marx, Émile Durkheim, Talcott Parsons, entre otros, al tratar de explicarlo como un sistema que se legitima como institución social y el condicionamiento cultural de la salud como problema social. Tales reflexiones aportan postulados epistémicos-conceptuales y metodológicos; claves sociológicas desde la concepción materialista de la sociedad; la concepción de hecho social; así como la definición de la salud desde un enfoque sociológico y del rol social del enfermo.

La teoría sociológica de Carlos Marx (1818-1883) –y por extensión de Federico Engels (1820-1895)– es un precedente esencial para comprender a partir de su concepción dialéctico materialista de la historia, o sea, de los fenómenos sociales y de la interacción entre condiciones económicas e instituciones sociales; la interpretación materialista en el estudio de la salud como institución social, así como las relaciones sujeto-objeto en sus contradicciones; los procesos de cambio o transformación; la estructura socioclasista de la misma y su incidencia en la cultura concebida como comportamiento humano.

Esto también se muestra mediante sus tesis acerca de la estructura social y sus elementos superestructurales; el impacto de las condiciones objetivas de carácter socioeconómico en los hábitos, las costumbres, las conductas y otras manifestaciones de la conciencia y la cultura de la sociedad.

Al plantear el carácter determinante de las relaciones económicas en el desarrollo social, considera la interacción de éstas respecto a la salud y sus instituciones, revela la interacción directa entre el capital y el comportamiento de variables como pobreza y clase social, profesión y tipos de enfermedad, entre otras. En su teoría demuestra la dependencia que a nivel macrosocial tiene la organización social y el sistema de salud.

C. Marx aporta además otras claves: modo de producción; ser social;

conciencia social; clases sociales; ideología; enajenación; de gran valor en el plano teórico metodológico para estudiar y entender los procesos vinculados a la salud de individuos, grupos y comunidades.

En el año 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud, sustento conceptual de esta investigación, como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. De este principio surgió el término de salud holística. La salud pública en su expresión más integral, se considera por tanto que infiere el desembarazo de dimensiones somáticas, subjetivas y de praxis social incontrastable a la profilaxis humana.

Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características:

- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Esta nueva perspectiva del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

En la definición propuesta por Cardona, Sierra Varela, Serrano Caballero y Agudelo Acevedo, puede pesquisar con claridad que el objeto de estudio de la salud pública se refiere a “las condiciones de salud y bienestar de los colectivos poblacionales en cada circunstancia histórico social específica, que en razón de su historicidad se transforman permanentemente, siguiendo alguna lógica más o menos sistemática cuyo desentrañamiento reta el esfuerzo científico de la disciplina”⁷.

Esta concepción, a la cual nos adherimos, exhibe “las condiciones de salud y bienestar de los colectivos poblacionales”, como un objeto de estudio históricamente constituido y cambiante en razón de las condiciones socio-culturales propias de cada contexto espacial y temporal.

La cultura⁸ es el resultado de la organización que adoptan los hombres frente a la actividad económica, o sea, un fenómeno que no está desligado del modo de producción de una sociedad determinada, y como resultado de las relaciones que en ella se establecen, es vista como la producción de valores materiales y

7 Cardona A, Sierra Varela R, Serrano Caballero L, Agudelo Acevedo F. Cadáveres, Cementerios y Salud Pública en el Virreinato de Nueva Granada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008..

8 Karl Marx: Obras Escogidas, p. 357

espirituales por el hombre, que socialmente da la medida del desarrollo alcanzado por este en un contexto histórico determinado.

Las pautas culturales⁹ por tanto, posibilitan distinguir a una comunidad de otra, al configurar a un sujeto con características distintivas. Este concepto no solo abarca los patrones conductuales, normas, reglas, sino también conjuntos de pensamientos, prácticas, ideas y enfoques del mundo; además precisa las particularidades culturales del grupo, comunidad o sociedad.

La novedad científica de esta investigación se ubica en el estudio histórico y socio-cultural de la salud pública en el Bayamo republicano, ya que desdobra, como eje articulador, el contexto político y socio-económico y su interrelación dialéctica con elementos socio-antropológicos.

Consideramos que la investigación desarrollada posee alta pertinencia porque permite la reconstrucción socio-histórica de una de las dimensiones deprimidas de la historiografía social cubana aportando un nuevo procedimiento metódico, y, al mismo tiempo que contribuye a impulsar la historia local bayamesa en su inserción con la historia nacional, favorece a re-significar la posición y las acciones desarrolladas por el gobierno revolucionario cubano que ha mantenido, con carácter prioritario y privilegiado, la Salud Pública como una conquista social inherente a nuestro sistema socialista, demostrando ser un elemento de fuerza contemplativa para evaluar, comparar y avivar nuestra memoria histórica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El proceso independentista originario de a partir de la segunda mitad del SXIX en Cuba (1868-1898), la práctica deshumanizadora que en el contexto de este aplica la política española de la “reconcentración” y luego el bloqueo naval impuesto por el gobierno imperialista de los EUA condujo al considerable deterioro del sistema de salud pública, quien, en correlación con la nueva coyuntura histórica pasó al servicio de la sanidad militar, a partir de la cual y como contraposición curiosa, surgió y se desarrolló la Sanidad Militar Mambisa¹⁰ (Bouza, 2001).

Los factores anteriormente expuestos, a pesar que se reconoce cierto período de recuperación en la organización de los servicios de salud (1880-1894) influenciado por la posición y la mentalidad científica del Dr. Carlos J. Finlay, la

9 El antropólogo norteamericano Ralph Linton, definió las pautas culturales como las configuraciones socio-culturales que adoptan criterios racionales o no, acerca del conocimiento en relación a la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, que se vuelven específicas en la vida comunitaria y moldean los entornos: natural, social, cultural, mítico, religioso, moral, ético, imaginativo, axiológico y simbólico. Ver Ralph Linton: Cultura y personalidad. p. 19-47.

10 Alejandro Bouza Suárez: Propuesta de Periodización para el estudio de la beneficencia en Cuba en el SXIX. [Internet]. Disponible en: (<http://scielo.sld.cu/scielo.php>) [consultado el 7 de febrero del 2013].

reactivación de la Real Academia de Ciencias Médicas, el perfeccionamiento de los planes de estudios en la Facultad de Medicina y la fundación de la Sociedad y la Revista de Higiene, entre otros logros, limitó superar el nefasto ambiente pernicioso y de propagación endémica heredada a la Isla de Cuba en su arribo al período de ocupación militar, de aquí que una de las primeras medidas aplicadas por el gobierno interventor fuese el saneamiento de la Isla. (Colectivo de Autores, 1990, p. 246)

Se inició así la reorganización de la salud pública en sus dos grandes ramas con la participación de los médicos constituidos en el país y a partir de esta nueva etapa de nuestra historiografía oficial, como hecho trascendente, se aporta a la historia de la salud pública mundial, la aplicación del descubrimiento del doctor Finlay para la erradicación de la fiebre amarilla, contribución histórico y científica que, sin embargo, se vio mancillada por el más bochornoso intento de plagio que se recuerda en la historia de la medicina del pasado Sxx, expresión de las artimañas imperialistas de las que han padecido los pueblos neocoloniales, víctimas de procesos que subestimaron la propia valía y la capacidad intelectual del hombre y los pueblos latinoamericanos y del Caribe.

En estas primeras décadas del período republicano burgués, en el orden estructural y en posición piramidal se estableció la Junta Superior de Sanidad que para 1907 fue superada por el Departamento Nacional de Sanidad, quedando la primera en calidad de asesoría; y, en cada provincia existió un Inspector de Sanidad, a quien a su vez se subordinaron las Juntas Locales de Sanidad, que por el mismo decreto No.894 de 1907 fue dirigida por el Jefe Local de Sanidad radicado en cada uno de los términos municipales, en consecuencia a la división política administrativa de 1878 y al proceso de centralización de la sanidad cubana.

Estas dependencias, con explícitas funciones administrativas y ejecutivas para el servicio sanitario, unidas a las responsabilidades de las Alcaldías o Ayuntamientos Municipales conjugaron su accionar bajo el respaldo legal de leyes sanitarias, conocidas como Ordenanzas Sanitarias asemejadas a la de los Estados Unidos, pues fueron dictadas en el período de la ocupación militar norteamericana (1899-1902) y condicionó la existencia de un Consultor Sanitario norteamericano en primera posición jerárquica. Vale señalar también que en rectitud a la gestión de los servicios sanitarios colaboró el Departamento Nacional de Beneficencia, adscrito igualmente a la Secretaría de Gobernación.

No obstante, se reconoce que, a pesar de la posición loable del gremio médico cubano y sus debidas iniciativas por condicionar mejoras estructurales en la administración y servicios sanitarios, al calor del propio proceso de conformación del nuevo Estado nacional cubano (con sus conocidas complejidades históricas en tanto se limitó el ejercicio pleno de su soberanía), esta corporación, si bien constituyó la primera organización terrestre nacional, acarreó consigo limitaciones objetivas que restringieron su impacto social, porque la Junta Superior de Sanidad sólo tuvo funciones consultivas y las Juntas locales carecieron de los medios necesarios para

desarrollar su trabajo (Congreso de la República de Cuba, mayo de 1903).

Al promulgarse una nueva Constitución de la República, publicada en la Gaceta Oficial el 8 de julio de 1940, pero que no va a entrar en vigor hasta el 10 de octubre de ese año cuando toma posesión el nuevo gobierno electo, la denominación de Secretaría de Despacho será sustituida por la de Ministerio pasando a ser la antigua Secretaría de Sanidad y Beneficencia, Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.

Aunque la nueva Constitución en su artículo 160 especificaba que el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, junto a los de Educación, Agricultura y Obras Públicas, actuaría exclusivamente como un organismo técnico, la característica de la organización de salud pública estatal en esta etapa, que se extiende desde la promulgación de la Constitución de 1940 hasta el final de la república burguesa en 1958, va a ser precisamente lo contrario a dicho precepto constitucional, pues la misma quedará a merced de todos los rejugos políticos de la época y esto se pondrá de manifiesto en los frecuentes cambios de dirección nacional que impedirán desarrollar planes de salud pública efectivos a largo plazo.

Hay que señalar que el Bayamo republicano burgués constituyó un término municipal que abarcó 15 barrios municipales: Arroyo Blanco, Barrancas, Bueycito, Cauto, Cayamas, el Cristo, Dátil, Guamo, Guisa, Hornos, Julia, Laguna Blanca, La Sal, San Juan y Veguitas, con un radio de acción urbano delimitado por los barrios San Juan y el Cristo, para una densidad demográfica de 3,786 km², y una población de 45 961 (dato arrojado en el Censo de Población 1919). Estos barrios a pesar de ser urbanos, tenían dentro de su estructura territorios rurales. Dada su posición geográfica y a la división política administrativa de 1878 pertenecía a la sexta provincia del país, la Provincia de Oriente, con su centro de poder en Santiago de Cuba. (Riera, 1957, p.30)

El estado de la salud pública en el Bayamo republicano (1902-1928) fue objeto de análisis y valoración teniendo en cuenta el papel rector de la política sanitaria de la Alcaldía Municipal en el mantenimiento de las condiciones higiénico-sanitarias de indicadores socio-históricos que respaldan la concepción de salud pública previamente declarada y que se concentran en instituciones subordinadas al Ayuntamiento como: el Acueducto Municipal; el Cementerio Municipal; los Establecimientos Públicos; el Hospital Civil; así como, asumimos como indicador la situación técnico-constructiva del término municipal y el estado de la Zanja de Desagüe y del Río Bayamo.

El Acueducto Municipal tuvo existencia en la ciudad de Bayamo en el año 1902, gracias a la colaboración directa del aristócrata José Fernández de Castro y vino a ser patentado por la Compañía "The Bayamo Company". Si algo debemos destacar es que esta iniciativa encontró un sonoro rechazo por parte de exponentes locales dirigidos por Luis Tojosa. Arreas de burritos cargados con latas con agua abastecían a los habitantes de Bayamo, así que el establecimiento del Acueducto liquidó el productivo negocio de la venta de agua. (Carbonell, 1982, p.51).

Esta institución tuvo un defecto capital, que a pesar de las discontinuas reclamaciones no fue resuelto por la política de la Alcaldía y resultó con pocas seguridades higiénicas. La toma de agua se encontró muy próxima al riachuelo conocido por Manegua, cuyo arroyuelo arrastró fango y detritus orgánicos, incumpléndose la limpieza al tanque y las cañerías. El servicio del mismo, que solo pudo costearlo la alta aristocracia bayamesa que contaba con el capital (\$4.00), fue irregular y afectó además la asistencia a las escuelas públicas, pues en Carta del Super-Intendente Provincial al Secretario de Instrucción Pública, alegó rotundamente: (...)” esta oficina no recomienda el pago de la cuenta a que se refiere el incluso escrito en atención a que, no parece equitativo que el Municipio le cobre a las Escuelas Públicas el agua de un Acueducto que se ha construido con los fondos del Estado” (AHP(Granma). Fondo: Gobierno Municipal (Neocolonia). Legajo: 61. Expediente: 1765. 1911).

En 1904 se detecta la epidemia la Difteria (Tabla 1), enfermedad infecciosa aguda causada por el bacilo Conyne bacterium Diphtheriae localizada en la faringe, laringe, ventanas de la nariz y en ocasiones la piel. Con motivo de esta preocupante y sobre todo porque se transmite de persona a persona y el organismo puede multiplicarse fácilmente en la mucosa del aparato respiratorio del huésped inmunizado aún sin causarle enfermedad, el Comisionado de la Junta Superior de Sanidad de la República envió al Dr. Luis Biosca, Inspector de saneamiento y desinfección a realizar un informe de pesquisa de saneamiento a la ciudad. En el Informe que tuvo que rendir el 4 de diciembre del año señalado, refiriéndose a las condiciones higiénicas del Acueducto, como un posible contribuyente a la enfermedad, dirá:

“(...) el chupador de la bomba o toma de agua, se encuentra muy próxima a la orilla, de forma vertical, muy cerca del lecho, de forma de que hacerse el vacío y formarse la absorción consiguiente de las aguas, arrastra consigo gran cantidad de lodo y partículas del fondo. Yo creo que el chupador debe prolongarse de forma horizontal y a cierta profundidad del Río, de tal modo que absorba siempre el agua pura y cristalina que corre por su centro y nunca la procedente de las orillas, que por tener menor corriente resulta turbia y perjudicial”¹¹.

La dirección del Ayuntamiento lejos de darle una respuesta práctica a dicho señalamiento, volverá a incurrir en años posteriores. Por causa de las persistentes quejas de la población dada la ausencia del suministro del agua, aducen que no es posible por no encontrarse persona que lo realice por el precio de \$40.00 mensuales que venía satisfaciéndose por meses anteriores, al comenzar a agotarse la cuenta de dicho crédito¹².

11 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 59. EXPEDIENTE: 1910. 1904

12 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 71. EXPEDIENTE: 2120. 1910

En el año 1911 la ciudad fue inspeccionada nuevamente y el Inspector General de Sanidad detectó las siguientes deficiencias: “Es urgente la reparación de los desagües de la planta en que está instalada la bomba de la toma de agua del Acueducto. Así mismo reparaciones en las maquinarias y en la toma de agua. Así como también proveer el consumo y aseo de los empleados en el edificio”¹³.

El riego de las calles, una de las actividades fundamentales que ayuda a preservar la salud pública y en la cual el Acueducto jugó papel también estuvo sujeto a deficiencias. El día 8 de Marzo de 1912 en el suelto publicado en el periódico “La Opinión”, se atribuyó la causa de esto a la ausencia del maquinista Sr. César Pizarro y a deficiencias que venía presentándose en aparatos de la empresa¹⁴. En respuesta el Alcalde Municipal recibió una carta del maquinista donde, en alegato de autodefensa, expuso: “Tengo el honor de informarle que se encuentra en muy malas condiciones el techo del tanque del acueducto, al extremo que si por desgracia azota un viento regular puede muy echarlo a tierra por encontrarse podrido el maderamen del mismo” (AHP (Granma). Fondo: Gobierno Municipal (Neocolonia). Legajo: 77. Expediente: 2361. 1912).

La situación se tornó tensa. La carencia del agua para el baldeo de las calles y en plenos momentos en que la ciudad se veía afligida por el temor de contraer el mal de la Difteria, Viruela, Varicela, constituyó un peligro para la estabilidad social. La negligencia quedó en entredicho y la Alcaldía Municipal optó por apoyar y defender al Maquinista frente a la Comisión Investigadora de los hechos. Sin embargo, poco acertada fue su decisión, al señalar el Jefe Local de Sanidad, el 8 de Julio de 1912, que el Sr. Pizarro no cumplía ni daba parte de la limpieza que cada 15 días debía realizarse al tanque y las cañerías del Acueducto¹⁵.

Si tomamos en cuenta las problemáticas presentadas por la administración general del Acueducto, la incompetencia de la Alcaldía, el hecho ineludible de que la mayor parte de las calles estaban excluidas del servicio del agua, una por las propias condiciones de las calles carentes de pavimentación y contexto donde establecer los hidrantes, otra porque el nivel adquisitivo de los habitantes del lugar no alcanzaba a costear el servicio prestado, podemos aseverar que el número de infectados iría en aumento, concentrándose en sectores tan lamentables como los niños (Tabla 1).

De esto entendemos, además, la necesidad que tenía el Ayuntamiento de dar solución inmediata, pues el núcleo poblacional fue ascendiendo vertiginosamente en el marco del proceso de reconstrucción habitacional. Sus perjuicios fueron reales y certeros, ya que el Cólera, fue una de las enfermedades que afectó a la sociedad bayamesa, detectándose el primer caso del periodo republicano en 1907 por el Dr. José M. Álvaro, médico municipal, quien al mismo tiempo asumió el

13 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 75. EXPEDIENTE: 2263. 1911

14 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 76. EXPEDIENTE: 2325. 1912

15 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). Legajo: 79. Expediente: 2471. 1912

cargo de Jefe Local de Sanidad.

Una de las medidas preventivas que debe emplearse en esta enfermedad y donde se verá el uso indispensable de este líquido, consiste en clonar y purificar los establecimientos públicos de agua y exigir el adecuado uso de esta en la preparación y manipulación de los alimentos, producto de que esta enfermedad infecciosa causada por el *Vibrio Cholerae*, ataca fundamentalmente el intestino delgado. Es inevitable no advertir las posibles consecuencias que traían estas irregularidades en el funcionamiento del Acueducto siendo el agua el líquido vital para la vida y para la higiene y, según su purificación natural, así será el grado de brotes de epidemias a que contribuya.

La instalación del Cementerio es una de las instituciones indispensables en toda sociedad humana. El hombre, por ley biológica y natural, está condenado a, una vez de haber dado a luz a su nacimiento, morir en condiciones también regidas por las normas de la salud pública. En tiempos de la conquista, los fallecidos encontraban sus panteones en las propias iglesias, compartiendo el fundamento religioso de que centrandose en ella la muerte, al mismo tiempo se estaba más cercano al mundo de Dios. Siendo Obispo de Cuba el Dr. Joaquín de Oces y Alzua se empeñó en que se cumpliera la Real Orden del 27 de Marzo de 1767, consiguiendo que el bicario de Bayamo Dr. José A. Dimas Cuevas, se tomara interés en eliminar los enterramientos de las iglesias. Quedaron cumplidos sus deseos cuando el 1799 se produjo la inauguración del Cementerio San Juan Evangelista, de carácter municipal, unido a otro de la Iglesia Mayor¹⁶.

En el período de 1902-1907 en todo el término municipal existió un solo Cementerio Municipal, enclavado en una zona baja y a una distancia de 20m del Río, en el barrio "La Caridad", calle Martí, al noreste de la población, pero el crecimiento del número de habitantes hizo que a su alrededor se construyeran numerosas viviendas. En informes del Inspector General de Sanidad y el Jefe Local de Sanidad, alegando incompetencia por parte de la Alcaldía, refieren las condiciones incompatibles con la profilaxis pública:

(...) su local exiguo y completamente lleno, además existen nichos agrupados en números de cinco por cada división, a penas cubierto por una delgada pared de mampostería, permite la entrada de las aguas y como consecuencia, las paredes se agrietan, escapándose por ellas los gases que infestan a la población. En las sepulturas hay enterradas hasta cuatro cadáveres y por último, lo que es más grave, no se les arroja cal al verificar un enterramiento, así que la única sustancia que podría destruir en parte los gérmenes morbosos, brilla por su ausencia¹⁷.

El proceso de enterramiento obedecía a normas específicas. Nadie podía ser
16 AHP (Granma). FONDO: Miscelánea. Legajo: 9. Expediente:194. S/A
17 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal(Neocolonia). LEGAJO: 59. EXPEDIENTE:1910.1904

enterrado sin la autorización de tres departamentos: el de Sanidad, que daba la visa del certificado de defunción, expedido por un médico; el Juzgado Municipal, que certificaba la inscripción de fallecimiento en el Registro Civil; y, finalmente, el permiso del Cementerio (eclesiástico o municipal), permiso que se daba después que los documentos legales habían sido cuidadosamente visados en los departamentos respectivos¹⁸.

Sin embargo, no siempre el traslado de los fallecidos se hizo según lo preceptuado. El Dr. Florencio Villuendas, tras la visita efectuada a la ciudad el 4 de agosto de 1911, expuso que en el Hospital tenían la costumbre de trasladar todos los cadáveres al Cementerio en la misma caja¹⁹. La situación obedeció a que el Ayuntamiento debía tomar carta definitiva en el asunto y costear una caja para cada cadáver pobre que falleciera.

En vista a que las reclamaciones fueron perenes y las consecuencias de no asumir responsablemente la custodia de la higiene pública, la Alcaldía intentó ejecutar las funciones que le competía y en carta enviada al Presidente de la Cámara Municipal, expone la seguridad de utilizar los \$ 498.55 sobrantes del presupuesto extraordinario de 1911-1912, para la construcción de los 40 m de fachada para el nuevo Cementerio²⁰. A ello unimos que, el acaudalado bayamés José Fernández de Castro dio un donativo de un crédito de \$ 100.00 pesos cubano en el año 1914, a tardanza del emplazamiento de dicha institución y su conformación de una vez por todas. Más, por acuerdo de la Sesión Ordinaria del 15 de abril de 1916, se ordenó abrir una investigación por la pérdida de los \$ 100.00 que de la generosidad humana se habían ofrecidos para el beneficio público.²¹

A pesar de las críticas reiteradas y el desvío de los recursos monetarios, el nuevo Cementerio solo fue construido en 1917 con el donativo, además, de \$ 400.00 pesos cubanos aportados por el aristócrata bayamés Gilberto Santisteban²².

Los establecimientos públicos en Bayamo no estuvieron exentos de las reglas sanitarias impuestas por el Departamento Nacional de Sanidad y asumida por la Jefatura Local de Sanidad. En investigación que realiza el Inspector Médico de Santiago de Cuba, se encontraban en su mayor parte desaseados, destacándose fundamentalmente establecimientos de la época denominados Rastro o Matadero, con sustancias a la venta en malas condiciones. Esta observación es de suma importancia, con una agravante, con el objetivo de evadir el impuesto de lugar fueron constituidos en los mismos hogares. Esto nos permite presumir que una de las zonas de focos insalubres fueron las calles General García, José Martí y José

18 Colectivo de Autores: Censo de la República de Cuba, p. 242.

19 AHP (Granma). Fondo: Gobierno Municipal (Neocolonia). Legajo: Expediente: 2254.1911

20 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 74. EXPEDIENTE: 2254.1911

21 Libro de Acta. No 15. 1912-1915

22 Idem.

A. Saco, centro del desarrollo de la vida económica en este período²³.

En el término municipal de Bayamo existió un solo hospital de nombre “Las Mercedes” con dotaciones menesterosas en el orden interno, que para 1936, se convierte en el Hospital General Milanés al que, el populacho público le denominó “el depósito de los pobres”. En el año 1909 el estado cedió al Ayuntamiento 90 000 (ha) para el emplazamiento de esta institución con motivo de las insuficientes condiciones que albergaba. Dentro de la responsabilidad de la Alcaldía se encontraba dedicar una cuota de los ingresos recaudados para los pacientes pobres que ingresaran en el Hospital. Sin embargo, el traslado de lesionados pobres, como refiere el Juez de la Instancia e Instrucción en Bayamo en carta al Subsecretario de Gobierno, se hizo dificultoso por la ausencia de factores que facilitarían mejoras en las vías de comunicación²⁴. Esto conllevó a que en algunos de los casos el paciente no fuera sometido a un justo examen y tratamiento médico en relación con su cuadro clínico.

Los lesionados que carecían de recursos estaban sujetos a la misericordia de la buena observancia de la Alcaldía, porque las clínicas particulares que venían a sustituir el servicio menesteroso del hospital, sólo podía ser visitada por la alta aristocracia bayamesa. El trabajador humilde se le hizo plenamente difícil su acceso y si en algún instante la salud no le dejaba otra alternativa, la atención privatizada haría que en esto le fuera la inversión de la mayor parte de sus fondos.

En el marco del hospital era donde se procedía a la práctica de la autopsia a los fallecidos, por el motivo de que el cuerpo entra en un período de descomposición convirtiéndose en un posible agente de infección por la magnitud que como desecho orgánico posee. Más, no siempre la dirección del hospital acometería esta encomiable labor de salubridad. El Juez de la Instancia e Instrucción de Bayamo, aseveró en varias oportunidades, que se había dado parte en una de las columnas de los periódico populares de la ciudad, el hecho de haberse encontrado un cadáver con treinta seis horas de muerto sin habersele practicado la correspondiente autopsia.²⁵

El servicio sanitario fue aumentado en 1923 con la “Casa de Socorro Municipal”, situada frente al Parque de la Revolución. No obstante, en la Sesión Ordinaria del 7 de Febrero de 1927, en el Acuerdo 31 se planteó por solicitud del Dr. de Beneficencia los datos referidos a la donación de \$ 50.000 que realizó el Lic. Elpidio Estrada para la construcción de un nuevo hospital, elemento que corrobora proceder ilícitos de la estructura alcaldesca²⁶.

23 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJO: 59. EXPEDIENTE: 1964.1904.

24 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJO: 69. EXPEDIENTE: 2050.1909

25 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJO: 69. EXPEDIENTE: 2052.1909

26 Libro de Acta. No. 16. 1915-1924.

La Zanja de Desagüe Maestra como se le nombró por aquellos años fue uno de los indicadores que puso freno al desarrollo de la salud pública en Bayamo. Las aguas llovedizas y malsanas se concentraron por la falta de nivel y abandono en que se encontró dicha zanja. Se desbordaron en toda la barriada de la que formaron parte las calles Saco y Pío Rosado. Al mismo tiempo, los moradores fueron víctimas de los previos efectos de picaduras de mosquitos por los grandes criaderos que constituyeron verdadera plaga²⁷.

La Alcaldía Municipal solicitó, en 1909, para realizar obra de mejora a la misma un crédito a la Secretaría de Sanidad de la República en función de la responsabilidad asumida de subvencionar los gastos del servicio sanitario recogido en el Artículo H (Modificado). Sin embargo, esta solicitud fue denegada, en respuesta de esta secretaría teniendo en cuenta que este Ayuntamiento no había justificado haber cumplido los requisitos de este artículo de abonar el 10 % de esta actividad, reafirmando su negligencia, mientras que favoreció la concentración de insectos que propagan enfermedades infecciosas típicas del contexto como lo fue el mosquito *Aeropheles* que promueve el Paludismo²⁸ (Tabla 1).

El estado de ingresos en el Presupuesto de 1918-1919 alcanzó la suma de \$ 66.769.49 pesos cubanos, resultado de la cifra ascendente de 34 modalidades de impuestos, incluyendo el risible impuesto sobre perros²⁹. De esta se tomó \$ 60.018.46 pesos cubanos, ninguno conferido a mejoras de la zanja aún ante la persistencia de sus pocas condiciones higiénicas, de aquí que tuvo que formular un Presupuesto Extraordinario de \$ 2.800 pesos cubanos para atender a la queja presentada por la Jefatura de Sanidad, síntoma de su política indolente³⁰.

Las aguas de que la se sirvieron, el mayor por ciento de los vecinos para su uso doméstico, procedía del Río Bayamo, en el que en toda su extensión se lavaban ropas sucias por la carencia de desagüe en la mayor parte de los patios, ya por medio de pozos absorbentes o pozos negros; se bañaron los caballos y los burros en número regular, orinaban y defecaban dentro de él. Además la sanidad del río estuvo inhibida por el arrojado de basuras a la “Vega del Río” con el consentimiento de la Jefatura de la Policía Municipal y el propio Ayuntamiento³¹. Esto devela que el aspecto costumbrista se fue cimentando a razón de la ausencia de una política sanitaria municipal encausada a una adecuada educación salubrista.

El incendio de Bayamo en el año 1869 dejó en estado de ruinas a la localidad y

27 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 79. EXPEDIENTE: 2472.1912

28 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 70. EXPEDIENTE: 2074.1909

29 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 95. EXPEDIENTE: 4088.1919

30 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 92. EXPEDIENTE: 3056.1919

31 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJOS: 59. EXPEDIENTE: 1910.1904

las características técnico- constructivas que aparecieron como solución a cubrir el déficit de la vivienda incidió en la salud pública de la localidad, recrudecidas por dos sucesos históricos: un ciclón (20-06-1921) y otro incendio, accidental (6-03-1928). Se construyeron grandes números de bohíos de yagua y guano, con pisos de tierra, tipología esta inexistente en el centro urbano en décadas anteriores y que convergió con casas al estilo Colonial y Ecléctico y “solares yerros”, prevaleciendo en más de las dos primeras décadas del Bayamo republicano³².

Esto fue expresión del elevado precio que tenían los alquileres de casas de tejas y la depauperación social de las clases más pobres, viéndose la casa de guano como una alternativa habitacional, pero el piso de tierra es incompatible con la higiene porque a pesar que en el confluyen los saprofitos, o sea los que destruyen los microbios, en informes del Inspector General de Sanidad, cita que abundaban en aquél entonces el vibrión séptico (bacteria infecciosa), el microbio de la tuberculosis, el bacilo del tétano y de la difteria³³.

En vista a enmendar el aspecto de miseria deprimente y los escombros que estaban esparcidos por doquier, se llevó a cabo un proceso de reconstrucción para el cual la Alcaldía no siempre aplicaría medidas acatadas por la población pues revertía su sentido de justeza, violando por otro lado los requisitos exigidos al expedir licencia de fabricación sin recibir aprobación pre-establecida por el Jefe Local de Sanidad.

En “La Memoria Descriptiva de los Proyectos de Construcción” se especifican las características de las instalaciones sanitarias, que en alguno de los casos, revelan la existencia de fosas construidas a 2.80 m de profundidad³⁴. Teniendo en cuenta que en esta época no existía servicio de limpieza a las mismas, el tiempo prudencial de utilidad era de 180 días, dato ofrecido por un especialista encuestado (Ing. Civil Fidel Pérez, 2004). La concentración nociva de orine y mucosidades, estimula el surgimiento de gérmenes de enfermedades, sobre todo vinculada con la Fiebre Tifoidea (Tabla 1) que asoló a la localidad, enfermedad febril que por demás presume a la aparición de un caso, la existencia previa de otro enfermo portador o sano.

Tabla 1

Nombre y A.	Edad	Enfermedad	Año
Julio Colomas	16	Viruela	1902
Juana Bautista	60	Lepra	1902
Rosa de la Guardia	20	Lepra	1902
Rafael de la G.	37	Lepra	1902

32 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal(Neocolonia). LEGAJO: 109-116. EXPEDIENTE:4625-.4855.1927-1928

33 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal(Neocolonia). LEGAJO: 59. EXPEDIENTE: 1910.1904

34 AHP (Granma). FONDO: Gobierno Municipal (Neocolonia). LEGAJO: Anexo no.2. EXPEDIENTE: 2049.1911

Alberto de la G.	12	Lepra	1902
S/N	Niña	Difteria	1904
S/N	(6 niños)	Varicela	1904
S/N	32	Varicela	1904
S/N	3	Varicela	1904
Alfredo Ramírez	Niño	Difteria	1904
S/N	Niño	Difteria	1904
José Rodríguez	9	Difteria	1904
Sócrates Sababer	3	Difteria	1904
Herminia Fonseca	22	Difteria	1904
Gloria Estrada	3	Difteria	1904
Pastor Pérez	Adulto	Varicela	1904
Emógenes Acosta	Niño	Fiebre Tifoidea	1905
César Carbonell	Niño	Fiebre Tifoidea	1905
S/N	Niño	Sampión	1905
Manuel H.	adulto	Cólera	1906
Benito Estrada	niño	Tuberculosis	1907

Elaborada a partir de las fuentes originales de la época, visto en el Archivo Provincial de Granma, Fondo: Neocolonia

CONCLUSIONES

La historia de la salud pública en el término municipal de Bayamo, durante el período republicano burgués (1902-1940), revela serias anomalías determinadas por la desacertada conducción de la política sanitaria de la Alcaldía Municipal. Esto condujo, a que la política proyectada por esta institución socio-política, centro por demás del poder constituido para los fines locales, fuese enjuiciada por la opinión pública y por las estructuras sanitarias a escala nacional, y no solo hablamos de críticas por negligencias sino además por el abuso de los fondos públicos a destinos pocos confiables.

Su gestión ineficiente, síntoma del individualismo de las élites de poder, el exclusivismo partidista y la profusión de la corrupción política-administrativa, implicó el acomodamiento de un escenario local incongruente con la salud, teniendo en cuenta los indicadores socio-históricos propuestos y analizados como parte de nuestro campo de investigación.

La realidad socio histórica bayamesa, ensamblada a las características inherentes al proceso de desarrollo las relaciones de producción capitalista en el pasado Sxx, coadyuvó a la existencia y transmisión de enfermedades infecciosas típicas del período histórico, ante las cuales, tampoco la Ciencia Médica contó con los aditamentos básicos para enfrentarlas. Sin duda alguna, la insalubridad demostrada fehacientemente conspiró, junto con otros factores, a la declinación

de la demografía local, rezagando también la modernización a la que aspiraban y necesitaban sus coterráneos, en la misma medida que la enajenación al cuidado de esta responsabilidad y actividad social colaboró al desarrollo de manifestaciones conductuales nocivas para el alcance del desarrollo interno.

REFERENCIAS

- Carbonell, José. (1982) Estampas de Bayamo. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Colectivo de Autores. (S.A). La historia social en la historiografía cubana.[Internet]. Disponible en (<http://www.eumed.net/>). Consultado el 5 de mayo del 2013.
- Colectivo de Autores. (S.A). Breve reseña sobre la historia de la Salud Pública en Cuba. [Internet].Disponible en (<http://www.revmatanzas.sld.cu/>). Consultado el 29 de enero del 2013.
- Colectivo de Autores (2002). La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington. D.C: OPS.
- Colectivo de Autores (2003). La salud pública en América Latina y el Caribe. . [Internet]. Disponible en (<http://bvs.sld.cu/Revistas/His/>) Consultado el 12de enero del 2018.
- Colectivo de Autores (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de la salud en Cuba y otros países. Revista Cubana de Medicina Integral; 30 (3) : 364-374.
- Cumplido, René (2008). Fundamentos filosóficos de la Salud Pública. Santiago de Chile.
- Dávila, Ildre. (2011). Historia de la Medicina en la Neocolonia. [Internet]. Disponible en (<http://bvs.sld.cu/Revistas/His/>) Consultado el 5 de Mayo del 20011.
- Delgado, Gregorio. (1982). La Salud Pública en la Neocolonia. . [Internet]. Disponible en (<http://bvs.sld.cu/revistas/his/>) Consultado 5 de Mayo del 20011.
- Fonseca, Ludín. (2011). Síntesis histórica municipal de Bayamo. La Habana: Editora Historia.
- Lóriga, Leonarda. (2011). Evolución histórica de la Salud Pública en Cuba. [Internet]. Disponible en (<http://www.monografias.com/>) consultado el 29 de enero del 2013.
- Portuondo, Marlene y Ramírez Rafael. (2011). La historia nacional y de la Salud Pública. TII. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Riera, Mario. (1957). Bayamo Político. La Habana: Impresora Modelo.
- Rojas, Francisco (2009). Salud pública. Medicina Social. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.

LA RESILIENCIA ESCOLAR PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN EL CONTEXTO FAMILIAR EN EL NIVEL MEDIO SUPERIOR

The academic resilience in the media superior level to improve communication in a familiar context

Dinorath de Belén Santos

Centro de estudios de Postgrado “Lev Vigotsky”, México, santosdinorathdebelen@gmail.com

Resumen

El ser humano maravillado por las cosas que acontecen a su alrededor, ha tenido la necesidad de curiosear y adentrarse en el mundo de la educación palpando cada instante los incesantes torbellinos que demanda la situación actual. Desde el punto de vista cuantitativo se aplica la observación del comportamiento de los estudiantes y la encuesta a estudiantes. Desde el punto de vista cualitativo se considera la entrevista a profundidad a docentes, directivo, orientadora educativa y padres de familia. En relación al aprendizaje se evidencia que los docentes en su mayoría expresan: los estudiantes no aplican lo que aprenden en su vida cotidiana, carecen de las estrategias adecuadas, se encuentran desorientados al no saber cómo enfocar los conocimientos que adquieren. El diseño de la alternativa educativa se estructura a través de tres momentos y que tienen congruencia con las cualidades propuestas en el modelo educativo. El cual provee a los tutores de herramientas para lograr el desarrollo de la resiliencia en los estudiantes.

INTRODUCCIÓN

El ser humano maravillado por las cosas que acontecen a su alrededor, ha tenido la necesidad de curiosear y adentrarse en el mundo de la educación palpando cada instante los incesantes torbellinos que demanda la situación actual. Por lo tanto para poder incursionar en el devenir, es preciso comprender dichos cambios y ser parte de ellos, buscar en lo más recóndito de su ser todas las herramientas necesarias y pertinentes que le permitan compartir sus conocimientos, habilidades y desde luego sus sentimientos y actitudes, dando lo mejor de sí mismo.

En México la educación está dividida en varios subsistemas o niveles, entre ellos se destaca el de Educación Media Superior. Según la Dirección General de Bachillerato, la Educación busca que los jóvenes egresados de los subsistemas coordinados sean ciudadanos reflexivos, con capacidad de formular y asumir opiniones personales, interactuar en contextos plurales, propositivos, con capacidad para trazarse metas y aprender de manera continua. (DGB, 2017).

El área en donde se enfoca esta investigación está orientada al ámbito educativo ya que desde esta perspectiva cobra gran importancia la resiliencia

porque gracias a ella los estudiantes son capaces de enfrentar situaciones que acontecen en su vida diaria, fortaleciéndose cada día más con el apoyo familiar y la comunicación afectiva y efectiva que de ella emana. El vincular la resiliencia en el contexto escolar y la comunicación que se genera en el área familiar permite fortalecer y conformar un ser humano integral que sea capaz de hacer frente a las oportunidades que la vida le ofrece a partir de su experiencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Métodos teóricos

El análisis y síntesis para caracterizar los referentes teóricos de la resiliencia y de la comunicación. Además se utiliza en la caracterización de los referentes empíricos sobre el desarrollo de la resiliencia de los estudiantes en el contexto escolar y la comunicación en el contexto familiar.

El histórico-lógico para caracterizar los antecedentes históricos del desarrollo de la orientación educativa para contribuir a la resiliencia en los estudiantes de la Educación Media Superior en México. Este método se toma en cuenta porque se desea realizar un estudio del desarrollo de la orientación educativa para contribuir a la resiliencia en los estudiantes en la Educación Media Superior en México, esto con la intención de conocer, comprender y analizar cómo se ha comportado en los periodos que se estudian. De igual manera conocer la lógica de su desarrollo y que elementos esenciales incidieron en los cambios en cada etapa o periodo.

La modelación se utiliza para diseñar el modelo educativo del desarrollo de la resiliencia, desde el contexto escolar, de los estudiantes de la Educación Media Superior para mejorar la comunicación familiar. Se considera este método porque implica representar lo que se investiga en la realidad a través de un modelo educativo que permita el desarrollo de la resiliencia de dichos estudiantes. Este método permite representar las características y las relaciones fundamentales que se consideran en el modelo, así como para dar respuesta al problema de la investigación.

El enfoque de sistema contribuye a determinar la estructura de la alternativa educativa para desarrollar la resiliencia, desde el contexto escolar, en los estudiantes de segundo semestre del colegio de bachilleros plantel 38 “Tlaxiaco” de la Educación Media Superior para mejorar la comunicación en el contexto familiar. A través de este método se puede visualizar qué componentes o elementos se requieren o se tomarán en cuenta para la estructuración de dicha alternativa.

Métodos empíricos y técnicas

Desde el punto de vista cuantitativo se aplica la observación del comportamiento de los estudiantes y la encuesta a estudiantes. Desde el punto de vista cualitativo se considera la entrevista a profundidad a docentes, directivo, orientadora educativa y padres de familia. Todos ellos para diagnosticar el estado actual del desarrollo

de la resiliencia, desde el contexto escolar de los estudiantes de segundo semestre del colegio de bachilleres plantel 38 “Tlaxiaco” para mejorar la comunicación en el contexto familiar. También se aplica una encuesta a especialista con la finalidad de valorar la efectividad del modelo y la alternativa educativa para desarrollar la resiliencia, desde el contexto escolar, en los estudiantes de segundo semestre del colegio de bachilleres plantel 38 “Tlaxiaco” de la Educación Media Superior para mejorar la comunicación en el contexto familiar.

Métodos estadísticos-matemáticos

Se utiliza la estadística descriptiva a través de la media para procesar los datos obtenidos al diagnosticar el estado actual del desarrollo de la resiliencia, desde el contexto escolar de los estudiantes de segundo semestre del colegio de bachilleres plantel 38 “Tlaxiaco” para mejorar la comunicación en el contexto familiar. De igual manera para valorar la efectividad del modelo y la alternativa educativa.

RESULTADOS

Con respecto al nivel de aprendizaje, superación y apoyo que se brinda a los estudiantes y que se logra frente a las adversidades de la vida en un 86.6 % se considera entre nunca y a veces. En relación al aprendizaje se evidencia que los docentes en su mayoría expresan: los estudiantes no aplican lo que aprenden en su vida cotidiana, carecen de las estrategias adecuadas, se encuentran desorientados al no saber cómo enfocar los conocimientos que adquieren, carecen de madurez en relación con los aprendizajes esperados, necesitan vivir experiencias que les permitan afrontar sus problemas y rescatar aprendizajes significativos que le den el valor a su existencia. Así mismo en los padres de familia se observa que los estudiantes se desaniman porque les cuesta trabajo socializar, tomar decisiones con respecto a cómo afrontar sus problemas, no son capaces de analizar sus problemáticas, integran aprendizajes pero no los utilizan adecuadamente, debido a la sobreprotección de sus padres no se permiten tomar sus propias decisiones.

En función al planteamiento del proyecto de vida en un 86.6 % se considera nunca y a veces. En este sentido los docentes perciben: que algunos estudiantes tienen definido lo que desean y los padres los motivan para la construcción de su proyecto de vida, los docentes contribuyen a orientar para que los estudiantes se planteen su metas a corto, mediano y largo plazo, el departamento de orientación educativa es un pilar para encauzar a los jóvenes a construir y definir su proyecto de vida. Así mismo algunos padres resaltan: que es fundamental la orientación a sus hijos con respecto al logro de sus metas, los apoyan para que construyan sus proyectos de vida con expectativas realistas, a través de pláticas y consejos los guían para que diseñen sus planes de vida.

En concordancia a nivel de demostración de afecto y cariño que se otorga a los estudiantes en un 89.9 % se considera nunca y a veces. En este sentido

los docentes perciben que es importante brindar ese lazo afectivo para que se den cuenta que hay interés en ellos y son importantes, demostrando el afecto se puede propiciar una convivencia sana, mantener una relación constante en donde se demuestre el interés y preocupación hacia ellos es fundamental. También se visualiza que algunos padres les cuesta trabajo expresarlo porque no fueron educados por sus padres, otros padres si le expresan el cariño y afecto a sus hijos con acciones, pequeños detalles y se lo recalcan día a día.

En relación a nivel de diálogo de los padres con sus hijos en un 86.6 % se considera nunca y a veces. En este sentido los docentes vislumbran en los estudiantes la falta de comunicación, no les brindan la confianza, los abandonan, otros son sobreprotectores hasta el grado de decidir por ellos, los vínculos afectivos son inadecuados lo que dificulta el diálogo de padres e hijos, muestran desinterés en fortalecer su comunicación y cero empatía para establecer los vínculos familiares dialógicos. Así mismo se observa en los padres que sobresale lo siguiente: al estudiante le cuesta trabajo comunicarse con sus padres, no sabe escuchar atentamente, no le gusta que le marquen sus errores por lo que es difícil que se propicie el diálogo, la comunicación es nula porque los padres se adentran a sus trabajos personales y el padre se deslinda del diálogo con sus hijos porque únicamente es el proveedor del hogar.

En vinculación al establecimiento de límites y roles en la comunicación de los padres con sus hijos en un 86.6 % se considera nunca y a veces. En este sentido se evidencia que los docentes comentan: que los padres no definen sus límites y se igualan con sus hijos, solapan sus acciones al no responsabilizarse de sus actos, no les clarifican sus funciones y eso se refleja en la escuela y por ende en indisciplina, así mismo inadecuada salud mental y propicia expectativas no realistas. Así mismo en relación a los padres se visualiza: que los estudiantes muestran desobediencia, falta de respeto, nula comunicación porque existe dificultad para relacionarse en familia, límites inadecuados que conducen a establecer castigos innecesarios, el hijo manipula o chantajea a sus padres.

Los resultados anteriores ratifican la importancia de realizar la presente investigación que servirá para desarrollar y fortalecer la resiliencia en los estudiantes del colegio de bachilleres para que puedan hacer frente a las adversidades, aprender de ellas, superarlas y ser transformados por las mismas. Así mismo generar una mejora en la comunicación que se propicia a través de un diálogo asertivo en el contexto familiar.

CONCLUSIONES

Una vez realizada la investigación, analizada y reflexionada, se obtienen las conclusiones siguientes, las cuales permiten comprender el desarrollo de la resiliencia en el contexto escolar para mejorar la comunicación en el contexto familiar.

- El objeto de investigación ha manifestado cambios cruciales en las diversas etapas de desarrollo. Las cuales denotan la necesidad de modificar algunos elementos que son importantes, en función de los avances que se presentan en nuestro país.
- En la caracterización de los referentes empíricos sobre el desarrollo de la resiliencia de los estudiantes en el contexto escolar y la comunicación en el contexto familiar se corrobora que múltiples investigaciones han aportado a este estudio. Por lo que se muestra interés de abordarla, considerando diversas alternativas y estrategias relevantes que permiten el desarrollo de habilidades resilientes en el estudiante.
- La determinación de la evolución histórica del desarrollo de la resiliencia en el Nivel Medio Superior generó el conocimiento evolutivo que ha presentado el servicio de la orientación educativa con respecto al desarrollo de la resiliencia. Contemplando para ello, la integración de indicadores relacionados con el enfoque, las características de los contenidos del programa de estudios y evaluación de la orientación educativa para contribuir a la resiliencia.
- El diagnóstico del estado actual del desarrollo de la resiliencia en los estudiantes de segundo semestre del colegio de bachilleres plantel 38 “Tlaxiaco permite conocer que a partir de los resultados obtenidos se presentan dificultades en relación al desarrollo de habilidades resilientes, por lo cual es importante la realización de dicho estudio. Así como la necesidad de diseñar una propuesta teórico-práctica que contribuya a la resolución de la problemática.
- El modelo educativo diseñado ofrece el sustento teórico de las dimensiones el nivel máximo de inteligencia emocional que orientan a la toma de decisiones responsables y el entendimiento y fortalecimiento de los valores para generar un clima de respeto hacia los demás. Así como las relaciones que se establecen entre ellas, lo cual propicia el desarrollo de la resiliencia en el contexto escolar para mejorar la comunicación en el contexto familiar.
- El diseño de la alternativa educativa se estructura a través de tres momentos y que tienen congruencia con las cualidades propuestas en el modelo educativo. El cual provee a los tutores de herramientas para lograr el desarrollo de la resiliencia en los estudiantes.
- La valoración de la efectividad de la alternativa educativa por medio del criterio de especialistas permitió corroborar que la propuesta teórico práctica sirve como base. El cual permite al tutor que se guíe para resolver la dificultad existente, enfocada en el desarrollo de la resiliencia.

REFERENCIAS

- Ayuntamiento de Tlaxiaco (2019-2021). Plan Municipal de desarrollo. Ayuntamiento Municipal.
- Cerezal, J., Fiallo, J.P. y Herrera, E. F. (2012). La investigación pedagógica: un apoyo al trabajo del maestro. Ediciones CEIDE.
- Dirección General de Bachillerato. (2017). Lineamientos de Orientación Educativa. DGB.
- Grothberg, E. (2006). La resiliencia en el mundo hoy: cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa.
- Murillo, J. L. (2011). Paradigmas y Educación. Ediciones Ceide.
- Ortega, A. (2015). Antología de Metodología de la Investigación. México: Ediciones Ceide.
- Santos, D. (2016). El taller como alternativa para desarrollar la resiliencia en adolescentes de bachillerato, con la finalidad de disminuir los factores de riesgo de la deserción escolar. [Tesis de Maestría. Centro de Estudios de Posgrado Lev Vigotsky. Tlapa de Comonfort].
- Satir, V. (1988) Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. 1ª ed. 11 reimp. México, PAX.
- Vygotsky, LS. (1978). La mente en la sociedad: El desarrollo de los procesos. (s.e.).

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA AUTODETERMINACIÓN EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICO-MOTORA

Factors associated with the development of self-determination in adolescents with physical-motor disabilities

Yanetsy Rodríguez Abreu¹, Larissa Beatriz Turtós Carbonell²

¹ Universidad de Oriente, Cuba, yanera@uo.edu.cu

² Universidad de Oriente/Centro del Estudio de Procesamiento de Imágenes y Señales (CENPIS), Cuba, lturtos@uo.edu.cu

Resumen

Introducción. El desarrollo de la autodeterminación es fundamental para que los adolescentes con discapacidad físico-motora trasciendan los niveles prolongados y profundos de dependencia de los adultos y alcancen unos niveles de desarrollo psicológico y de integración social óptimos, que les permitan afrontar sus desventajas personales y sociales, regular saludablemente su comportamiento y adaptarse óptimamente al entorno. En ello la familia desempeña un papel esencial, siendo la salud familiar y sus indicadores, un elemento esencial. **Objetivos.** Caracterizar el desarrollo de la autodeterminación y la salud familiar de adolescentes con discapacidad físico-motora, e identificar relaciones de asociación entre salud familiar y autodeterminación. **Metodología.** Se realizó un estudio cuantitativo transversal, de tipo descriptivo-correlacional. Participaron 23 adolescentes con discapacidad físico-motora y sus familias. Los datos se obtuvieron mediante instrumentos de exploración de autodeterminación y salud familiar. El procesamiento estadístico se realizó con Distribuciones de Frecuencias y Regresión Ordinal Múltiple. **Resultados.** Se obtuvo bajo nivel de salud familiar y bajo nivel de desarrollo de la autodeterminación en la mayoría de los casos de adolescentes con discapacidad físico-motora estudiados. Los indicadores de salud familiar asociados al desarrollo de la autodeterminación fueron: ambiente familiar, roles, capacidad comunicativa, ética relacional de la familia y capacidad de adaptabilidad familiar.

INTRODUCCIÓN

Las discapacidades físico-motoras tienen lugar como consecuencia de la pérdida parcial o total, transitoria o permanente en las personas, de una o más de sus funciones motoras y/o de su integridad física (Castro, 2008). Se plantea que a nivel internacional las discapacidades físico-motoras representan entre el 12% y el 21% de todas las discapacidades (Arellano, 2010). Estas cifras resultan marcadamente significativas, si se toma en consideración que pueden ser muchas y muy variadas las formas de discapacidades de otra naturaleza que puedan presentar las personas. Tales niveles de prevalencia de las discapacidades físico-motoras no distan mucho de cómo se presenta en Cuba. Según investigaciones realizadas por Castro (2008), se encontró que el 25,21% del total de discapacitados (366 864

personas), presentaba discapacidad físico-motora, cifra que resulta significativa.

Las formas de discapacidades físico-motoras son múltiples y están en correspondencia con la naturaleza de sus factores etiológicos. Sin embargo, al margen de las particularidades de cada forma de discapacidad fisi-co-motora probable, existen elementos que distinguen a éstos de otros discapacitados. En principio generalmente presentan algún nivel de limitación en la marcha, que puede ser leve o implicar la ausencia de movilidad. Estas particularidades dentro de la discapacidad físico-motora, se exacerbaban con la entrada del niño o la niña a la adolescencia, donde las características psicológicas de la etapa del desarrollo aparecen al margen de la discapacidad (García, 2008). Tales características se ven significativamente matizadas por dos posibles condiciones. Por una parte, a pesar de la limitación física, tienen lugar muchos de los cambios bio-lógicos o transformaciones puberales que se producen, esencialmente, en el período de la adolescencia (cambios antropométricos, fisiológicos, endocrinos, etc.). Por otra parte, las propias limitaciones físicas y sus factores etiológicos dan lugar a que no aparezcan muchos de los cambios somáticos antes descritos o que reflejen sus posibles deformaciones físicas (Da Silva, 2011).

Las características del desarrollo psicológico de este adolescente, entran en severa contradicción con todas las limitaciones que se les imponen desde la familia, la cual, según García (2008), generalmente ignora o considera poco o nada, las potencialidades y posibilidades de optimizarlas, limitando además su integración social. En muchos casos, por miedos a peligros físicos, sobreprotección, falta de expectativas, de tiempo y/o paciencia para invertir en el aprendizaje de tareas, falta de confianza, desconocimiento sobre cómo mejorar el autovalidismo de su hijo y otros factores relacionados; las familias no ofrecen a estas personas posibilidades reales de control sobre sus vidas, disponiendo lo que es mejor para ellos, lo que da lugar a situaciones como la indefensión aprendida (Vicente, 2013).

Ello favorece a que el adolescente con discapacidad en ocasiones regule su comportamiento, se proyecte al futuro y tome sus decisiones, en base a sus limitaciones, pero, sobre todo, a partir de estereotipos, prejuicios y representaciones negativas de su discapacidad, que se han ido enraizando en la estructura de su personalidad desde la familia. Esto implica que la autodeterminación, se desarrolle de forma escasa en estos adolescentes. Pues, aunque no es una de las formaciones psicológicas fundamentales de la adolescencia, en esta etapa se sientan bases fundamentales para su posterior cristalización en la juventud (Rodríguez, 2017). Uno de los modelos de mayor aceptación a nivel internacional para el estudio de la autodeterminación en las discapacidades, es el Modelo Funcional de Autodeterminación propuesto por Wehmeyer, 1999 el cual entiende la autodeterminación como una característica disposicional, que permite poder actuar como agente causal principal de la propia vida, hacer elecciones y tomar decisiones, que repercutan en la calidad de vida personal, libres de influencias externas o interferencias. Este modelo a su vez operacionaliza el concepto, en base a cuatro características esenciales.

Sin embargo, el logro de nuevos niveles de autodeterminación no es resultado automático de desarrollo humano, ni se asocia mecánicamente a la edad cronológica, sino que depende de un conjunto de factores internos y externos (edad, capacidades, oportunidades entre otras) así como la educación en las que ha estado inmerso el individuo a lo largo de su desarrollo (Wehmeyer, 2011).

De ahí que existen múltiples investigaciones que estudien las variables que subyacen al desarrollo y la expresión de la autodeterminación de personas con discapacidad intelectual, sin embargo, son menos las investigaciones dirigidas a potenciar la autodeterminación en el discapacitado físico-motor. Tales investigaciones se han centrado, sobre todo, en dos grandes áreas: los factores personales subyacentes a la autodeterminación y por otra parte los factores ambientales que actúan como facilitadores o barreras de la autodeterminación. Entre los factores externos que pueden mediar se encuentran los factores culturales, laborales, educativos y familiares. Entre los resultados más relevantes de estudios centrados en las familias, se revela que muy pocas favorecen el desarrollo psicológico de sus hijos discapacitados físico-motores (Rodríguez 2017). En principio, los parientes no promueven el desarrollo del validismo, no lo enfrentan a las tareas propias de cada edad, le relegan de muchas exigencias cotidianas y les privan de las vivencias sociales necesarias para la vida en sociedad (Vicente, 2013). A todo esto, se suman actitudes que inciden (de manera sostenida o no) en el entorno del discapacitado y que pueden resultar potencialmente nocivas desde el punto de vista psicológico. Tales actitudes incluyen, sobreprotección, autoritarismo, inconsistencia, actitudes culpabilizantes, rechazo o maltrato físico y emocional.

Ahora bien, para que la familia se convierta en esa plataforma de despegue del desarrollo psicológico de los hijos, que sea el espacio fundamental del desarrollo de su autodeterminación, tomando en cuenta algunos planteamientos de Arés (2018), requiere ser lo que se denomina una “familia potenciadora del desarrollo psicológico” y esa familia solo es aquella con los más elevados niveles de organización y de funcionalidad. Pues justamente las familias funcionales tienden a tener redes de apoyo estructuradas, jerarquías claras y flexibles, estilos de liderazgo democráticos, roles familiares claros y flexibles, límites también claros y flexibles, estilos comunicativos positivos, alto desarrollo de la autonomía y alta adaptabilidad familiar, tienen la capacidad de potenciar de manera óptima el desarrollo psicológico de sus hijos. Por tanto, para convertir a la familia en potenciadora del desarrollo psicológico, ésta debe ser dotada de los recursos necesarios para optimizar sus niveles de funcionalidad. Esto, en el caso de la autodeterminación, supone que se deban identificar los componentes del funcionamiento familiar que inciden directamente en el desarrollo de dicha formación motivacional de la personalidad de sus hijos adolescentes con discapacidad físico-motora (Peralta y Arellano, 2010).

Es por ello que fue diseñado el presente estudio, con el propósito fundamental de caracterizar el nivel de desarrollo de la autodeterminación de adolescentes con discapacidad físico-motora, describir el nivel de funcionalidad de las familias de tales adolescentes, y a partir de ello, identificar los componentes del

funcionamiento familiar relevantes para la potenciación del desarrollo de la autodeterminación de sus hijos con discapacidad físico-motora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Participantes

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional, mediante un diseño cuantitativo transversal. Abarcó la población total de familias de estudiantes con discapacidad físico-motora, incluidos en la enseñanza general en un Centro de Educación Técnico Profesional de la ciudad de Santiago de Cuba. Fueron excluidas las familias con otros miembros con discapacidad físico-motora, además del hijo adolescente; las familias con miembros con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, enfermedad somática en fase terminal o enfermedad sistémica grave con cuidados frecuentes. Para la selección de la población participante se realizó una entrevista al adolescente y su familia en el propio contexto escolar, donde se solicitó el consentimiento informado de participación en el estudio y se negociaron las condiciones de trabajo a partir de las particularidades de la investigación. En el momento de ejecución de la investigación, el Centro de Educación Técnico Profesional contaba con una matrícula total de 1342 estudiantes distribuidos en diversas carreras técnicas, de la cual el 3.06 % (41 estudiantes) registró algún tipo de discapacidad, incluyendo al 1.71 % (23 estudiantes) de los estudiantes, que registraron específicamente, alguna forma de discapacidad físico-motora. El 30,4 % de los estudiantes con discapacidad físico-motora fue de sexo femenino y el 60,6 % de sexo masculino. La edad promedio fue de 16,7 años, con una desviación estándar de 1,105, en un rango de 15 a 19 años.

Variables

Las variables a medir para cumplimentar los objetivos del estudio fueron:

- Nivel de funcionalidad familiar. Éste entiende como familia funcional a aquella en cuyas interrelaciones como grupo humano se favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal, familiar y social de cada uno de sus miembros.
- Desarrollo de la autodeterminación. Es la capacidad que posee el sujeto psicológico de poder tomar sus propias decisiones sin la influencia de agentes externos. Esta variable cuenta con componentes: autonomía, autorregulación, empoderamiento y autoconocimiento.

Métodos y procedimientos para la recogida de datos

Para la obtención de los datos necesarios en función de caracterizar cada una de las variables identificadas en el estudio, así como sus dimensiones y componentes, se utilizaron los siguientes métodos e instrumentos:

- Cuestionario de Funcionamiento Familiar (CFF). Se utilizó con el objetivo de determinar el nivel de funcionalidad familiar general, la capacidad de adaptabilidad y flexibilidad familiar.
- Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (Andrade y Betancourt, 2007). Se utilizó con el objetivo de explorar el nivel de desarrollo de la autonomía, los límites en el contexto familiar, la capacidad comunicativa de la familia, roles parentales y liderazgo.
- Cuestionario de Funcionamiento Familiar (Arés 2007). Se utilizó con el propósito de explorar las jerarquías entre los miembros de la familia, el sistema de roles parentales genéricos, las redes de apoyo formales e informales y la identidad familiar.
- Escala ARC-INICO de Evaluación de la Autodeterminación (Vicente, 2013). Se utilizó con el objetivo de evaluar las dimensiones del comportamiento autodeterminado.

Métodos y Procedimientos para el análisis estadístico de datos

Para el procesamiento de datos, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 22.0). En función de caracterizar el nivel de desarrollo de la autodeterminación de adolescentes con discapacidad físico-motora, describir el nivel de funcionalidad de las familias, se realizó una Distribución de Frecuencias absolutas y relativas a los datos obtenidos por las variables implicadas. Para identificar los componentes del funcionamiento familiar relevantes para la potenciación del desarrollo de la autodeterminación de sus hijos con discapacidad físico-motora, se utilizó una Regresión Ordinal Múltiple.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis del nivel de funcionalidad de las familias de adolescentes con discapacidad físico-motora estudiadas, dio como resultado que la composición familiar es típica de la sociedad cubana actual. El 69.56 % son familias extendidas y el 30.43 % son familias reensambladas. Además, se obtuvo que solo el 13.04 % son familias funcionales y el 17.39 % son familias moderadamente funcionales. En tanto, el 13.04 % son familias moderadamente disfuncionales y el 56.52 % son disfuncionales.

Los resultados sobre el nivel de funcionamiento familiar, se reflejan en los datos obtenidos para cada uno de los componentes que conforman las tres dimensiones de estudio de la familia, según el modelo propuesto por Arés (2018). Los componentes de la estructura familiar (composición familiar, estilos de liderazgo, roles parentales, ambiente familiar, jerarquías, roles psicoemocionales y roles genéricos). Los componentes del desarrollo psicoemocional familiar (autonomía familiar, límites, la capacidad comunicativa de las familias, ética

relacional de las familias, la identidad familiar). Los componentes de la capacidad adaptativa familiar (capacidad de flexibilidad y adaptabilidad, redes de apoyo formal y redes de apoyo informal).

El análisis del nivel de desarrollo de la autodeterminación de los adolescentes discapacitados físico-motores estudiados, dio como resultado en el 73.91%, un bajo nivel de desarrollo, en tanto el 26.08%, registró un desarrollo negativo de la autodeterminación. El análisis estadístico correlacional por medio de la Regresión ordinal múltiple, con el propósito de identificar los componentes del funcionamiento familiar relevantes para la potenciación del desarrollo de la autodeterminación de sus hijos con discapacidad físico-motora, según las probabilidades asociadas al test ($P \leq 0.05$ e IC del 95.0%), indican que las dimensiones del funcionamiento familiar que se asocian a los diferentes componentes del desarrollo de la autodeterminación.

Los resultados obtenidos a partir de análisis de frecuencias de los datos registrados por cada una de las dimensiones y componentes de análisis que integran el Modelo de funcionamiento familiar que se asume como referente teórico para la caracterización funcional de las familias de adolescentes con discapacidad físico-motora estudiadas, indican que prevalecen las familias disfuncionales, en tanto solo un pequeño número son familias funcionales. Estos resultados sobre la funcionalidad de familias con alguno de sus miembros con discapacidad físico-motora no son precisamente novedosos en la descripción de este tipo de familias en Cuba. Autores como Castro (2008) y García (2008), han llamado la atención al respecto, a partir de sus resultados de investigación, donde se identifican muchas dificultades de funcionamiento familiar con incidencia en la crianza de los hijos con discapacidad. Estos datos obtenidos, se corroboran a partir de la descripción de los componentes de la estructura familiar, el desarrollo psicoemocional de la familia y su capacidad de adaptación y de flexibilidad ante las demandas del ambiente social en el cual se desenvuelven. Los datos obtenidos sobre composición familiar indican que predominan las familias extendidas seguidas de las familias reensambladas, estos resultados dan cuenta de una estructura visible típica de la sociedad cubana actual, y familias colombianas en cuanto a la coexistencia de una tipología familiar diversa. Prevalecen los ambientes familiares de tensión, esto está relacionado a la expresión de la estructura familiar subyacente, la cual muestra que existen diferencias en el establecimiento de las jerarquías, estas se mostraron inflexibles en el mayor de los casos, y solo un bajo por ciento registró jerarquías claras y flexibles. Los estilos de liderazgo se comportaron de manera variada expresándose autocráticos, mixtos, democráticos y en mayor número difusos.

El sistema de roles familiares muestra un comportamiento diverso. En los roles parentales se observa una distribución generalmente inadecuada. En los casos de los roles psicoemocionales y genéricos se mostraron difusos en su mayoría. Evidenciándose en los hombres una tendencia marcada a la asignación de roles ma-chistas que refuerzan rol de proveedor y cabezas de familia.

En el caso de las mujeres se observó una marcada tendencia a la sobrecarga en el rol materno, al ser la madre la figura rectora en la atención a las tareas hogareñas, creando esto en ocasiones cierto distanciamiento físico y emocional con sus hijos. La distribución de las tareas en el hogar estuvo mediada por las necesidades del hijo adolescente con discapacidad físico-motora, resultado que contrasta con los obtenidos en investigaciones con familias mexicanas (Montes y Hernández, 2011). El desarrollo psicoemocional de las familias de adolescentes con discapacidad físico-motora estudiadas, muestra matices comunes a los que autores como Castro (2008) ha reportado a partir de sus estudios en este tipo de poblaciones. El desarrollo de la autonomía familiar es valorado de manera negativa por un mayor número de familias, pues se reconoce por parte de los padres que limitan las oportunidades de independencia y toma de decisiones de sus hijos, hechos justificados a partir del desconocimiento en cuanto a las potencialidades que poseen sus hijos y el miedo a los peligros físicos fuera del hogar, entre otras. Estas razones fueron ya señaladas en otros estudios, por autores como Montes y Hernández (2011). En este sentido, los resultados coinciden con los obtenidos en un estudio por Arellano (2015), al plantear como un grupo de padres reconoce que, en casa, sus hijos son menos autónomos que en otros entornos, como el colegio o el centro de empleo.

De igual manera en estudios realizados en Brasil (Da Silva, 2011), se describe que las familias brasileñas se comportan de manera variada ante el reto de la autonomía e independencia de sus hijos. La visión proteccionista que prevalece en la sociedad brasileña influye en las concepciones que tienen las familias de tal manera que, aunque algunas tratan de prepararlos para la vida independiente, buscan para su futuro espacios de custodia como pueden ser instituciones o familiares que se hagan cargo de los hijos.

Un comportamiento similar se observa en el sistema de límites donde el mayor número de familias reporta ausencia de ellos, lo que conlleva a que los miembros de los grupos familiares tiendan a irrespetar los espacios de sus familiares sistemáticamente. Estos datos se reflejan en la ética relacional de las familias, la cual es alta solo en un bajo número de ellas. Este comportamiento se evidencia de manera marcada en las incipientes redes de apoyo formal que se registran.

En relación a la capacidad comunicativa de las familias, se obtuvieron valores negativos en su mayoría. Esta tendencia marcada a la presencia de estilos comunicativos negativos se caracteriza por la ausencia de temas comunes, pobreza en la socialización, presencia de temas tabúes, de monólogos y de mensajes con contenidos culposos entre los parientes. También se describen dificultades para crear dentro de las familias un espacio emocional donde sus miembros puedan expresar sentimientos de afecto. Estos datos también se ven reflejados en la identidad familiar, la cual es definida solo en un pequeño número de familias. Estos resultados son un reflejo de los bajos niveles de funcionalidad familiar que se describen anteriormente. La capacidad de flexibilidad y adaptabilidad familiar es alta solo en un limitado número de casos. Las redes de apoyo formal en el

contexto familiar están ausentes en el mayor número de familias. Como contraste, las redes de apoyo informal muestran un patrón diferente de comportamiento. Estas están presentes en un ele-vado número de familias. Esto indica que los parientes encuentran más soporte fuera de su núcleo familiar que dentro, resultado que contradice lo que se describe en la literatura, donde se señala que, tanto las perso-nas con discapacidad como sus familias tienen menos redes sociales y están expuestas a un mayor riesgo de aislamiento social (Wehmeyer, 2011).

Desarrollo de la autodeterminación en los adolescentes discapacitados

El nivel de desarrollo de la autodeterminación registrado en los adolescentes con discapacidad físico-motora que forman parte de la población participante en la investigación, aun cuando en el análisis particular de cada uno de los componentes de la autodeterminación muestran ciertos matices propios del medio cultural donde se implementa el estudio, se aproximó a lo que se esperaba de esta población, a partir de lo que se describe en la literatura. Se obtuvo que el mayor número de los adolescentes con discapacidad físico-motora estudiados, registró un bajo nivel de desarrollo de la autodeterminación. En menor por ciento se registró un desarrollo negativo de la autodeterminación.

Estos niveles de desarrollo global de la autodeterminación, se reflejan en el nivel de desarrollo de cada uno de sus componentes. La expresión de cada uno de ellos (autonomía, autorregulación, empoderamiento y autoconocimiento) coinciden en mostrarse de manera negativa en sus mayores por ciento.

Componentes del funcionamiento familiar relevantes para la potenciación del desarrollo de la auto-determinación de sus hijos

A partir de los resultados obtenidos durante el diagnóstico del Nivel de funcionabilidad familiar y de cada una de sus dimensiones, así como de los resultados obtenidos durante el diagnóstico del Nivel de desarrollo global de la autodeterminación y de cada uno de sus componentes, se implementó el análisis estadístico correlacional multivariado, con el propósito de identificar las dimensiones del funcionamiento familiar que muestran mayor nivel de relación con el desarrollo de la autodeterminación, y de esa forma determinar los indicadores del funcionamiento familiar a tomar en consideración para diseñar programas de intervención que potencien el desarrollo de la autodeterminación.

Los resultados de la correlación entre las variables, obtenidos por medio de la Regresión ordinal múltiple, según las probabilidades asociadas al test (con $P \leq 0.05$ e IC del 95.0 %), indican que las dimensiones del funcionamiento familiar que se asocian a los diferentes componentes del desarrollo de la autodeterminación, son: ética relacional de la familia, identidad familiar, roles parentales, roles genéricos, roles psi-coemocionales, ambiente familiar, capacidad de adaptabilidad, redes de poyo formales, capacidad comuni-cativa, límites y nivel de desarrollo de la autonomía.

Los estudios de correlación entre el nivel de funcionalidad con otras variables, han mostrado variabilidad en cuanto al nivel de significatividad de la relación existente entre variables, tal es el caso de la depresión (Vicente, 2013) y la autoestima (Rodríguez, 2017).

Se confirma así lo planteado por Ferrer, A (2017) de que a pesar que las relaciones de factores ambientales en el desarrollo y promoción de la autodeterminación, resulta compleja de abordar en la investigación, es fundamental porque su estudio permite la comprensión del constructo de autodeterminación y sus implicaciones prácticas para poder tomar decisiones justificadas que orienten las actuaciones e intervenciones dirigidas a la promoción de la autodeterminación.

REFERENCIAS

- Arés, P. (2018). Individuo, familia, sociedad: El desafío de ser feliz. Editorial Caminos.
- Arellano, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1339-1362.
- Arellano, P. (2015). Autodeterminación y discapacidad: un estudio piloto con padres de la asociación integra de Puebla (México). *Revista Digital de Artes y Humanidades*, 1.
- Castro, P. L. (2008). El maestro y la familia del niño con discapacidad. Editorial Pueblo y Educación.
- Da Silva, M. (2011). A construção da parentalidade em mães adolescentes: um modelo de prevenção e intervenção. Curitiba, Brasil: Honoris Causa.
- Ferrer, A (2017). La atención a los alumnos con limitaciones físico-motoras. En: M. Orosco (Ed.), *Sobre el perfeccionamiento de la Educación Especial*, (pp. 215-230). Editorial Pueblo y Educación.
- García, M.T. (2008). Una mirada a las familias de los niños y las niñas con limitaciones físico-motoras desde la Escuela Histórico-Cultural. Editorial Pueblo y Educación.
- Montes, M. E. y Hernández, E (2011). Las familias de personas con discapacidad intelectual ante el reto de la autonomía y la independencia. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Universidad de Barcelona.
- Peralta, L. y Arellano, T. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1339-1362.
- Rodríguez, Y. (2017). Relaciones Parentales y Autodeterminación en adolescentes. Ponencia VIII Congreso Latinoamericano de Psicología. ALAPSA 2018.
- Vicente, E. (2013). Evaluación de la autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual. Análisis de factores asociados (tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España.
- Wehmeyer, M. (2011). Personal self-determination and moderating variables that impact efforts to promote self-determination». *Exceptionality: A Special Education Journal*, 19(1), 19-30.

NEUROPSICOLOGÍA COGNITIVA DEL LENGUAJE Y NEUROLINGÜÍSTICA EN LA FORMACIÓN INICIAL DEL LOGOPEDA

Cognitive neuropsychology of language and neurolinguistics in the initial training of the speech therapist

Lic. Daniela de la Caridad Bertot Casals¹, Dr. C. Erislandi Omar Martínez²,
Dr. C. Carlos Albenis Rodríguez Fernández³

1 Universidad de Oriente, Cuba, xiximaigor@icloud.com, 0000-0002-3943-4063

2 Universidad de Oriente, Cuba, eomar@uo.edu.cu, 0000-0003-4856-3964

3 Universidad de Oriente, Cuba, albenis@uo.edu.cu, 0000-0002-6040-677x

Resumen

El logopeda además de brindar tratamiento logopédico debe conocer las áreas del cerebro que intervienen en el lenguaje, así mismo la relación que se establece entre ellas y el papel de cada una en el desarrollo de este proceso. Esta situación exige que se profundice en la importancia que tiene para la sociedad, la preparación de los logopedas y desde la formación significa encontrar solución a los vacíos teóricos y prácticos que se evidencia hasta el momento. Desde el campo de acción se revela una dicotomía entre las necesidades reales de los logopedas y el contenido de las actividades establecidas en su formación. El objetivo del presente artículo es dar a conocer la solución a estas insuficiencias formativas a través de un Programa de Asignatura. Se emplearon métodos teóricos y empíricos. Desde lo formativo- académico el estudiante logra desarrollar habilidades para la exploración y el diagnóstico en neuropsicología y neurolingüística, a partir del uso pertinente de pruebas e instrumentos de evaluación neurocognitiva que le sirvan para el diagnóstico logopédico integral.

INTRODUCCIÓN

El profesional de la educación despliega múltiples acciones en su actividad pedagógica en los diferentes contextos de actuación, lo cual exige del desarrollo de conocimientos como núcleo esencial para un desempeño profesional competente. De ahí la importante labor que deben realizar las universidades en la formación inicial y permanente del personal docente en los distintos niveles de enseñanza, lo cual se expresa en el documento base para la implementación del plan de estudio actual y se corresponde con el modelo de universidad que se construye hoy en Cuba.

El profesional o especialista en alteraciones del lenguaje, voz, habla y audición, recibe distintas denominaciones en distintos países. En algunos de ellos es bastante similar, aunque existen diferencias en las orientaciones y modelos subyacentes. Se reconocen tres niveles de formación: materias de ciencias básicas y sociales, materias de temas fonoaudiológicos y prácticas profesionales.

Particularmente en Cuba la Logopedia se define como una ciencia pedagógica especial que estudia las formas, el origen y la evolución de las distintas alteraciones

del lenguaje, y elabora y aplica los principios de corrección, compensación y prevención de estas alteraciones. En el escenario de la medicina, como la rama de la medicina que se ocupa de la clasificación, estudio, tratamiento y profilaxis de los trastornos del lenguaje, del habla y de la voz (Fernández, 2011).

La formación inicial del estudiante, ha experimentado constantes transformaciones en correspondencia con las exigencias que el desarrollo científico-técnico impone a la educación, las que se traducen en diferentes modelos, planes de estudio y enfoques asumidos, donde el desarrollo de habilidades y conocimientos ha ocupado un lugar importante en cada uno de ellos.

Dicha formación constituye un valioso aporte, no sólo porque incide en la corrección y desarrollo del lenguaje y la comunicación de los escolares, sino que su labor tiene impacto en el aprendizaje y en la calidad de los servicios educacionales, en los niveles de equidad y justicia social, al favorecer con su trabajo la inclusión social de niños, adolescentes y jóvenes con necesidades educativas especiales.

La labor dirigida a la corrección, desarrollo, enriquecimiento del lenguaje y de las habilidades comunicativas constituye un papel decisivo para el proceso de aprendizaje y desarrollo integral de los alumnos en todas las escuelas del país, el Dr. C. Ramón López ha elaborado varias funciones para el maestro logopeda en las cuales no se centra la aplicabilidad de un diagnóstico integral teniendo en cuenta conocimientos de neuropsicología, neurolingüística y psicolingüística.

Para comprender e integrar el objeto y campo de la logopedia como ciencia es preciso profundizar en los fundamentos neuropsicológicos del lenguaje, la neurolingüística y la psicolingüística como ciencias indispensables para el abordaje a los trastornos del lenguaje

Actualmente no se plantea en el Plan de Formación del profesional ningún programa de asignatura que le brinde al estudiante estos conocimientos. Lo que constituye un vacío empírico por la importancia de estos conocimientos en el quehacer profesional. El logopeda además de brindar tratamiento logopédico debe conocer las áreas del cerebro que intervienen en el lenguaje, así mismo la relación que se establece entre ellas y el papel de cada una en el desarrollo de este proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realiza desde el paradigma cualitativo. Se basa básicamente en un ejercicio de interpretación y construcción teórica a partir de la revisión y análisis de los planes de Estudios, programas de asignaturas que rigen la carrera de Licenciatura en Logopedia de la Universidad de Oriente.

Los métodos teóricos aplicados posibilitaron el estudio bibliográfico, así como la interpretación de los datos empíricos obtenidos:

- **Análisis–síntesis:** Permitió a través del análisis, la creación de conocimientos cualitativamente nuevos para enriquecer los fundamentos teóricos de la propuesta, a partir del criterio de diferentes autores.
- **Inducción–deducción:** para establecer generalizaciones concretas acerca de los diferentes aspectos del proceso investigativo.
- **Modelación:** en el diseño del programa de asignatura sobre aspectos de la neuropsicología del lenguaje.
- **Hermenéutico:** para la interpretación y comprensión de toda la información obtenida y procesada.

Métodos empíricos:

- **Observación:** Se aplicó durante la práctica pre- profesional de los estudiantes de la carrera con el objetivo de conocer su desempeño profesional tanto en el diagnóstico como en el tratamiento logopédico.
- **Entrevista:** A tutores en las instituciones educativas y profesores principales de la carrera Logopedia (jefe de carrera, jefe de disciplina, coordinador de maestría, DPI) para recopilar información sobre la situación actual de la carrera.
- **Análisis documental:** Se utilizó con el objetivo de analizar en los documentos rectores de la carrera la necesidad de incluir una asignatura que aborde contenidos de neuropsicología, neurolingüística y psicolingüística.

RESULTADOS DISCUSIÓN

Los resultados de cada grupo de instrumentos aplicados posibilitaron la triangulación de la información y se obtienen los siguientes resultados:

El diagnóstico inicial realizado para precisar las causas del problema de la investigación, permitió establecer las principales dificultades de los estudiantes, las cuales se concretan en la necesidad de concebir un programa de asignatura que aborde contenidos de neuropsicología y neurolingüística para la formación inicial del logopeda, de manera que se observe un desarrollo cognitivo y procedimental en los estudiantes en su preparación que cumpla con las exigencias de la profesión

La interpretación de los métodos de investigación aplicados durante el proceso de diagnóstico, permitió determinar que asignaturas del currículo como Logopedia, Psicología, Anatomía y Fisiología Humana, de singular importancia para la formación del logopeda, abordan algunos contenidos de neuropsicología y neurolingüística que resultan insuficientes para la formación de este profesional, lo que se pudo constatar al indagar el desempeño en la práctica pre profesional de los estudiantes, quienes presentaron dificultades para incluir técnicas de

exploración neuropsicológica, vitales para el diagnóstico y posterior tratamiento logopédico a los niños.

La influencia en las entidades laborales de base resulta limitada por las carencias formativas en neuropsicología y neurolingüística de los tutores.

Los estudiantes conocen elementos de los métodos y procedimientos para formular el diagnóstico logopédico, pero en la práctica pre-profesional lo desarrollan de forma simple, poco explicativa, no personalizada, debido a que aplican conocimientos fragmentados, que limitan la comprensión integral del funcionamiento neurológico para el lenguaje. No logran la integración de elementos como causa, clasificación, síntomas y tratamientos novedosos a los trastornos del lenguaje.

La práctica pre-profesional garantiza, mediante los contenidos y tareas docentes, la preparación de los estudiantes para la atención logopédica, sin embargo, los escasos conocimientos que estos poseen, no les permiten implementar acciones para la estimulación neuropsicológica y neurolingüística de forma diferenciada, lo cual dificulta la efectividad del tratamiento ofrecido a los niños.

Los avances de la ciencia le imponen a la universidad estar en constante perfeccionamiento, comprometidos con la solución de los problemas profesionales. Esta realidad ha impactado las políticas culturales, prácticas y metas educativas desde el pasado año, de acuerdo con el movimiento “Educación para Todos” promovido por la UNESCO ratificadas para el 2030, que abordan los problemas vinculados a la educación.

La formación inicial y permanente ha sido objeto de estudio de numerosos autores, quienes consideran que ello impone nuevos retos a la actividad pedagógica profesional desde y para la práctica educativa, mediante la investigación científica en la solución de las problemáticas existentes y la atención a las prioridades que surgen.

Esta formación en la carrera Educación Logopedia se realiza como un sistema continuo que se inicia en el pregrado, se complementa a partir del primer año hasta el último con la disciplina principal integradora, mediante la practica laborar (sistemática y concentrada) lo que favorece la articulación de los fundamentos teóricos y prácticos así como el desarrollo de las habilidades profesionales en las instituciones educativas, en el desempeño de las acciones sistemáticas del funcionamiento del colectivo logopédico y alcanza su mayor desarrollo en la formación posgraduada.

Se partió en el análisis desde los planes de estudio A, con la iniciación de la carrera en la especialización de Logopedia, después la introducción del plan C donde desaparece la carrera, las modificaciones y su reapertura hasta llegar al plan D y E vigentes con sus modelos del profesional. El referido análisis permitió obtener datos de interés relacionados con el tema que se investiga.

En el plan A no existía un modelo del profesional pero sí un documento que contenía la caracterización de la carrera con sus objetivos en función de

habilidades y contenidos a desarrollar, las asignaturas se estructuraba por ciclos, el tratamiento al contenido de los trastornos de voz formaba parte de la asignatura de Logopedia y se complementaba con otras como Anatomía de los órganos de la audición y el lenguaje, cultivo y desarrollo de la voz, Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje, Psicología del lenguaje y Educación rítmica con orientación logopédica. En este plan se evidencia la presencia de una asignatura que abordaba contenidos de Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje y Psicología del lenguaje, por lo que el logopeda formado en este plan de estudio adquirió conocimientos sobre la neuropsicología y su relación con la Logopedia.

El plan C se diseñó con un perfil amplio donde la Logopedia pasó a ser una disciplina como parte del Licenciado en Defectología. Este plan de estudio fue objeto de diversas modificaciones hasta llegar a la universalización. Un momento importante es la reapertura de la carrera de Logopedia, donde las asignaturas se estructuran por módulos, la asignatura de Logopedia, Fundamentos de Anatomía y Fisiología Humanas, Educación de la voz y la dicción, Psicología, Didáctica y Talleres profesionales. No se precisan contenidos de neuropsicología en ninguna de las asignaturas, por lo que existe un vacío en la formación inicial desde el conocimiento en neuropsicología.

La concepción del plan D tiene un modelo del profesional que declara los problemas profesionales que debe enfrentar el logopeda, destacándose entre otros el diagnóstico y caracterización de niños, adolescentes, jóvenes y adultos de la educación regular y especial, del grupo, del entorno familiar y comunitario donde se desenvuelven, el diseño y rediseño de las estrategias logopédicas personalizadas.

La disciplina Logopedia se distribuye en seis asignaturas para tratar los diferentes trastornos en virtud del desarrollo de habilidades profesionales, a la vez que se complementa con otras asignaturas como Voz y Dicción, Fonética y Fonología Española, Anatomía y Fisiología Humanas, Pedagogía, Psicología y Didáctica, además de los cursos propios y optativos.

La disciplina Formación Laboral Investigativa, permite la vinculación de los componentes académico, laboral, investigativo y extensionista. De manera general este plan de estudio contiene los objetivos a desarrollar durante la carrera y en cada uno de los años, donde de manera implícita están encaminados al diagnóstico, la modelación y dirección del trabajo logopédico, pero no se declara como problema profesional y habilidades a desarrollar la exploración neuropsicológica como punto de partida para el diagnóstico y tratamiento.

El Plan E está concebido con una integración curricular e interdisciplinaria en todo el universo de la Educación de la Primera Infancia, desde el modelo del profesional, el cual permite al estudiante conocer el universo de los educandos preescolares y escolares, con o sin trastornos del lenguaje y la comunicación, con necesidades educativas especiales asociados o no a la discapacidad, así como el entorno familiar y comunitario en que se desenvuelven y las relaciones de comunicación que se establecen entre estas agencias y agentes educativas.

A diferencia del plan anterior en este modelo del profesional, aparecen declaradas las habilidades diagnosticar, dirigir, investigar y comunicar, se precisan mejor las funciones y tareas del logopeda, resaltando el papel de orientación a la familia y sobretodo el rol que desempeña el logopeda en la comunidad. La disciplina de Logopedia en este plan de estudios igualmente es privilegiada con mayor cantidad de horas. En este plan de estudio el estudiante cuenta con una formación más organizada en cuanto a las disciplinas y los contenidos desde los programas de asignatura, el caso es que sigue faltando la vinculación de contenidos de neuropsicología en la formación inicial del estudiante, ya que son contenidos básicos para entender las bases fisiológicas del lenguaje, la relación con otros procesos psíquicos y como ello se integra para la producción del lenguaje. Como carrera de corte pedagógico se ve limitado el campo de acción de los estudiantes en la práctica pre profesional, por lo que no visualizan estos contenidos en casos de la vida cotidiana.

El Plan E está concebido con una integración curricular e interdisciplinaria en todo el universo de la Educación de la Primera Infancia, desde el modelo del profesional, el cual le permite al estudiante conocer el universo de los educandos preescolares y escolares, con o sin trastornos del lenguaje y la comunicación, con necesidades educativas especiales asociados o no a la discapacidad, así como el entorno familiar y comunitario en que se desenvuelven y las relaciones de comunicación que se establecen entre estas agencias y agentes educativas.

A diferencia del plan anterior en este modelo del profesional, aparecen declaradas las habilidades diagnosticar, dirigir, investigar y comunicar, se precisan mejor las funciones y tareas del logopeda, resaltando el papel de orientación a la familia y sobretodo, el rol que desempeña el logopeda en la comunidad. La disciplina de Logopedia en este plan de estudios igualmente es privilegiada con mayor cantidad de horas.

En este plan de estudio el estudiante cuenta con una formación más organizada en cuanto a las disciplinas y los contenidos desde los programas de asignatura, el caso es que sigue faltando la vinculación de contenidos de neuropsicología en la formación inicial de los estudiantes, ya que son contenidos básicos para entender las bases fisiológicas del lenguaje, la relación con otros procesos psíquicos y como ello se integra para la producción del lenguaje. Como carrera de corte pedagógico se ve limitado el campo de acción de los estudiantes en la práctica pre profesional, por lo que no visualizan estos contenidos en casos de la vida cotidiana.

El soporte bibliográfico de la carrera, garantiza la asimilación de los aspectos teóricos relacionados con las diferentes asignaturas. No cuenta con bibliografía que aborde la neuropsicología y su relación con la logopedia, tampoco con instrumentos de evaluación neuropsicológica que permiten al logopeda un diagnóstico y tratamiento integral.

La información recopilada de los informes de validación de la carrera y los exámenes integradores realizados reflejan que los estudiantes tienen dificultades

con la caracterización de los niños con los que trabajan desde el punto de vista psicológico, y con ello hago referencia a los procesos afectivos, cognitivos.

Según dicho informe no siempre logran caracterizar adecuadamente a los niños según su trastorno, teniendo en cuenta estos aspectos. Aunque son contenidos que se trabajan en la asignatura de psicología el estudiante no logra visualizarlos en los ejercicios integradores. Desde la anatomía y la logopedia no se trabajan contenidos de neuropsicología, aunque esta última lo tiene contemplado en su sistema de contenidos.

CONCLUSIONES

Partiendo del análisis realizado sobre la importancia de estos contenidos y su relación con la Logopedia se elabora un programa de asignatura para la formación inicial del Logopeda que los aborde permitiendo a los estudiantes una mejor formación en su perfil.

Desde lo formativo-académico se logra incorporar en el 3er año de la Carrera Licenciatura en Educación Logopedia el Programa de Asignatura “Neuropsicología, Neurolingüística y Psicolingüística en relación con la Logopedia” con un total de 48 horas clases con el objetivo de que los estudiantes conozcan la naturaleza biológica y social del lenguaje y su organización en el sistema cognitivo y logren desarrollar habilidades para la exploración y el diagnóstico en neuropsicología, neurolingüística y psicolingüística, a partir del uso pertinente de pruebas e instrumentos de evaluación neurocognitiva que le sirvan para el diagnóstico logopédico integral.

Desde lo social el programa contribuirá a la formación de profesionales más preparados para enfrentar en la práctica laboral los problemas profesionales y la atención integral a niños, adolescentes, jóvenes y adultos de la comunidad en que se encuentra insertada la institución educativa donde realizan el ejercicio profesional.

REFERENCIAS

Addine, F. (2013). La didáctica general y su enseñanza en la educación superior pedagógica. Aportes e impactos. Ed. Pueblo y Educación.

Álvarez, C. (1984). Perfeccionamiento de los planes de estudio de la Educación Superior. Varona, VI(12).

Álvarez, L. (2008). Logopedia y foniatría. Editorial Ciencias Médicas.

Álvarez, L. (2005). Entrenamiento en Logopedia para Defectólogos. Módulo I y IV. Villa Clara, MINSAP.

Artigas, J. (2008). Trastornos del lenguaje. Protocolos, diagnóstico terapéutico. Neurología pediátrica. Asociación Española de Pediatría. www.aeped.es/protocolos/.

- Azcoaga Escalona, J. E. (2003). *Del lenguaje al pensamiento verbal*. Ed. Pueblo y Educación.
- Bell, R. (2000). *Diversidad e integración curricular: Implicaciones para la formación docente en Preescolar, Primaria y Especial*.
- Benedet, M. J. (2002). *Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Benedet, M. J. (2006). *Acercamiento neurolingüístico a las alteraciones del lenguaje*. Tomo I. Editorial EOS.
- Bringas, ML (2009): *La Neuropsicología en Cuba*. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(2), 53-76.
- Cervera, J. F., D'Eusebio, E. y Torres, E. (2020). *Seminario Internacional sobre el ejercicio de la profesional de la Logopedia*. Seminario de la Universidad Católica de Valencia.
- Cobas, C. y López, R. (2010). *Selección de temas para la formación del maestro logopeda*. Editorial Pueblo y Educación.
- Cobas, C. y López, R. (2010). *Temas logopédicos para docentes*. Editorial Pueblo y Educación.
- Colectivo de autores. (1992-1993, 2001). *Informe Reunión Comisiones de Carreras. Cambios que se han operado en los Planes de Estudio de Carreras Pedagógicas posteriores a su vigencia*.
- Colectivo de autores. (2008). *Logopedia y Foniatria*. Editorial ECIMED.
- Colectivo de autores. (2008). *Manual de técnicas logofoniatricas*. Editorial Ciencias Médicas.
- Colectivo de autores. (2015). *Didáctica de la Pedagogía y la Psicología*. Ed. Pueblo y Educación.
- Colectivo de autores. *Programas de la Disciplina Logopedia, UCPRMM. Facultad de Educación Infantil, planes de estudio A, C, D y E*.
- Cuba, E. (2012). *Introducción a los estudios lingüísticos*. Ed. Pueblo y Educación.
- Chirino, M. (2002): *Perfeccionamiento de la formación inicial investigativa de los profesionales de la educación*. [Tesis de doctor. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona].
- Del Moral, L. (2018). *La realidad de la Logopedia en Europa como estudiante de Erasmus*. Universidad de Valladolid.
- Díaz, M. L. (2010). *Modelo didáctico para perfeccionar la formación inicial del maestro de Educación Especial*. [Tesis de doctorado].
- Fernández, G. y Rodríguez, X. (2011). *Textos para los estudiantes de las carreras Licenciatura en Logopedia y Educación Especial (Primera parte)*. La Habana.
- Fernández, G, Huepp, F. (2014). *Fundamentos Neuropsicológicos del lenguaje*. La Habana.
- Fernández, G. (2015). *La Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona en la formación del logopeda en Cuba*. *Universidad Pedagógica Enrique José Varona*, (60), 19-29.
- Ferreiro, R. (1986). *Anatomía y Fisiología del desarrollo e Higiene Escolar*. Ed. Pueblo y Educación.
- Fuentes, H. (1997). *Modelo del diseño curricular según la lógica de la actuación del profesional*. [Materiales de la maestría de Ciencias de la Educación. Universidad de Oriente].
- Lepe, N. y Pérez, C (2018): *Funciones ejecutivas en niños con trastorno del lenguaje: algunos antecedentes desde la neuropsicología*. Universidad Católica del Ecuador.
- Lima-Silva, M., Ferreira, L., Oliveira, I. y Ghirardi, A. (2012). *Voice disorders in teachers: self-report, auditory-perceptive assessment of voice and vocal fold assessment*. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 17(4).

Luria, A. R. (1980). Las funciones corticales superiores del hombre. Editorial Pueblo y Educación.

Martínez, L., Hernández, R., Martínez, L. M., Cerutti, M. y Malebrn, C. (2006). La logopedia en Iberoamérica. xxv Congreso de logopedia, Foniatría y Audiología. España.

MES. (2016). Modelo del profesional. Plan de Estudio E. Carrera Licenciatura en Educación Logopedia.

MES. (2016). Indicaciones Metodológicas y de Organización. Plan de Estudio “E”. Carrera de Licenciatura en Educación Logopedia.

MES. (2016). Plan de estudio “E” Carrera Licenciatura en Educación Logopedia.

Quintanar, L. y Solovieva, Y. (2002). Análisis Neuropsicológico de las Alteraciones del lenguaje. Universidad Autónoma de Puebla.

Valle, A. (2018): Estudio sobre el perfil y regulación profesional del logopeda en España. Universidad de Valladolid.

Vigotsky, L. (s.f.). Pensamiento y Lenguaje. Obras escogidas Tomo II. (s.e.).

LABOR EDUCATIVA EXTENSIONISTA ENFOCADA A LA EDUCACIÓN SEXUAL EN FÉMINAS DE LA RESIDENCIA ESTUDIANTIL, 2022

Extension educational work focused on sexual education in females of the Student Residence, 2022

MSc. Llanuris Llanes García¹, Esp. Raisal García Pérez²,
Dr. C. Tania Robaina Pedrosa³

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba, llanurisllg@infomed.sld.cu, 0000-0002-5536-9361

² Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba, raisalg@infomed.sld.cu, 0000-0002-8966-5193

³ Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba, taniarp@infomed.sld.cu, 0000-0003-2018-900x

Resumen

Introducción: Un aspecto a resaltar en la labor educativa universitaria es el trabajo direccionado a la educación sexual en adolescentes, pues se considera una etapa susceptible a sufrir transformaciones. El objetivo se encaminó a: Describir las inferencias teóricas de la labor educativa extensionista enfocada a la educación sexual en adolescentes féminas de la Residencia Estudiantil, 2022. Desarrollo: La formación integral del estudiante becado es la médula de la labor educativa en la residencia estudiantil universitaria y los adolescentes/jóvenes, como centro de su quehacer, ocupa el protagonismo, como líder, promotor, generador de espacios y acciones que contribuyen a transformar situaciones complejas de salud en comunidades. El estudiante debe ser un patrón de guía a seguir en la población, en cuando se trata de hábitos y modos de vida saludables, sin devaluar la esfera sexual. La aplicación de diferentes instrumentos permitió corroborar la existencia de una incidencia de féminas tomando la iniciativa del inicio de relaciones sexuales en edades tempranas, cambio frecuente de parejas, así como prácticas sexuales con ingestión de bebidas alcohólicas y sin el uso del preservativo. Por ello, la educación sexual no debe verse desatendida pues resulta un factor clave e indispensable para la transformación en actitudes positivas y responsables desde edades tempranas. Conclusiones: Finalmente, quedó demostrada la necesidad y la importancia de potenciar esta temática en aras de favorecer de forma positiva las relaciones entre los estudiantes, su salud sexual y reproductiva y su futuro desempeño profesional.

INTRODUCCIÓN

La extensión universitaria constituye uno de los procesos medulares de la educación superior en Cuba y está enfocada a la formación socio-humanitaria, a la reafirmación de la identidad cultural, de valores, a la preparación profesional de los estudiantes, favoreciendo la responsabilidad, la salud comunitaria y la calidad de vida de los individuos. (García, 2018)

Instituye la mejor expresión de una integración creativa universidad-sociedad; por lo que debe convertirse en eje fundamental de la acción institucional e hilo conductor de su compromiso social, con lo cual adquieren sus programas una

extraordinaria relevancia en el quehacer de los centros de educación superior. (Lazo, García y García, 2017)

Un aspecto a resaltar en la labor educativa universitaria está dirigida hacia el trabajo de la esfera psicosexual en poblaciones adolescentes, pues se considera una etapa susceptible a sufrir transformaciones, siendo la educación sexual un factor primordial en el proceso de enseñanza aprendizaje a cerca de una amplia variedad de temas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, donde se exploran valores y creencias relacionados con estos temas. (Garcés *et al*, 2019)

La aproximación a la vida universitaria, promueve un ambiente de libertad, con un estilo de vida más permisivo, sobre todo en féminas, debido a la lejanía de sus hogares, sin la supervisión de sus progenitores, sin el control de sus salidas, así como de sus relaciones personales que puede llevar a comportamientos sexuales no saludables, tales como: comienzo precoz de la vida sexual, el no uso de preservativos, la experimentación continua de cambios de parejas, la práctica de sexo transaccional, así como relaciones sexuales imprevistas bajo efecto del alcohol o drogas. Todas con efectos negativos en la salud sexual.

El inicio de las relaciones sexuales es cada vez más baja en Cuba, mientras más precoz ocurre el primer coito, mayores son los riesgos de embarazo, de aborto, de enfermedades de transmisión sexual y, por ende, siendo las féminas las de mayores desventajadas de malos resultados en salud sexual y reproductiva (SSR). (Tapia *et al*, 2020).

Muchos son los esfuerzos realizados en este sentido por el gobierno cubano, así como la política de empoderamiento sobre la educación integral de la sexualidad, a través de la implementación de diferentes programas de educación sexual, y de las iniciativas emprendidas en los centros educacionales, pero no han resuelto totalmente las dificultades existentes y aún persisten problemas en este sentido.

En la Residencia Estudiantil de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, se han detectado dichas problemáticas anteriormente comentadas; aportadas por las inspecciones al área de la residencia estudiantil, en los análisis derivados de las reuniones del Consejo de Dirección, de los Consejos Ampliados de la FEU, del Comité UJC y las reflexiones de los metodólogos de trabajo educativo de las carreras.

Siendo consecuente con esta situación se fórmula el siguiente problema científico: ¿Cuáles son las inferencias teóricas de la labor educativa extensionista enfocada a la educación sexual en adolescentes féminas de la Residencia Estudiantil, 2022?

Objetivo: Describir las inferencias teóricas de la labor educativa extensionista enfocada a la educación sexual en adolescentes féminas de la Residencia Estudiantil, 2022.

DESARROLLO

Antecedentes de la labor educativa en la residencia estudiantil de la educación superior en Cuba

Las universidades cubanas, desde los primeros momentos del período revolucionario, han venido desarrollando su quehacer desde una proyección que se identifica con las necesidades sociales propias de la realidad del país. Resultado de ello han sido todas las transformaciones que se han realizado en los procesos sustantivos (docencia, investigación y extensión), bajo lineamientos muy específicos que han estado en correspondencia con el devenir político, económico, cultural y social cubano.

En 1960 se crea, en Cuba, las residencias estudiantiles universitarias, cuyo origen se remonta al año con el «Plan de formación de técnicos», que se convirtió posteriormente en el «Plan de becas universitarias».

Posteriormente, se fue extendiendo a otras regiones del país y con ella ocurriendo cambios, como parte del proceso de universalización de los estudios superiores, amparado por el Comandante en Jefe Fidel Castro desde los primeros días del triunfo revolucionario, el cual facilitó que miles de adolescentes/jóvenes tuvieran la oportunidad y posibilidad de cursar estudios en los centros de educación superior.

Con la instauración del MES, 1976, se especificaron nuevas concepciones de trabajo con una nueva proyección para los procesos de desarrollo en la área universitaria.

En los años ochenta comenzó una etapa cualitativamente superior, al surgir una nueva estructura de trabajo en este contexto, cuya función se centraba en la orientación al tratamiento de las necesidades educativas de los estudiantes becados.

El derrumbe del campo socialista, años noventa, trajo consigo la implementación de un grupo de medidas para controlar la situación existente en el país, resguardando las conquistas de la Revolución. Todo ello trajo consigo una deficiencia en los procesos educativos que se desarrollaban en este contexto, revirtiéndose lo logrado en formación de hábitos, costumbres y formas de actuación, al entrar tales influencias en contradicción con los códigos morales de la sociedad socialista, siendo un freno en la labor educativa (Delors, 1996).

No obstante el estado en harás de mejorar aprobó, 2005, la estrategia de transformación para la residencia estudiantil universitaria con el fin de convertirla en un espacio esencialmente educativo, fortaleciendo la estructuras de trabajo educativo. (MES, 2009).

Según el Ministerio de Educación Superior (2011), las residencias estudiantiles son:

las instalaciones con que cuentan los centros de educación superior (CES) para satisfacer las necesidades mínimas indispensables de los estudiantes que requieren de los beneficios de la condición de becario para desarrollar sus estudios y demás actividades orientadas. (p. 5).

Los becados constituyen una comunidad de estudiantes de una facultad o centro con una convivencia estable, cuyos miembros tienen intereses y objetivos comunes y participan de algún modo, con sentido de pertenencia y alto compromiso, en la transformación material y espiritual de esa comunidad.

Desde la perspectiva del MES (2011) la labor educativa en la residencia estudiantil universitaria: debe estar encaminada a reforzar los hábitos de convivencia, educación formal, cuidado de la propiedad colectiva, así como los hábitos de orden, limpieza, disciplina, sentido de pertenencia y protagonismo estudiantil en la solución de los problemas de carácter colectivo que contribuyan favorablemente a la formación integral de los estudiantes becados (p. 1).

La formación integral del estudiante becado es el objetivo central del trabajo educativo en la residencia estudiantil universitaria. Se considera que para orientar este trabajo se requiere profundizar en el «enfoque integral para la labor educativa y política-ideológica en las universidades» (MES, 2012, pp. 6-7).

En la actualidad es considerado el instrumento fundamental para la labor educativa en las universidades cubanas, el cual en esencia caracteriza el desarrollo como sistema de todas las influencias educativas que tienen lugar en la comunidad universitaria.

El Manual Metodológico para el Trabajo Educativo y la Extensión Universitaria en las Ciencias Médicas, año 2019, establece entre las orientaciones metodológicas; la inclusión de acciones dirigidas a la formación de valores que distinguen a la salud pública cubana y aquellos que se requieran una vez realizado el diagnóstico (Ruíz, 2020).

En circunstancias como las que vive la humanidad, la extensión universitaria, específicamente; tiene mucho que aportar y los adolescentes/jóvenes, como centro de su quehacer, ocupa el protagonismo, como líder, promotor, generador de espacios y acciones que contribuyen a transformar situaciones complejas de salud en la comunidades, encarando la realidad y dando respuesta, desde su profesión, a los problemas y conflictos que se manifiesten en su ámbito laboral y social.

Ante estas condicionantes se impone la asunción de enfoques que garanticen un profesional acorde a los imperativos de su tiempo. Por ello, el estudiante de las Ciencias Médicas debe ser un patrón de guía a seguir en la comunidad, en cuando se trata de hábitos y modos de vida saludables, sin devaluar la esfera sexual.

Perspectiva evolutiva en el desarrollo psicosexual en adolescentes

La adolescencia es socialmente definida como un período de desarrollo que guarda relación con la pubertad. La adolescencia representa una transición

psicológica desde las conductas y actitudes de un niño a las de un adulto. Se puede decir que desde este período se inician cambios profundos en todas las dimensiones del desarrollo humano: bio-fisiológicos, psicológicos y sociales que suponen una forma distinta de conocer la realidad, de verse y vivenciarse a sí mismo y de situarse en relación con los demás.

Se producen cambios bio-fisiológicos generales y específicamente sexuales como estatura, peso, órganos sexuales primarios y secundarios que implican cambios profundos en la figura corporal sexuada, capacitan a la persona para la reproducción y generan una especificidad y aumento del deseo sexual, así como un mayor interés en desarrollar conductas sexuales.

Entre los cambios psicológicos más importantes destacan la formación de la identidad social y género, así como del rol sexual, la especificación de la orientación del deseo y la diferenciación de distintos tipos de sentimientos. La búsqueda de una identidad social y sexual adquiere mayor preponderancia en la adolescencia, que sería la época formativa de la identidad por excelencia.

Según la hipótesis de Erikson (1965), la confusión de la identidad y del rol que los adolescentes presentan en esta etapa hace que el joven necesite bastante tiempo para alcanzar la edad adulta (después de los 30 años). Cierta nivel de confusión de identidad es normal. Ella explica el comportamiento caótico de muchos adolescentes y la dificultad de que muchos de estos jóvenes tomen conciencia de la manera en que se ven.

En la adolescencia se produce el establecimiento del rol de género. Los nuevos planteamientos sobre sexualidad, los avances sociales, técnicos, entre otros; han llevado a un intento de flexibilizar los roles femeninos, aunque todavía persisten las diferencias entre ambos sexos, como son: la iniciativa en las relaciones sexuales, las motivaciones que conllevan a sus primeras experiencias sexuales, la vivencia del placer y de los afectos, las expectativas propias y de la sociedad sobre el rol activo o pasivo que se debe desempeñar, etc.

En esta etapa, también se produce la especificación de la orientación del deseo, es decir se definen los objetos de preferencia sexual y se estabilizan normalmente para toda la vida. (Storino, 2003).

Durante esta etapa empiezan a diferenciarse algunos sentimientos como son: el deseo, la atracción sexual, el enamoramiento, el amor y el apego. La situación en la que se dan todos estos sentimientos es la más rica, la que satisface más necesidades y la más estable.

Entre los cambios sociales podemos mencionar las nuevas relaciones que el adolescente entabla con su entorno familiar y social. Sólo rechazan de manera parcial, transitoria o superficial los valores de los padres. Los valores de los primeros permanecen muy cercanos a los de los segundos; la rebelión de los adolescentes son sólo disputas menores.

La frecuencia del conflicto es alta en la adolescencia temprana, mientras que la intensidad es mayor en la adolescencia media, en cambio, las conductas de riesgo llegan a su cenit en la adolescencia tardía y la primera fase de la juventud. Las discusiones “banales” sobre los horarios, adonde se les permite ir y con quién, suponen una manifestación de las preocupaciones entre padres y adolescentes sobre las conductas de riesgo relacionadas con drogas, alcohol y sexual (Giraldo, 1983).

Por otra parte, las interacciones con los pares tienen un efecto positivo en la adquisición de capacidades emocionales, comunicativas, sociales y cognitivas. Los adolescentes pasan mucho tiempo con sus compañeros y aumenta la importancia de la presión social de los pares. En general, en la adolescencia, las amistades se tornan más estrechas y se desarrollan relaciones con el otro sexo, aunque aparecen diferencias de género. Las chicas tienden más a tener amigos y sus grupos de pares no muestran la misma homogeneidad y exclusividad que los chicos (Caricote 2003).

Algunos autores postulan que la predominancia “del grupo de pares”, incide en el modo en que se inician los comportamientos sexuales de riesgo” y que existe entre los adolescentes una “vulnerabilidad normativa” (Dallayrac, 1977).

Con respecto a los cambios propiamente sexuales nos encontramos con que las necesidades sexuales de las adolescentes son un hecho que no se puede ni debe ignorar. Atendiendo al autoerotismo, los estudios confirman que el sexo masculino comienza generalmente a practicar esta conducta antes que el sexo femenino. Aunque es de destacar que hoy en día, la experiencia femenina se ha aproximado a la experiencia masculina.

Algunas concepciones sobre Educación Sexual. Su importancia dirigida a adolescentes féminas de la residencia universitaria de Villa Clara

La sexualidad es la dimensión de la personalidad que se construye y expresa desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida a través del conjunto de representaciones, conceptos, pensamientos, emociones, necesidades, sentimientos, actitudes, integración de varias potencialidades del ser humano, su capacidad de ser alguien único e irrepetible, su capacidad de dar y recibir placer, su capacidad de reproducirse, su capacidad de integrar su personalidad, su capacidad de escoger y su capacidad de crear.

La organización Panamericana de la Salud (OPS) conjuntamente con la Asociación Mundial de Sexología, dentro del marco conceptual con respecto a la promoción de la salud sexual, han definido a la sexualidad como: una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye el género, la orientación sexual, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales y éticos (Susta, 2014).

La sexualidad aludiendo que la misma se aprende y se construye a lo largo de toda la vida, de diversos y variables modos y que no se reduce a la cuestión biológica o genital, sino que también implica rituales, lenguajes, fantasías, representaciones, símbolos y convenciones: se trata de “procesos profundamente culturales y plurales (...) Las posibilidades de la sexualidad, las formas de expresar los deseos y placeres- también son siempre socialmente establecidas y codificadas” (Lopes Louro, 1999:5)

La sexualidad es el conjunto de condición anatómica y fisiológica que caracteriza a cada sexo. Apetito sexual y propensión al placer carnal. La sexualidad es diálogo, es amor y comprensión, en fin, es compartir, pues constituye un mundo de posibilidades. Conocerla y vivirla libre, responsable es saludable y necesario para nuestro equilibrio como persona. Desarrollar la capacidad de sentir amor, valorar la calidad y belleza de las relaciones sexuales es una correspondencia profundamente humana.

En este sentido se asume en el contexto educativo a la sexualidad como una dimensión de la personalidad, lo cual refuerza el planteamiento antes expuesto de contemplarla como aprendizaje esencial, dentro del proceso de educación integral de las nuevas generaciones a la que aspira nuestra sociedad, de hecho, la educación de la sexualidad se reconoce en íntima relación e interdependencia con las demás direcciones del proceso educativo. El enfoque de la sexualidad referido, apunta hacia la necesidad de una educación sexual que respete la individualidad, la autonomía del sujeto, que potencie su participación activa, responsable en su formación y crecimiento de la sociedad en que vive.

La educación sexual no se limita al estudio de los genitales, la fecundación y el parto, o a los riesgos de la sexualidad como los embarazos precoces, las infecciones de transmisión sexual (ITS) Virus de inmunodeficiencia (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), sino que también abordan las relaciones, la toma de decisiones, la negociación, la comunicación, y emociones implicadas en la experiencia sexual, toca el tema de la sexualidad como una parte natural íntegra y positiva de la vida, promueve la igualdad de género, la autoestima y el respeto por los derechos de los demás y fortalece la preparación de sus futuras relaciones de parejas como individuo social, enseñando los valores y normas adecuadas de conducta para formar actitudes positivas hacia la vida sexual.

La sexualidad no es presentada de forma abierta ya que se suele creer que es un tema ajeno a los contextos universitarios. El estudiante que ingresa a este entorno, es el adolescente que está en la etapa “tardía de la adolescencia”, por lo que muchas veces se suele pensar que ya aquí se consolidaron las bases desde el punto de vista cognoscitivo-volitivo en relación a lo referente a la sexualidad.

En ocasiones el conocimiento está en discordia con las conductas, las prácticas y los comportamientos de los adolescentes, puede ser que los individuos tengan una adecuada información sobre sexualidad y a pesar de ello muestren comportamientos de riesgos y en otras van ligadas de la mano los vacíos de ambas.

Tales son así las manifestaciones en estudiantes adolescentes femeninas de la residencia estudiantil universitaria de Villa Clara, donde la aplicación de diferentes instrumentos permitió corroborar la existencia de una incidencia de féminas tomando la iniciativa del inicio de relaciones sexuales en edades tempranas, con cambio frecuente de parejas, así como prácticas sexuales con ingestión de bebidas alcohólicas, en varias ocasiones sin el uso del preservativo, que resulta uno de los aspectos perjudiciales para la ocurrencia de infecciones de transmisión sexual, embarazos y abortos, lo cual atañe en la salud sexual y reproductiva en la mujer.

Si bien se tiene en consideración que un factor que inside en el alojamiento universitario está dado por la libertad que le caracteriza a este ambiente, sin la presencia de sus progenitores, ni el control de sus salidas que puede traer consigo consecuencias desventajosas en la esfera sexual.

Por ello es que la educación sexual no debe verse desatendida pues resulta un factor clave e indispensable para la transformación en actitudes positivas y responsables desde edades tempranas. Es de considerar que la sexualidad no está desligada del ser y que no puede verse propiamente desde lo biológico, como muchas veces es concebida, sino desde lo biopsicosocial.

En ello, radica su importancia, ya que es parte orgánica del lenguaje mismo de la vida, de su creación y recreación inagotable del ser y devenir de los humanos como especie. Está ligada, al placer, al descubrimiento, al renacimiento, al desarrollo personal, a lo interaccionar, a lo lógico, a la naturaleza, al amor, a la salud, la comunicación persona a persona, la colaboración, el dar y el recibir.

Resulta indispensable desarrollar desde las edades tempranas la capacidad de amar, esa es la más alta aspiración de establecimiento de la pareja estable que puede conducir a una relación duradera y profunda, no obstante mientras esta no surja es importante darle espacio a otras relaciones, que si bien, se establecen primordialmente por la atracción física y los vínculos eróticos, no dejan de estar matizados siempre, y en todo momento por estados afectivos de las más diversas índoles que hacen que el goce que brinda la unión carnal reciba el colorido de las emociones que se comparten.

Además de construir una vía genuina para reproducirnos y disfrutar del erotismo, la espiritualidad y el amor compartido, la sexualidad reviste también una especial significación psicológica por las potencialidades que ofrece para el encuentro con el otro ser humano, la comunicación, el contacto y la relación inter-sujética, la intimidad y el establecimiento de vínculos emocionales y sentimentales.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se establecieron las inferencias teóricas de la labor educativa extensionista enfocada a la educación sexual en adolescentes féminas

de la Residencia Estudiantil. Finalmente, quedó demostrada la necesidad y la importancia de potenciar esta temática en aras de favorecer de forma positiva las relaciones entre los estudiantes, su salud sexual y reproductiva y su futuro desempeño profesional.

REFERENCIAS

Garcés Ricardo, I., Rosales Torres, Y., Rosales Torres, M. y Fresno Vega, C. (2019). La labor educativa desde la educación sexual en los estudiantes de secundaria básica. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/10/educacion-sexual-estudiantes.html>

García Torres, D. S., Díaz Suárez, R., Sánchez Echavarría, M. E., Mendoza Ruiz, M. (2018). Concepción de extensión universitaria desde las ciencias médicas en Santiago de Cuba. Humanidades Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000300566

Lazo, Y., García, M. y García, A. (2017). La labor educativa en la educación superior cubana desde la extensión universitaria: tendencias en las residencias estudiantiles. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142017000200016

Tapia Martínez, H., Hernández Falcón, J., Pérez Cabrera, I. y Jiménez Mendoza, A. (2020). Conductas sexuales de riesgo para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Enferm. Univ.* 17(3), 294-300. http://www.scielo.org.mx/scielo.Php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000300294&Ing=es

LAS AFIASIAS: EL DESARROLLO DE SU INVESTIGACIÓN EN LOGOPEDIA Y NEUROPSICOLOGÍA

Aphasias: the development of their research in speech therapy and neuropsychology

Lic. Lucia Esmeralda Fernández Domingos Mariz

Resumen

La afasia es definida como una alteración de la capacidad de uso del lenguaje, que se presenta como secuela de un daño cerebral sufrido luego del desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas. En esta revisión se analizan las perspectivas científicas que han tratado el problema de la afasia. Fueron revisados artículos y textos científicos en función de obtener información sobre los diferentes enfoques de estudio de la afasia. Ello permite concluir que la definición de afasia no ha sufrido modificaciones esenciales a lo largo de los últimos 150 años. Esta ha sido considerada, interpretada y redefinida a partir de diferentes corrientes de pensamiento, que se han reflejado en mayor o menor medida, en su abordaje clínico y científico. Todo ello ha enriquecido significativamente las concepciones modernas sobre el lenguaje y la afasia.

INTRODUCCIÓN

La afasia, definida como una alteración de la comprensión y/o la producción del lenguaje, que se presenta como secuela de la adquisición de una lesión que afecte estructuras del hemisferio cerebral dominante, constituye un fenómeno tan remoto como el origen del lenguaje. Desde la antigüedad se relacionó al cerebro con su sintomatología peculiar, encontrándose referencias al respecto en el “Corpus Hippocraticum,” del 400 a.C. Este primitivo acercamiento a la afasia, es sucedido por el vacío en el conocimiento de la Edad Media. Es con el Renacimiento, que autores como Niccolo Massa y Francesco Arceo, retoman la idea de proponer un origen cerebral a la afasia, a partir de la observación de casos de pérdida del lenguaje posterior a daño encefálico (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004; Ardila, 2006; Omar, 2011).

La afasia ha constituido a lo largo de la historia, el hilo conductor para relacionar al cerebro con la mente. Su investigación condujo a los primeros descubrimientos de zonas críticas del cerebro relacionadas con el lenguaje, estuvo en la base del surgimiento de la neuropsicología (NP) como disciplina científica a finales del siglo XIX, y durante más de un siglo, constituyó el núcleo de conocimientos de la NP, la mayor parte de la investigación neurocientífica y casi todo lo que se sabía sobre alteraciones cognoscitivas en caso de patología cerebral (Ardila, 2006).

El primer estudio serio de afasia lo realiza Gesner en la segunda mitad del siglo XVIII. En este se vislumbra una idea precoz del asociacionismo de la época, al considerar a la afasia como una incapacidad para asociar el signo lingüístico

con una idea. Sin embargo, a partir de los trabajos de Gall, a finales del siglo XVIII, es que se empiezan a enfatizar las bases neuropatológicas del lenguaje. Desde entonces, la investigación de la afasia ha transitado por diversos períodos, siendo estudiada desde disímiles perspectivas, fundamentadas en la neurología, la psicología, o la cognición, abordando sus particularidades y su relación con el funcionamiento cerebral desde criterios diversos, que han enriquecido el conocimiento sobre el cerebro y la mente humana (Almagro, 2003).

Localizacionismo y antilocalizacionismo en el estudio clásico de la afasia

En las primeras décadas del siglo XIX e inspirados en la frenología de Gall, existe evidencia de dos estudios sobre alteraciones del lenguaje en presencia de daño cerebral. El primero es de Bouilard que en 1825, publica un artículo donde intenta confirmar la propuesta de Gall acerca de la sede del lenguaje articulatorio. El segundo lo presenta Marc Dax en 1836, en un trabajo realizado con 40 pacientes con pérdida del lenguaje posterior a lesiones locales del hemisferio izquierdo. Sin embargo, la exploración sistemática de la afasia y el estudio de la localización cerebral de las funciones lingüísticas se inicia con los trabajos de Broca y Wernicke en 1861 y 1874 respectivamente, desde una perspectiva localizacionista. El primero describe la región inferoposterior del lóbulo frontal izquierdo como centro del lenguaje motor. El segundo la región posterior del lóbulo temporal izquierdo como centro del lenguaje sensorial.

A partir de ello, Wernicke sitúa en un marco conexionista el principio de la función localizada al formular que funciones complejas como el lenguaje, resultaban de la interconexión de varios lugares funcionales. Esto le permite establecer una dicotomía en relación a la localización y organización cerebral del lenguaje, y formular un modelo fundamental para el posterior estudio cerebral del lenguaje (Luria, 1982; Benedet, 2002; Flores-Ávalos, 2002; Almagro, 2003; Benítez, 2006; Ardila, 2006). Este modelo contemplaba la existencia de un centro receptor (área de Wernicke), un centro emisor (área de Broca) y una vía de transmisión (fascículo arqueado) que conectaría ambos centros. Ello le permite proponer que las lesiones en estas estructuras cerebrales, estarían asociadas a déficits lingüísticos con perfil diferente. Disrupciones en el centro emisor afectarían la producción del lenguaje (afasia de Broca). Daños del centro receptor, afectarían la comprensión (afasia de Wernicke). Daños en el fascículo arqueado, afectarían la repetición, y la coherencia al hablar por el empleo de sonidos incorrectos (afasia de conducción) (Benedet, 2002; Martín, 2003; Benítez, 2006).

En 1885 Lichtheim introduce en este modelo el centro “de las representaciones conceptuales,” conectado mediante vías transcorticales con las áreas de Broca y de Wernicke (Ardila, 2006). Este nuevo modelo, conocido como modelo de Wernicke-Lichtheim, impacta en los neurólogos de la época y da lugar al desarrollo de otros modelos (fundamentalmente lingüísticos). En este contexto, se hizo común el empleo de diagramas para explicar la organización cerebral del lenguaje y las afasias. Ello permitía demostrar el supuesto de que áreas específicas

del cerebro eran esenciales en aspectos particulares de la actividad psicológica. Esta comprensión de la organización cerebral del lenguaje, sustentada en la psicología asociativa, protagonizó la investigación clínica a finales del siglo XIX. Sin embargo, en este período emerge una tendencia antilocalizacionista, cuyos antecedentes se sitúan en los trabajos de Flourens de principios del XIX en contraposición a la frenología de Gall. Científicos como Jackson, partiendo de una interpretación más holística del cerebro, consideró las alteraciones del lenguaje desde un punto de vista más dinámico y psicológico, que estático y anatómico (Benedet, 2006a; Kandel, 2004).

De este modo, a pesar de las evidencias sobre la existencia de áreas corticales diferenciadas, a principios del siglo XX se impone el enfoque antilocalizacionista en el pensamiento experimental y la práctica clínica de la afasiología. Ello debía mucho a los argumentos de los defensores de la teoría del campo global, que proponían la existencia una afasia única que se manifestaría de diferentes formas según las combinaciones de déficits de la comprensión y la producción del lenguaje. Este concepto estuvo muy vinculado a los trabajos de Marie quien plantea que sólo existe un área del lenguaje: el área de Wernicke, por lo que solo habría una forma de afasia que se debía a una alteración intelectual no global. Von Monakow afirma que no existen afasias sino pacientes afásicos, en tanto, Von Woercom considera la afasia como una alteración de los esquemas intelectuales. Mientras, Golstein establece una diferencia entre procesos centrales y procesos instrumentales, considerando que la alteración del lenguaje es consecuencia de la pérdida de un proceso central: la actitud abstracta. Henry Head presupone que la afasia es consecuencia de daños en la formulación simbólica e intenta establecer una teoría basada en el análisis de las alteraciones del lenguaje que aparecen en lesiones locales del cerebro y la comparación de estas formas de afasia con su localización cerebral. Ello da lugar a la emergencia de conceptos como afasia nominativa, afasia semántica y afasia sintáctica. Estas posturas se ven reforzadas por las investigaciones de Lashley, quien en 1929 reformula la teoría del campo global en una “teoría de acción de masas.” Con ello niega las especializaciones en el cerebro y afirma: “las lesiones sobre la función cognitiva depende de la cantidad de tejido destruido y no de su localización.” Aplicando esta lógica a las afasias, Head y Golstein plantean que estas podían ser consecuencia de lesiones en casi cualquier zona de la corteza (Luria, 1982; Luria, 1983; Flores-Ávalos, 2002; Almagro, 2003).

El problema de la afasia en Rusia: una posición conciliadora

En 1947 aparece publicado en ruso el libro “La Afasia Traumática” de Alexander Luria. En este el autor, a partir de la observación de lesionados de guerra y teniendo en cuenta conceptos pavlovianos como “analizador” y “segundo sistema de señales”, resultados de investigaciones sobre neurofisiología del lenguaje, de Penfield y Robert, e integrando conceptos neurológicos y neurofisiológicos de Seshenov, Anojin y Sherrington, con aspectos psicológicos presentados por Jacobson, exhibe una serie de propuestas acerca de la organización cerebral del lenguaje y su patología.

Señala que los procesos psicológicos representan sistemas funcionales complejos que requieren muchos eslabones para su realización, los cuales, en condiciones normales suponen la participación simultánea de múltiples áreas corticales, cada una de las cuales, aunque puede participar en diferentes sistemas funcionales, se encuentra especializada en una forma particular de procesamiento (OlivaRuiz, 1983; Omar, 2011). El marco conceptual para la interpretación de los datos que Luria desarrolla, se acerca a un modelo lingüístico dinámico que le posibilita aplicar el método de la descomposición de funciones psíquicas en sus factores constituyentes, para llevar a cabo un análisis psicofisiológico de las afasias. Ello le permite hacer una clasificación de las afasias con una diagramación precisa de la localización de las lesiones y las características lingüísticas del paciente, tomando en cuenta distintos procesos, como eslabones de las funciones expresiva y receptiva del lenguaje. Además, describe las afasias motriz aferente y frontal dinámica. Paralelamente, a estos trabajos, métodos más refinados especificaron más sobre la función de las diferentes zonas que participan en el lenguaje. A finales de la década del 50, Penfield, y luego Ojemann, confirmaron en un cerebro vivo consciente las áreas del lenguaje descritas por Broca y Wernicke. Incluso, describieron otras zonas para el lenguaje, señalando que las redes para el lenguaje son mucho mayores que lo trazado por Broca y Wernicke (Luria, 1982; Oliva-Ruiz, 1983; Benedet, 2002).

Del enfoque psicométrico en el estudio de la afasia a las nuevas interpretaciones del enfoque clásico

En los 50 y 60 del siglo xx, a la par de los trabajos de Luria, y en un intento de superar las críticas fundamentales al enfoque clásico, la investigación de las afasias se desarrolla notoriamente en diferentes países occidentales con un enfoque psicométrico. Esta tendencia es encabezada por Hecaen, De Renzi, Poeck, Warrington, Milner, Barraquer-Bordas, etc. Este enfoque se caracterizó por la sustitución de los estudios clínicos de caso único, por estudios psicométricos de grupo, y el contraste estadístico de datos de pacientes positivos con datos de pacientes negativos y de sujetos normales. Sustituyeron las tareas de observación de la conducta verbal de los pacientes, por test psicológicos tipificados, siendo una de sus metas, determinar el rol de regiones cerebrales en la ejecución de los test. Ello dio lugar al desarrollo de instrumentos psicométricos coherentes con su meta fundamental: establecer una batería de test para clasificar a los pacientes en una de las categorías gnosológicas establecidas. Esta metodología, a pesar de sus intentos, resultó inadecuada para resolver el problema de la localización cerebral del lenguaje y de la sistematización del estudio de la afasia (Benedet, 2002; Almagro, 2003; Benedet, 2006a; Omar, 2011).

Con la indiscutible excepción de Luria, ninguno de los intentos de superar el enfoque clásico, resultó sercientíficamente más plausible ni clínicamente más útil. No obstante, aunque la perspectiva de Luria trasciendelas concepciones clásicas, su influencia fuera de Rusia, fundamentalmente en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, fue limitada. Por ello en occidente, el intento más acertado

de trascender las concepciones clásicas lo representa la resurrección en los años 60 del enfoque de Wernicke por Geschwind y su adopción por Goodglas y Kaplan como base conceptual del “Boston Aphasic Diagnostic Examination” para la evaluación de las afasias (Benedet, 2002; Omar, 2011).

La influencia de Geschwind y el grupo de Boston, se hace notar en gran parte del mundo occidental. Su interpretación clínica y teórica de los procesos del lenguaje, ha sido especialmente influyente durante las últimas décadas. El enfoque de Geschwind, aunque fue sometido a duras críticas por la ausencia de validación experimental, y de una teoría del procesamiento lingüístico, se hace notar junto al Grupo de Boston en gran parte del mundo occidental. Geschwind adopta una explicación de la afasia en términos de transmisión de información entre centros corticales y desarrolla fuertemente las ideas de Wernicke, al punto que su clasificación de afasia sigue explícitamente la formulación clásica asociacionista, no obstante, su objetivo era explicar las variedades de afasias permitiendo invocar diferentes centros localizados, conectados entre sí por trectos asociativos. En los conceptos del grupo de Boston, se habla de una zona central del lenguaje en la región perisilviana izquierda y de una región extrasilviana, que delimitan las formas clínicas de afasia (Ardilla, 2006; Almagro, 2003; Benedet, 2002; Benedet, 2006b; Ellis y Young, 2000; Omar, 2011).

El análisis de la afasia y el lenguaje desde la perspectiva de la neurolingüística

A pesar de la marcada influencia del enfoque de Geschwind en occidente, en la década de 1960, un grupo de neuropsicólogos occidentales, entroncados aun en la afasiología clásica, pero inmersos en un contexto científico donde el estudio de la mente ganaba espacio, empezaron a demandar supuestos teóricos sólidos que le permitieran explicar la sintomatología lingüística en el paciente afásico. Los supuestos teóricos de la afasiología clásica, así como de las concepciones de Luria y de Geschwind, no satisfacían las inquietudes de estos neuropsicólogos. Los objetivos principales de estas concepciones se enmarcaban en correlacionar daños cerebrales con alteraciones del lenguaje, organizar las afasias en clasificaciones, localizar la lesión a partir de la sintomatología del paciente y hacer una NP de síndromes, agrupando bajo la misma etiqueta, aquellos pacientes con síntomas y topografía del daño cerebral similares. Tales objetivos eran inadecuados para el estudio de la afasia y el lenguaje. Resultaba imposible estudiar los mecanismos del procesamiento lingüístico normal o patológico, como se pretendía, a partir de clasificaciones estáticas y esta noción de síndrome (Oliva-Ruiz, 1983; Ellis y Young, 2000; Benedet, 2002; Benedet, 2006a; Benedet, 2006b).

Estos elementos condicionaron a mediados de los años 60 un ambiente propicio para el surgimiento de la NP cognitiva. Ello tuvo lugar a partir del encuentro entre neuropsicólogos que necesitaban de supuestos teóricos que les permitieran explicar la patología mental en el daño cerebral, psicólogos cognitivos que trabajaban con una metodología experimental en el marco de las teorías del procesamiento de la información y lingüistas descriptivistas, interesados en

explicar los mecanismos mentales del lenguaje (Churchland y Sejnowski, 1991; Ellis y Young, 2000; Benedet, 2002; Benedet, 2006b; Fernández, 2008; Nadeau, González, y Crosson, 2000). La naciente NP cognitiva asumió como base teórica fundamental, el Enfoque del Procesamiento de la Información de la psicología cognitiva, y definió dos objetivos de trabajo: primero, determinar los componentes del Sistema Cognitivo que funcionan deficitariamente en el paciente con daño cerebral, y explicar su patrón de daño a partir de modelos teóricos del Sistema Cognitivo; segundo, desarrollar y verificar empíricamente modelos teóricos sobre el funcionamiento normal del Sistema, a partir de hallazgos neuropsicológicos obtenidos de la práctica asistencial, durante el estudio de los déficits mostrados por los pacientes con daño cerebral. Aparejado al surgimiento de la NP cognitiva, surge la NP cognitiva del lenguaje o neurolingüística, la cual asume los mismos objetivos de la NP cognitiva, enfocados en el lenguaje y su patología en presencia de daño cerebral (Almagro, 2003; Benedet, 1995; Benedet, 2002; Benedet, 2003; Ellis y Young, 2000; Fernández, 2008; Indefrey y Levelt, 2000).

El análisis de la afasia y el lenguaje desde una perspectiva neurolingüística, conduce a que se empiecen a considerar tres cuestiones fundamentales: primero, que el procesamiento lingüístico del código verbal en el Sistema Cognitivo es realizado por componentes específicos que constituyen el Subsistema de Procesamiento del Lenguaje (SPL); segundo, que tanto para la comprensión como para la producción del lenguaje, el código verbal también es procesado translingüísticamente por otros subsistemas ajenos al SPL; y tercero, que las afasias son alteraciones del lenguaje que tienen lugar únicamente como secuela del daño en componentes del SPL, y no por interrupción durante el procesamiento translingüístico del código verbal. Estas consideraciones permiten redefinir la afasia como “la pérdida, deterioro o alteración de la capacidad de uso del lenguaje, que se presenta como secuela de la interrupción de componentes o mecanismos de procesamiento del código verbal en el SPL, en presencia de un daño cerebral adquirido en cualquier momento posterior al desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas en el sujeto.” Esta definición remarca que lo importante no es la localización del daño, sino la afectación del funcionamiento de componentes del SPL (Almagro, 2003; Benedet, 2002; Camarata y Yoder, 2002; Caramazza, 1984; Coltheart, 2000; Omar, 2011). La neurolingüística asumió el estudio de los niveles de procesamiento fonético, fonológico, léxico, sintáctico y semántico del lenguaje en el paciente afásico, en función de describir el patrón de alteraciones, en términos de componentes del SPL afectados. Ello, sin crear un nuevo sistema de taxonomías. La explicación de los síntomas del paciente tiene lugar a partir de modelos teóricos del SPL, donde cada trastorno se interpreta en términos de operaciones cognitivas alteradas. De este objetivo central de la neurolingüística, se derivan sus fortalezas fundamentales. Primero, permite discriminar las alteraciones de la conducta verbal que resultan de daño en el SPL, de las que resultan de interrupción a nivel translingüístico. Segundo, posibilita realizar un fino análisis de los déficits lingüísticos en términos de componentes del SPL

dañados, lo cual permite explicar las consecuencias del daño a partir del patrón de conductas verbales alteradas y preservadas, la dinámica de la alteración y cuánto están dañados los componentes del SPL comprometidos con el patrón de alteraciones (Benedet, 2002; Camarata y Yoder, 2002; Benedet, 2006a; Benedet, 2006b; Fernández, 2008).

Para lograr estos objetivos, el concepto clásico de síndrome era inapropiado (Benedet, 2003). Los estudios sobre síndromes reflejaban, que por cada componente del SPL, se podía generar un déficit. Por ello Coltheart (2000), propone abandonar toda explicación de las afasias en términos de síndrome, y Caramazza (1984) sugiere que el único concepto de síndrome admisible por la neurolingüística, asumiría que la coocurrencia de los síntomas, resulta de la alteración de un componente de procesamiento implicado en diversas funciones.

El desarrollo de la neurolingüística ha representado un salto cardinal en el estudio de la afasia. Su efectividad y el cúmulo de hallazgos empíricos obtenidos y verificados científicamente, la han convertido en la perspectiva de trabajo que logra trascender buena parte de las dificultades para el análisis cognitivo del lenguaje y la afasia. Sin embargo, a pesar de la fortaleza teórica y metodológica, la neurolingüística ha sido muy cuestionada, por el uso de modelos teóricos elaborados en el seno de la psicología y la NP cognitivas. Además, su influencia de alguna forma ha sido limitada al occidente anglo-francoparlante. No siendo así en el occidente hispanoparlante, donde su desarrollo es escaso. Por ello, durante las últimas décadas, ha coexistido, fundamentalmente en el occidente hispanoparlante, con la concepción de Geschwind y con la perspectiva clínica de Luria (Ardila, Matute e Inozemtseva, 2003; Benedet, 2006a; Benedet, 2006b; Omar, 2011).

¿Ha concluido el problema?

La introducción de técnicas imagenológicas a partir de la segunda mitad de la década del 70 e inicios de los 80, implicó una revolución en las neurociencias, que propició el descubrimiento de hallazgos sorprendentes en relación a las afasias, que desafiaron el modelo tradicional. Estos hallazgos han sido complejos y han dificultado una síntesis moderna del asunto. Se encontró, por ejemplo, que una disrupción de la producción con agramatismo, requiere que estén dañadas, además del área de Broca, la ínsula y otras áreas frontales. La lesión circunscrita a esta área, solo genera a una disrupción temporal del habla. De modo similar, una lesión del área de Wernicke, no genera el complejo de síntomas de la afasia sensorial. En ambos casos, la descripción del síndrome sufre la heterogeneidad de los déficits exhibidos por el paciente. Pues, la pobre comprensión que se presenta en la afasia de Wernicke por ejemplo, puede resultar de una disrupción: en la identificación de fonemas, en el procesamiento de la forma fonológica de las palabras o en la comprensión semántica (Benedet, 2002; Martin, 2003; Ardila, Matute, e Inozemtseva, 2003; Benítez, 2006, Ardila, 2006).

En los últimos años, la coexistencia de las vertientes clínica y cognitiva en NP,

con presupuestos teórico metodológicos diferentes, ha influido en la investigación de la afasia. Se han propuesto varias clasificaciones en el marco de la NP clínica, que Ardila (2006) resume. En tanto, en el seno de la neurolingüística, se han desarrollado diferentes modelos del SPL que describen los componentes que participan en el procesamiento del código verbal y explican el modo en que los mismos interactúan. Sin embargo, aunque por el momento ambas disciplinas abordan el problema de la afasia desde su propia perspectiva, hoy se vislumbra una tendencia de la NP clínica, a utilizar los modelos teóricos que propone la neurolingüística (Omar, 2011).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila, A., Matute, E., Inozemtseva, OV. (2003). Progressive Agraphia, acalculia and anomia. A Single Case Report. *Applied Neuropsychology*, 10, 205-14.
- Ardila, A. (2006). Aphasía. Florida International University.
- Almagro, Y. (2003). Estudio del componente léxico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano. Barcelona: Universitat Rovira i Virgili.
- Benedet, M. J. (1995). Origen y evolución de la neuropsicología y de sus aportaciones al daño cerebral traumático. Actas de la I Reunión sobre Daño Cerebral Traumático, Neuropsicología y Calidad de Vida.
- Benedet, M. J. (2002). Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva. IMSERSO.
- Benedet, M. J. (2003). Metodología de la investigación básica en neuropsicología cognitiva. *Rev. Neurol*, 36, 457- 466.
- Benedet, M. J. (2006a). Acercamiento neurolingüístico a las alteraciones del lenguaje. Procesamiento normal del lenguaje. EOS.
- Benedet, M. J. (2006b). Acercamiento neurolingüístico a las alteraciones del lenguaje. Neurolingüística. Aplicaciones a la clínica. EOS.
- Benítez, A. (2006). Caracterización neuroanatómica y neurofisiológica del lenguaje humano. *Revista Española de Lingüística*, 35, 461-94.
- Bringas, M. L. *et al.* (2009). La neuropsicología en Cuba. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9, 53-76.
- Churchland, P. S. y Sejnowski, T. J. (1991). Perspectives on cognitive neurosciences. In: Lister RG, Weingartner HJ, ed. *Perspectives on cognitive neurosciences*. University Press.
- Camarata, S. y Yoder, P. (2002). Language transactions during development and intervention: theoretical implications for developmental neuroscience. *Int. J. Devl Neuroscience*, 20, 459-65.
- Caramazza, A. (1984). The logic of neuropsychological research and the problem of patient classification in aphasia. *Brain and Language*, 21, 9-20.
- Coltheart, M. (2000). Assumptions and methods in cognitive neuropsychology. En: B. Rapp. *The handbook of cognitive neuropsychology*. Psychology Press.
- Cobas, C. L. (2007). La preparación logopédica del docente. Pueblo y Educación.
- Dronkers, N. F., Pinker, S. y Damasio, A. (2004). Lenguaje y afasias. En: Kandel, E. R.,

Schwartz J. H., Jesell, F. M., editores. Principios de neurociencia. McGraw-Hill/Interamericana. (1169–85).

Ellis, W. A., Young, W. A. (2000). Human Cognitive Neuropsychology. Hove: Psychology Press.

Fernández, Y. (2008). Neuropsicología cognitiva: definición, delimitación y metodología. CNC.

Flores-Avalos, B. G. (2002). Las afasias. Conceptos clínicos. En: Hernández Orozco, F, editor. Manuales de medicina de comunicación humana. Instituto de la Comunicación Humana. p. 1–32.

Indefrey, P., Levelt, W. (2000). The neural correlates of language production. In: Gazzaniga MS, ed. The New Cognitive Neurosciences. Cambridge: MIT Press. p. 845-65.

Kandel, ER. (2004). Cerebro y conducta. En: Kandel ER, Schwart JH, Jesell FM, editores. Principios de neurociencia. McGraw-Hill/Interamericana. p. 69-85.

Laurencio, G., Franklin, Y. (2011). Alternativa para a comunicación de personas con afasia por Enfermedad cerebrovascular. En: Comunicación en el siglo XXI. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, Centro de lingüística aplicada. 514-517.

Luria, A. R. (1982). El cerebro en acción. Ed. Pueblo y Educación.

Luria, A. R. (1983). Las funciones corticales superiores en el hombre. Ed. Científico-Técnica.

Martin, R. C. (2003). Language processing: functional organization and neuroanatomical basis. Annu. Rev. Psychol, 54, 55-9.

Nadeau, S., González, L. J. y Crosson, B. (2000). Aphasia and language. Guilford Press.

Oliva-Ruiz, L. (1983). Sobre el autor y su obra. En: Las funciones corticales superiores en el hombre. A. R. Luria, editor. Editorial Científico-Técnica. p. 1-19.

Omar, E. (2011). Factores que determinan el rendimiento de pacientes afásicos en pruebas para la exploración de funciones del Sistema de Control Atencional. [Tesis de Maestría. Universidad de La Habana].

LAS BASES CEREBRALES DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL. ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS

The brain bases of oral language development. Some theoretical considerations

Irinete Fernanda José Dias

Resumen

A pesar de los grandes avances logrados en el campo de las neurociencias, hasta no hace mucho tiempo nuestros conocimientos sobre la organización cerebral del lenguaje resultaban fundamentalmente de estudios realizados a partir de datos clínicos obtenidos de pacientes que habían sufrido lesiones encefálicas. Con la aparición, en los últimos años, de modernos métodos de investigación, fundamentalmente en el área de la imaginología, no solo se han producido grandes e importantes progresos en la comprensión de las estructuras cerebrales que posibilitan el lenguaje, sino que ha posibilitado extender la realización de estudios concluyentes en personas normales. En este trabajo se muestran los avances fundamentales en la comprensión cerebral del lenguaje oral.

INTRODUCCIÓN

Como una parte fundamental del proceso de socialización humana, el niño adquiere las funciones lingüísticas, las cuales le permiten apropiarse de un sistema de signos y símbolos denominados códigos verbales, que le admiten codificar verbalmente sus pensamientos, sus intenciones y sus sentimientos, así como entender el código emitido por otra persona durante el proceso de comunicación oral. La adquisición del lenguaje en el niño tiene lugar como resultado de procesos neuroplásticos expectantes de la experiencia. La simple exposición del niño al lenguaje, a menos que exista algún tipo de alteración encefálica o deprivación sensorial que lo impida, es condición suficiente para que aprenda a hablar, siguiendo los mismos patrones del diseño universal del lenguaje, e independientemente del desarrollo tecnológico o cultural del medio social en que esta insertado (Dronkers, Pinker y Damasio, 2014).

El camino para el estudio de las bases cerebrales del procesamiento del lenguaje fue abierto por las primeras investigaciones de las afasias realizadas durante la segunda mitad del siglo XIX. En 1861, Paul Broca describió a un paciente que sin manifestar alguno de los déficits motores clásicos de la boca, las cuerdas vocales y la lengua, o presentar dificultades en la comprensión del lenguaje, era incapaz de hablar. Podía pronunciar palabras aisladas, cantar o silbar, pero se le imposibilitaba hablar correctamente, expresar de forma escrita alguna idea o crear frases completas. El estudio post-mortem del cerebro de este paciente mostró una lesión en la región posterior del lóbulo frontal izquierdo. Con posterioridad, este mismo autor estudio 8 pacientes con cuadros clínicos

similares que, de manera similar al paciente antes descrito, tenían lesionada la región posterior del lóbulo frontal izquierdo (Kandel, 2004).

En 1876, Karl Wenicke presento un trabajo donde describía otro tipo de alteración del lenguaje, en el que a diferencia de la ya descrita por Broca, el paciente mostraba un déficit importante en la comprensión y no en la producción del lenguaje. Podía hablar sin dificultades, pero era incapaz de entender lo que se le decía. En los pacientes con este cuadro clínico, la lesión cerebral se localizaba en la región posterior del lóbulo temporal izquierdo (Kandel, 2004).

Estos descubrimientos sugirieron que en la mayoría de los individuos el lenguaje depende fundamentalmente de las estructuras del hemisferio izquierdo, más que de las del derecho, y revelaron además que la lesión en la regiones frontal-lateral (posteriormente denominada Área de Broca) y temporal posterosuperior (hoy Área de Wernicke) se asocian a déficit importantes del lenguaje, con un perfil lingüístico diferente: la afasia de Broca y la afasia de Wernicke (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

Basándose en sus propios descubrimientos y en las descripciones realizadas por Broca, Wernicke formula una teoría sobre el lenguaje que pretendía reconciliar las teorías de la función cerebral predominantes en este momento. Sitúa en un marco conexionista el principio de la función localizada, sosteniendo que el lenguaje, al igual que las restantes funciones cognitivas complejas, eran el resultado del trabajo conjunto de varias regiones funcionales, por tanto, los diferentes componentes del lenguaje eran procesados en diferentes regiones del cerebro (Kandel, 2004).

Propuso que en el lenguaje participan programas motores y sensitivos diferentes dirigidos por regiones corticales independientes. Afirma que justo en el área de Broca, situada por delante del área motora que controla la boca, el paladar, la lengua y las cuerdas vocales se localiza el programa motor que gobierna los movimientos de la boca para el habla y preciso que en el área que se bautizo con su nombre, en el lóbulo temporal, se localiza el programa sensitivo que gobierna la percepción de la palabra, área que de manera muy conveniente se encuentra rodeada de la corteza auditiva, así como de un conjunto de áreas de asociación que integran en percepciones complejas las modalidades sensitivas: visual, auditiva y somatosensorial (Kandel, 2004).

De este modo Wernicke desarrolla el primer modelo útil y coherente de la organización nerviosa del lenguaje. En el mismo, el procesamiento inicial de las palabras escritas o habladas, por el cerebro, se produce en áreas sensoriales difeciadadas de la corteza de modalidad visual o auditiva. Con posterioridad, la información es transmitida a la circunvolución angular, un área de asociación especializada en información tanto auditiva como visual, donde las palabras habladas o escritas se transforman en una representación nerviosa común compartida por el habla y la escritura, que luego de ser transmitida al área de Wernicke, donde tiene lugar su reconocimiento como lenguaje y asociación a un

significado, pasa al área de broca en la cual se transforma en una representación motora con posibilidad de culminar en lenguaje escrito o hablado (Kandel, 2004).

Partiendo de este modelo de organización del procesamiento del lenguaje, Wernicke predice además la existencia de un tercer tipo de afasia en la que las zonas receptiva y motora estarían indemnes, presentándose la lesión en las fibras que las conectan. Los pacientes con esta afasia serían capaces de comprender las palabras y no tendrían dificultades motoras al hablar, sin embargo, le sería difícil lograr coherencia al hablar, omitiendo partes de las palabras o emplearían sonidos incorrectos (Kandel, 2004).

Hacia una mejor comprensión del problema

Estos estudios iniciales sobre las afasias posibilitaron un conocimiento extraordinario de cómo se organiza en cerebro para el lenguaje. Los primeros hallazgos reportados por Broca y Wernicke permitieron a los neurólogos el desarrollo de un modelo de lenguaje conocido como de Wernicke-Geschwind que en su primera versión proponía: primero, que las áreas de broca y Wernicke soportaban la carga del procesamiento de las imágenes acústicas de las palabras y de la articulación del lenguaje, respectivamente. Segundo, suponía que el fascículo longitudinal superior del cerebro era una vía unidireccional que llevaba la información desde el área de Wernicke a la de broca. Tercero, suponía que tanto el área de Wernicke como la de broca interactuaban en las áreas de asociación multimodales. Planteaba que luego de ser procesada en la vía auditiva la palabra hablada y de alcanzar el área de Wernicke, se provocaba su significado, una vez activadas las estructuras cerebrales más allá de dicha área (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

En dichas estructuras, los significados no verbales se convertirían en imágenes acústicas y se transformarían en verbalizaciones, después de que dichas imágenes pasaran al área de broca a través del fascículo longitudinal superior. Por último, las capacidades de escribir y leer dependerían de las áreas de Wernicke y de broca. En el caso de la escritura, se podía producir una actividad motora en el área de Exner, en la región promotora, por encima del área de broca, y en la lectura, las aferencias visuales procedentes de la corteza visual izquierda (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

Este modelo general del lenguaje, a pesar de demostrarse con la realización de estudios posteriores, que presentaba limitaciones importantes, sentó las bases para una clasificación útil y coherente de las afasias, facilitando además un contexto para la investigación de las bases neurales de los procesos del lenguaje (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

Con posterioridad a este modelo, la utilización de los métodos experimentales más refinados propició nuevos conocimientos sobre la función de las diferentes zonas cerebrales que participan en el lenguaje.

Con el empleo de pequeños electrodos fue estimulada la corteza de pacientes epilépticos durante la práctica de cirugía en función de localizar las zonas que modulan el lenguaje. Se pedía a los pacientes nombrar objetos o emplear de otras maneras el lenguaje mientras eran estimuladas diferentes áreas de la corteza. Si la aplicación del estímulo eléctrico boqueaba la capacidad del paciente de nombrar objetos, esa zona era crucial para el lenguaje. Estos estudios permitieron confirmar en cerebro vivo consciente las áreas corticales del lenguaje descritas por Broca y Wernicke y propiciaron además el descubrimiento de otras zonas esenciales para el lenguaje, señalando que las redes nerviosas del lenguaje son mucho mayores de lo descubierto por los fundadores del estudio del lenguaje (Kandel, 2004; (Ojemann, 1995; Penfield y Roberts, 1959).

Otro escalón fundamental para la comprensión del sustrato cerebral del lenguaje lo ha constituido la combinación de enfoques lingüísticos y de psicología cognitiva en estudios avanzados sobre localización cerebral (Kandel, 2004).

Estos estudios han demostrado que el número de neuronas de la corteza cerebral es uno de los determinantes esenciales de su capacidad de procesamiento de información. En la neocorteza, que está organizada en capas funcionales, la información se procesa a través de las capas en conjuntos interconectados de neuronas denominadas columnas o módulos, de modo que el aumento de la superficie cortical permite un mayor número de módulos y por tanto brinda una mayor capacidad de procesamiento de la información (Amaral, 2004; Gardner, 2004; Mountcastle, 1997).

Esto explica el hecho de que una zona del cerebro, dedicada incluso a un componente específico del lenguaje, como el área de Broca para la producción lingüística, se subdivide nuevamente desde el punto de vista funcional. Estas subdivisiones modulares fueron descritas por primera vez en los años 70, observando que diferentes lesiones en el área de Wernicke provocaban distintos fallos de la comprensión. La lesión de la región frontotemporal de dicha área provoca anomalías en el acceso al léxico semántico (una incapacidad para comprender el significado de las palabras). Mientras las lesiones de la región parietotemporal de esta área provocan fracasos en el procesamiento sintáctico (capacidad de entender las relaciones entre las palabras de una frase) (Kandel, 2004; Surif, 1974; Caramazza, 1995).

Las técnicas de imagen y los modernos estudios de la organización cerebral del lenguaje

A pesar de los grandes avances logrados en el campo de las neurociencias, hasta no hace mucho tiempo nuestros conocimientos sobre la organización cerebral del lenguaje resultaban fundamentalmente de estudios realizados a partir de datos clínicos obtenidos de pacientes que habían sufrido lesiones encefálicas. Con la aparición, en los últimos años, de modernos métodos de investigación, fundamentalmente en el área de la imagenología, no solo se han producido grandes e importantes progresos en

la comprensión de las estructuras cerebrales que posibilitan el lenguaje, sino que ha posibilitado extender la realización de estudios concluyentes en personas normales (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004; Kandel, 2004).

Entre otros, la tomografía de emisión de positrones (PET, de su sigla en inglés), la resonancia magnética funcional (RMF), los potenciales eléctricos relacionados a eventos (ERP) y el registro directo de los potenciales eléctricos desde la corteza cerebral expuesta en pacientes que se someten a cirugía, han contribuido a definir mejor las áreas importantes para la ejecución de las funciones del lenguaje (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

A finales de los 80 del pasado siglo XX, Michael Posner, Marcus Raichle y sus colaboradores, descubrieron, con la utilización de los nuevos métodos, que la información sensorial que recibe el cerebro y propicia tanto la comprensión como la producción del lenguaje, es procesada en más de una vía (Kandel, 2004; Posner, Petersen, Fox y Raichle, 1988; Posner y Cart, 1992).

En sus estudios, estos autores partieron del argumento dado por Wernicke de que todas las palabras, ya fueran escritas o habladas son transformadas en una representación de lenguaje con entradas de datos, tanto auditivos como visuales. Antes de ser transmitida al área de Wernicke donde se asocia a un significado, para luego ser transformada en el área de broca en una representación motora de lenguaje. Tras analizar estos argumentos, cuestionaron la necesidad de ser traducido el código nervioso de la palabra leída a una representación auditiva antes de ser asociada con un significado, y se plantearon como hipótesis la posibilidad de que la información visual pudiera ser enviada directamente hacia el área de broca sin la participación del sistema auditivo (Kandel, 2004; Posner, Petersen, Fox y Raichle, 1988; Posner y Cart, 1992).

La utilización de la PET en sujetos normales, les permitió determinar las zonas cerebrales que se activan cuando las palabras individuales son codificadas al ser leídas de una pantalla o escuchadas. Así cuando las palabras se oyen, se activa el área de Wernicke, pero cuando son vistas solamente, (sin ser escuchadas) el área de Wernicke no se activa. La información visual parece transmitirse directamente al área de broca sin ser transformadas previamente en una representación auditiva en la corteza temporal posterior. Estos resultados dieron lugar a que se concluyera que las vías nerviosas y los códigos sensoriales que se emplean para ver las palabras son diferentes de los que se utilizan para oírlos. Por tanto, propusieron que estas vías tienen acceso diferente a regiones de la corteza de orden superior implicadas en el significado de las palabras y en la expresión del lenguaje (Kandel, 2004; Posner, Petersen, Fox y Raichle, 1988; Posner y Cart, 1992).

No solo se procesan de forma independiente la lectura y la audición de palabras, sino que el acto de pensar en el significado de una palabra en ausencia de estímulos sensoriales activa aun un área diferente de la corteza frontal izquierda. Por tanto, el procesamiento del lenguaje es en paralelo además de en serie (Kandel, 2004; Saper, Iversen y Franckowiak, 2004).

Otros estudios han dado lugar a conclusiones similares demostrando que el procesamiento de la información requiere muchas zonas individuales de la corteza interconectadas adecuadamente, cada una de las cuales responde y codifica solo algunos aspectos de los estímulos sensoriales específicos o de los movimientos motores (Kandel, 2004).

Otras zonas que contribuyen al lenguaje más allá de las áreas de Broca y Wernicke

Todos estos progresos en la comprensión de las bases cerebrales del lenguaje, han evidenciado que las funciones del área de broca y wernicke están lo claro que parecía inicialmente. Así mismo, el fascículo longitudinal superior del cerebro, que según el modelo de Wernicke-Geschwind era una vía unidireccional que llevaba información del área de wernicke a la de broca, esta considerado en la actualidad como un sistema bidireccional que une una amplia extensión de las cortezas sensitivas con las cortezas prefrontal y promotora. Además, se ha demostrado que el procesamiento del lenguaje requiere una amplia red de áreas cerebrales que interactúan, siendo determinada la existencia de otras regiones del cerebro, fundamentalmente en el hemisferio izquierdo, tanto corticales como subcorticales que están implicadas significativamente en tales funciones (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

Las cortezas asociativas superiores de las regiones temporal, frontales parietales izquierdas parecen participar en la mediación entre el sistema conceptual y el lenguaje. Partes seleccionadas de la corteza insular izquierda se cree que guarde relación con la articulación del habla. Las áreas prefrontal y cíngulada se encargan del control ejecutivo y son mediadoras de la memoria del lenguaje y de los necesarios procesos de atención. La corteza temporal anterior e inferolateral izquierda se relacionan con la denominación de nombre de lugares y personas especiales. El sector temporal medio izquierdo se relaciona con la recordación de nombres, tanto especiales como comunes. El sector inferofrontal posterior izquierdo se relaciona con recuerdo de palabras que denominan objetos o medios no naturales o especiales. Una pequeña sección de la ínsula, es, según recientes evidencias, fundamental para la planificación o coordinación de los movimientos de articulación necesarios para hablar, y la corteza prefrontal, en la superficie mesial del hemisferio izquierdo, que comprende el área motora suplementaria y la región anterior del cíngulo, desempeñan un papel importante en la iniciación y el mantenimiento del habla (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

Uno de los más recientes descubrimientos relacionado a estructuras que participan en el lenguaje se relaciona con el cerebelo, considerado por la neurología clásica como una estructura puramente motora. Sin embargo, estudios modernos de imagen funcional del cerebelo ha revelado que esta estructura también participa en el desarrollo cognitivo, fundamentalmente en el lenguaje (Campistol, 2002; Omar, 2007; Riva, 1998; Sans, Boix, Colome y Campistol, 2002).

Los tres grandes sistemas del lenguaje

Como resultado de todos estos trabajos se ha determinado la existencia de tres grandes sistemas que participan en la producción y percepción del lenguaje: el sistema de ejecución del lenguaje, el sistema de mediación y el sistema conceptual (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

El sistema de ejecución del lenguaje, formado por las áreas de broca y Wernike, áreas relacionadas de la corteza de la ínsula y los ganglios basales. Este sistema analiza las señales auditivas de entrada de modo que se activa el conocimiento conceptual al tiempo que se asegura la construcción gramatical y fonemática (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

El sistema de mediación, que rodea al sistema de ejecución, esta formado por numerosas regiones separadas de las cortezas asociativas temporal, parietal y frontal. Este sistema actúa como tercer agente de mediación entre el sistema de ejecución y el tercer sistema (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

El sistema conceptual está estructurado por un conjunto de regiones distribuidas en el resto de las cortezas asociativas superiores que soportan el conocimiento conceptual (Dronkers, Pinker y Damasio, 2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kandel, E. R. (2004). Cerebro y conducta. En E.R. Kandel (ed.): Principios de neurociencia (pp. 5-18). Mc Graw-Hill/Interamericana.
- Dronkers, N. F., Pinker, S., Damasio, A. (2004). Language y afasias. En E.R. Kandel (ed.): Principios de neurociencia (pp. 1169-1185). Mc Graw-Hill/Interamericana.
- Ojemann, G. A. (1995). Investigating language during awake neurosurgery. En R.D. Broadwell (ed). Neuroscience, memory and language, Decade of Brain (pp. 117-131). Library of Congress.
- Penfield, W. y Roberts, L. (1959). Speech and brain mechanisms. Princeton University Press.
- Amaral, D. G. (2004). Organización anatómica del sistema nervioso. En E.R. Kandel (ed.): Principios de neurociencia (pp. 318-336). Mc Graw-Hill/Interamericana.
- Gardner, E. P., Kandel, E. R. (2004). El sentido del tacto. En E.R. Kandel (ed.): Principios de neurociencia (pp. 451-471). Mc Graw-Hill/Interamericana.
- Mountcastle, U. B. (1997). The columnar organization of the neocortex. *Brain*, 120, 701-722.
- Surif, E. (1974). Auditory lateralization: prosodic and syntactic factors. *Brain Lang*, 1, 391-401.
- Caramazza, A. (1995). The representation of lexical knowledge in the brain. En R.D. Broadwell (ed). Neuroscience, memory and language, Decade of Brain (pp. 133-147). Washington DC: Library of Congress.
- Posner, M. I., Petersen, S. E., Fox, P. T. y Raichle, M. E. (1988). Localization of cognitive operations in the human brain. *Science*, 240, 1627-1631.
- Posner, M. I. y Cart, T. H. (1992). Lexical Access and the brain: anatomical constraints on cognitive model of Word recognition. *AM J Psychol*, 105, 1-26.

Saper, C. B., Iversen, S. y Franckowiak, R. (2004). Integración de la función sensitiva y motora. En E.R. Kandel (ed.): Principios de neurociencia (pp. 349-381). Mc Graw-Hill/Interamericana.

Omar, E. (2007). Cerebelo y desarrollo cognitivo. Estado teórico actual. Rev Santiago, 115, 89-100.

Campistol, J. (2002). Nuevos conocimientos sobre la fisiopatología del cerebelo. Rev Neurol, 35, 231-235.

Sans, A., Boix, C., Colome, R. y Campistol, J. (2002). La contribución del cerebelo a la función cognitiva en la edad pediátrica. Rev Neurol, 35, 235-237.

Riva, D. (1998). The cerebellar contribution to lenguaje and sequential functions: evidence from a child whith cerebelitis. Cortex, 121, 2175-2187.

De saberes aplicados a la salud humana trata este libro donde investigadores de varias instituciones de salud cubanas, de centros insignes de la Universidad de Oriente y la Región Oriental de Cuba, como el Centro de Estudios de Neurociencias y Procesamiento de Imágenes y Señales (CENPIS), el Centro de Electromagnetismo Aplicado (CNEA), el Centro de Biotecnología Industrial (CEBI), el Centro de Biofísica Médica (CBM), o el Centro de Toxicología y Biomedicina, de centro científicos de referencia nacional como el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), etc., han aunado sus contribuciones. De manera fresca y actualizada se reúnen los resultados de varias investigaciones para la salud en campos tan diversos como la psicología, rehabilitación, medicina basada en la evidencia, farmacología, botánica, biotecnología, bioingeniería, biotecnología o cultura física.

ISBN: 978-959-207-715-7



Ediciones UO