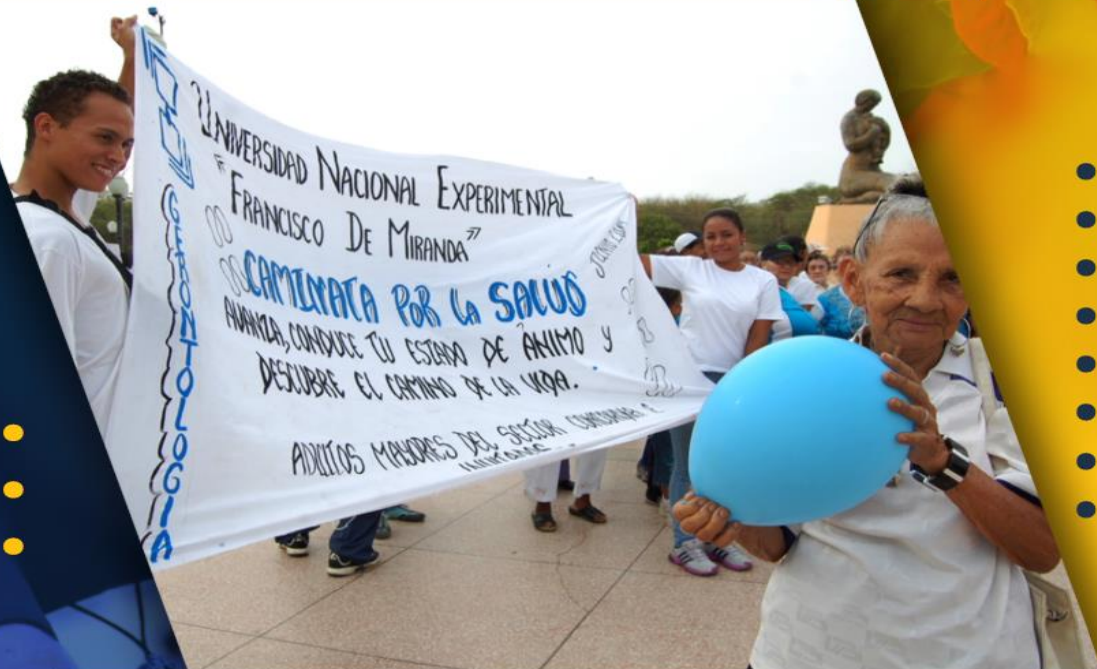




UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

REVISTA GEROCIENCIA

DECIMO
SEPTIMA
2025



**Revista electrónica de Gerontología
(Educación, Social, Gerencia, Salud,
Ciencia y Tecnología).**

AÑO IX. Vol. I. N° 17. Enero-Junio 2025

Depósito Legal. FA2017000074

ISSN.2959-6572

Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela

Director-Editor

Dra. Sandra Quintero PhD. (UNEFM)

Comité Editor

Dra. Sandra Quintero PhD. (UNEFM)

Lcda. Belen Cásares. MSc. (UNEFM)

Dr. Nohé Ramón Gilson. PhD. (UNEFM)

Comité Redacción

Dr. Nohé Ramón Gilson. PhD. (UNEFM-Venezuela)

Lcda. Josefingre Rujano /UNEFM-Venezuela)

Consejo Asesores

Lcda. Maroly Quevedo. MSc. (UNEFM-Venezuela)

Dr. Jairo Villasmil (UNEFM-Venezuela)

Dra. Carlina García (UNEFM-Venezuela)

Dra. Ivonne Medina. PhD. (UNEFA-Venezuela)

Dr. Gilberto Ereú. PhD. (UNEFA-Venezuela)

Comité Memoria

Lcda. Belen Cásares. MSc. (UNEFM-Venezuela)

Árbitros colaboradores

Dra. Nerys Ortega. PhD. (Univ Carabobo Venezuela)

Dra. Maribel Osorio (UCV- Venezuela)

Dr. Jairo Boscan (LUZ-Venezuela)

Dra. Miriam Bazán (Ministerio de Salud Perú)

Dra. Claudia Mendoza (Univ. Aut. Tlaxcala-México)

Mg. Sergio Flores (Univ. del Valle de Toluca-México)

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Dra. Marissa Zazzetta (Univ Fed. San Carlos-Brasil)

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno (Univ. Nac de Colombia. Colombia)

Master. Laura Salatino (Maimonides-Argentina)

Mag. Yéis Borré (Univ. Met. Barranquilla-Colombia)

Master. Juleiky García Beracieto (Univ. Met. Quito Ecuador)

Lcdo. Luis González. MSc. (BARALT Venezuela)

Dra. Linda Martínez (UNEFM-Venezuela)

Dr. Omar Antonio Vega (Univ. Manizales-Colombia)

Dr. Carlos Miranda (UNACH-México)

Esp. José Guarapana (UNEFM-Venezuela)

Esp. María de Luz Goncalvez (UNEFM-Venezuela)

Psic. Waldemar Piña (UCLA-Venezuela)

Dra. Letty Moreno (UNEFM-Venezuela)

Dra. Maryoly Blanco (UNEFM-Venezuela)

Diseño de portada

TSU. Julia Mariam Cásares Quintero

(Producción de Medios de Comunicación Social)

CONTENIDO

	Pág.
Editorial de la Revista	4
Filosofía de la Revista	7
Adscripción	9
Artículos	11
Normas editoriales	156
Planilla de arbitraje	163
Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM	164
Resumen técnico de comité	165
Resumen técnico de árbitros	168
Resumen técnico de autores	174
Índice de artículos	184

EDITORIAL DE LA REVISTA

Este nuevo año, la Revista GeroCiencia, ha dado paso a publicaciones que consolidan al desarrollo de un pensamiento interdisciplinar del envejecimiento y adultos mayores por eso, al constituirse una vez más, como la oportunidad para promocionar el conocimiento científico, donde la Revista GeroCiencia se distingue en su publicación ininterrumpida desde el año 2017, haciéndola activa y periódica. En este momento, se comparte la publicación XVII del año 2025 en su versión enero-junio, donde se presentan las contribuciones de autores en diversas áreas de quehacer disciplinar.

Como en todas las ediciones, contamos con árbitros especialistas de gran trayectoria académica e investigación a nivel nacional e internacional, con experiencia en las áreas temáticas que se comparten en esta revista. Entre los árbitros están, gerontólogos, psicólogos, médicos, educadores, enfermeros, trabajadores sociales, comunicadores sociales, haciendo que nuestra revista siga abierta a todas las corrientes de pensamiento, lo que caracteriza las políticas de la ésta.

En esta XVII edición, se comparten las producciones de Alicia Delgado titulada LA NEURODIVERSIDAD EN LA VEJEZ: UN ENFOQUE INNOVADOR PARA EL BIENESTAR quien examina la relación entre la neurodiversidad y el envejecimiento, resaltando la necesidad de valorar las diferencias neurocognitivas como el autismo y el trastorno por déficit de atención (TDA) a lo largo del ciclo vital. Igualmente, esta Aláin Pasi6n con el tema de INNOVACIONES TECNOL6GICAS EN RCP: MEJORANDO LA RESPUESTA EN EMERGENCIAS DOMICILIARIAS DEL ADULTO MAYOR donde analiza los avances tecnol6gicos m1s recientes en la capacitaci6n en Reanimaci6n Cardiopulmonar (RCP) para el p1blico general con la finalidad de mejorar la respuesta ante emergencias en el hogar del adulto mayor.

Tambi6n se presenta el tema de EL SENTIR EMOCIONAL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO INVISIBLE DEL ADULTO MAYOR realizado por Norka D1az y Amelia Colina donde explora el sentir emocional de las enfermeras

durante el cuidado invisible, fundamentado en las teorías de Florence Nightingale, Jean Watson y Hildegard Peplau. Otro artículo es de José Guarapana, José Gotopo y José Rincón que es titulado CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO VENEZOLANO (2014–2024) donde se analiza el manejo clínico y quirúrgico del hematoma subdural crónico (HSDC) en los pacientes mayores de 80 años, a partir de la experiencia institucional en el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken de Coro, Venezuela, entre 2014 y 2024.

También se tiene al artículo de María Goncalves, Marianyely Márquez, Wileydis Quevedo y Alvary Sánchez que es titulado RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES MENOPÁUSICAS Y NO MENOPÁUSICAS DE “BUENA VISTA”, MUNICIPIO FALCÓN, ESTADO FALCÓN que consiste en comparar el riesgo cardiovascular entre las mujeres menopáusicas y no menopáusicas de la comunidad de “Buena Vista”, municipio Falcón, estado Falcón. Otro artículo es el publicado por María Goncalves, Diego Chávez, Jesús Mora y Cirmay López titulado IMPACTO DEL SÍNDROME GENITOURINARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION MENOPÁUSICA DE AMUAY siendo su objetivo Evaluar el impacto del síndrome genitourinario en la calidad de vida de la población menopáusica de Amuay, municipio Los Taques, estado Falcón, septiembre 2023 – marzo 2024.

El ultimo articulo es el titulado PLAN ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA EXTENSIONISTA Y DE INVESTIGACIÓN EN DOCENTES DEL PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA UNEFM 2023 realizado por Maroly Quevedo, Josefingre Rujano y Yenifer Castillo siendo su objetivo desarrollar un plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023.

Tanto los artículos como los ensayos presentados, dan muestra de la interdisciplinariedad manifiesta en el interés de los autores, por eso, la diversidad es plena en una visión integrada e integral de éstos, los cuales abonan al entendido de

la gerontología, la vejez y el envejecimiento. Por eso, desde esta edición y las próximas, iniciaremos por compartir en cada “Editorial de la revista”, algunas experiencias de adultos mayores que cultivan el saber popular como una manera de honrar estos saberes. En esta oportunidad, se comparte el poema de la Sra. Teresa de Jesús Romero de Crasto de 89 años que evoca su talento en este arte de poemas.

Sandra, B. Quintero, R
Directora-Editora

Poema “Mi Aldea”

I

*La aldea de mis amores,
vive aún en mi recuerdo,
me arrullaste con tus albores,
luz de luna y titilar de luceros.*

II

*Fuiste dicha y armonía,
canción de cuna en mi vida,
fuiste caudal de ternura,
¿Cómo olvidarte podría?*



III

*Pensar en ti me alborozas,
linda Aldea cantarina,
arpegio de dulces notas,
cargados de amor y melancolía.*

IV

*Es llevar el pensamiento,
a tus callecitas de tierra,
es escuchar en el viento,
las campanas de tu iglesia.*

Teresa de Jesús Romero de Crasto 89 años

FILOSOFÍA DE LA REVISTA

Reseña.

El Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda fue creado el 04 de julio de 1984 en la gaceta oficial N° 24, con la carrera de Técnico Superior Universitario en Gerontología posteriormente el 05 de mayo de 2006 se aprueba la licenciatura en Gerontología en la Gaceta Oficial N° 38.508 ambas constituyen el marco referencial de la formación de un profesional integral con competencias de educador gerontológico, gerente social planificador, investigador y coordinador de servicios gerontológico.

Desde sus inicios este Programa académico se ha dado la tarea de consolidar una imagen del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento bajo la óptica de la proactividad a favor de la inclusión, la interdisciplinariedad con otras ciencias, la integración activa tanto con las familias como las comunidades; pero, sobre todo, el abordaje integrado de la persona envejecida y envejeciente en su propio contexto.

Descripción de la Revista GeroCiencia.

La Revista GeroCiencia constituye un medio de difusión de los estudios en el ámbito gerontológico a fin de proporcionar una base teórico-social que sirva de referente al desarrollo nuevas maneras de afrontar la vejez y el envejecimiento en pro de políticas, programas y proyectos en instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la satisfacción de sus necesidades biopsicosociales de la población adulta mayor.

Este espacio contribuye además con la consolidación de la integración entre la docencia, investigación y extensión en el campo de la ciencia gerontológica, pero también de modo particular, en la inclusión de conocimientos de otras ciencias en el ámbito educativo, social, gerencial, de salud, comunicacional, tecnológico entre otros, para la comprensión del tema adulto mayor, vejez y envejecimiento a nivel personal, social e institucional en el país y el mundo.

Objetivo.

La Revista GeroCiencia está encaminada a sumar esfuerzos en el ámbito de educación, social, educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología para mostrar el conocimiento contextualizado de las investigaciones y/o experiencias en diversas áreas que tienen que ver con el adulto mayor, la vejez y el envejecimiento, de acuerdo con las problemáticas y necesidades de esta población en el ámbito regional, nacional e internacional.

Misión.

La Revista GeroCiencia, tiene como misión difundir los artículos, reportes, experiencias, productos de las investigaciones y/o revisiones documentales de orden gerontológico, educativo, social, gerencial, humanístico, tecnológico y de salud a tono con la dinámica del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento. Dichos aportes están orientados a contribuir con las áreas o contextos:

- Gerontológico.
- Educativo.
- Demográfico.
- Artístico.
- Biológico.
- Psicológico.
- Social y comunitario.
- Salud.
- Gerencial.
- Metodológico.
- Tecnológico.
- Cultural.
- Antropológico.

Visión.

La Revista GeroCiencia pretende ser el medio de promoción de espacios de participación colectiva de carácter multi, inter y transdisciplinar en razón de la construcción de contextos teóricos actualizados que colinden con la visión integral de la vejez, el envejecimiento, el adulto mayor y el envejeciente. Cuyos aportes sean la referencia teórico-constructiva y contextualizada en el área gerontológica.

ADSCRIPCIÓN

La Revista GeroCiencia está adscrita a la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER que tiene dependencia del: Programa de Gerontología, el Instituto de Investigación del Área Ciencias de la Salud de la UNEFM y a su vez, al Decanato de Investigación, se rige por las líneas de investigación de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.



Club María Clara Paz. Sector 28 de Julio Coro estado Falcón

LA NEURODIVERSIDAD EN LA VEJEZ: UN ENFOQUE INNOVADOR PARA EL BIENESTAR

Delgado Rodríguez, Alicia María

almadel2904@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-2596-3961>

Unidad Psicoeducativa Carlos Martínez Bueno. Coro estado Falcón Venezuela.

RESUMEN

Este artículo examina la relación entre la neurodiversidad y el envejecimiento, resaltando la necesidad de valorar las diferencias neurocognitivas como el autismo y el trastorno por déficit de atención (TDA) a lo largo del ciclo vital. Se propone una perspectiva no patologizante que enfatiza la singularidad individual y responde a necesidades específicas con el fin de promover un envejecimiento inclusivo. La investigación se basa en una revisión de estudios recientes y en entrevistas realizadas a personas mayores neurodivergentes, cuyas experiencias enriquecen la comprensión de sus desafíos. Se subraya la relevancia de estrategias adaptadas para el bienestar mental, emocional y social, como programas personalizados de estimulación cognitiva e iniciativas de integración comunitaria. Asimismo, se plantea la urgencia de fomentar la comprensión social y reducir el estigma mediante políticas públicas inclusivas. Este enfoque redefine la percepción del envejecimiento y la neurodiversidad, e impulsa un paradigma que celebre la diversidad humana y garantice condiciones de vida respetuosas, significativas y sostenibles para las personas neurodivergentes en la vejez.

Palabras clave: inclusión social, salud mental, estimulación cognitiva, políticas públicas, adultos mayores neurodivergentes.

NEURODIVERSITY IN OLD AGE: AN INNOVATIVE APPROACH TO WELL-BEING

ABSTRACT

This article examines the relationship between neurodiversity and aging, emphasizing the importance of recognizing and valuing neurocognitive differences such as autism and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) throughout the entire lifespan. Rather than adopting a pathologizing perspective, it proposes a framework that highlights individual uniqueness and addresses specific needs to foster inclusive and enriching aging experiences. The research includes a review of recent studies and interviews with neurodivergent older adults, whose life stories enrich the understanding of their challenges and needs. It underscores the relevance of tailored strategies to promote mental, emotional, and social well-being, such as personalized cognitive stimulation programs and community integration initiatives. It also emphasizes the urgency of fostering understanding and reducing stigma through inclusive public policies. This approach seeks to redefine perceptions of aging and neurodiversity, promoting a paradigm that supports a respectful, inclusive, and fulfilling life for all neurodivergent individuals in later life.

Keywords: social inclusion, mental health, cognitive stimulation, public policies, neurodivergent older adults.

INTRODUCCIÓN

La convergencia entre la neurodiversidad y el envejecimiento representa un enfoque emergente en la promoción del bienestar humano. La noción de neurodiversidad, acuñada por Singer (1998) y desarrollada posteriormente por autores como Armstrong (2012), que invita a reconocer la variabilidad de los sistemas neurológicos como el Trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no como patologías, sino como expresiones legítimas de la diversidad humana.

A pesar de los avances en este campo, los estudios sobre la vejez continúan operando desde marcos estandarizados que invisibilizan las trayectorias neurodivergentes en la adultez mayor (Chamorro Serrano, 2022). Estas omisiones generan consecuencias directas, como el aislamiento social, la estigmatización y la escasez de entornos adaptados a necesidades particulares (Featherstone et al., 2024).

Reconocer estas singularidades abre la posibilidad de diseñar estrategias de intervención inclusivas que promuevan un envejecimiento más digno e integral. Investigaciones recientes destacan la efectividad de programas de estimulación cognitiva individualizados y del fortalecimiento de redes comunitarias (Díaz & Pereiro, 2017; Pozzi et al., 2024), así como la necesidad de avanzar hacia políticas públicas sensibles a la neurodivergencia.

Este artículo se sitúa en ese horizonte transformador, proponiendo una comprensión crítica y plural del envejecimiento desde la perspectiva de la neurodiversidad, y abogando por la construcción colectiva de saberes que favorezcan el respeto, la inclusión y la equidad en todas las etapas de la vida (Vidondo Lete et al., 2025).

METODOLOGÍA

Se empleó una metodología de investigación documental, de carácter cualitativo, que consistió en el análisis y recopilación de información relevante a partir de textos, artículos científicos y otros recursos vinculados con la neurodiversidad y el envejecimiento. Según Armstrong (2007), la neurodiversidad representa una manera de

reconocer las variaciones humanas, destacando las fortalezas individuales y subrayando que cada cerebro es único. Este marco conceptual orientó la selección y análisis de documentos relacionados con las diferencias neurocognitivas y su impacto a lo largo del ciclo vital.

El proceso metodológico comenzó con la identificación de autores especializados, como Thomas Armstrong, cuyos aportes sobre neurodiversidad y educación aportan un sustento teórico sólido. Posteriormente, se realizó un estado del arte que integró estudios previos sobre estrategias inclusivas y enfoques innovadores destinados a mejorar el bienestar de personas mayores neurodivergentes.

Este análisis combinó dos enfoques complementarios. Por un lado, el enfoque analítico permitió examinar trabajos previos en profundidad, considerando aspectos como los objetivos, marcos teóricos y metodologías empleadas, lo cual facilitó una comprensión detallada de las investigaciones existentes. Por otro lado, el enfoque interpretativo identificó similitudes, diferencias y particularidades de los estudios consultados, resaltando información significativa y señalando áreas que requieren una exploración más profunda.

Dicho enfoque metodológico posibilitó la construcción de una base teórica coherente que vincula la neurodiversidad con el envejecimiento, y que respalda el desarrollo de iniciativas innovadoras orientadas a un proceso de envejecimiento inclusivo y respetuoso. Entre los documentos revisados, se incluye el artículo Neurociencia cognitiva del envejecimiento: Aportaciones y retos, el cual examina cómo las diferencias cognitivas y neurológicas inciden en el envejecimiento cerebral y cognitivo, combinando marcos de la psicología cognitiva con técnicas de neuro imagen.

Asimismo, se analizaron dos artículos de alta relevancia, el primero, denominado “Salud cerebral y cognición en adultos mayores: Hoja de ruta e hitos hacia la implementación de estrategias preventivas”, aborda la importancia de la salud cerebral en la vejez y su vínculo con el deterioro cognitivo, proponiendo estrategias personalizadas que consideran factores de riesgo modificables como el estilo de vida y las condiciones médicas.

El segundo, es “Experiencias de adultos autistas en la gestión del bienestar e implicaciones para la prescripción social”, explora las vivencias cotidianas de personas dentro del espectro autista, destacando sus desafíos, estrategias personales y el potencial de la prescripción social como herramienta para fomentar la inclusión, reducir el aislamiento y adaptar los servicios a sus necesidades específicas.

Este recorrido analítico abarcó investigaciones de las últimas tres décadas, reconociendo tanto los avances como las limitaciones identificadas. Se evidencian procesos neuro cognitivos específicos del envejecimiento, así como áreas que requieren mayor profundización. Finalmente, el estudio integra estos aportes con una postura investigativa crítica y reflexiva, orientada a comprender y enriquecer el abordaje del envejecimiento desde la perspectiva de la neurodiversidad.

DESARROLLO

La neurodiversidad

La neurodiversidad es un marco conceptual que reconoce y valora las diferencias en el funcionamiento neurológico como parte de la diversidad humana. El término fue acuñado por Judy Singer en la década de 1990 para describir condiciones como el autismo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la dislexia, no como trastornos, sino como variaciones naturales del cerebro humano. Según Armstrong (2010), la neurodiversidad promueve un cambio de paradigma al enfocarse en las fortalezas y habilidades únicas de las personas neurodivergentes, en lugar de centrarse exclusivamente en sus déficits. Este enfoque desafía el modelo médico tradicional y aboga por la inclusión y el respeto hacia las diferencias cognitivas.

La vejez

La vejez es una etapa del ciclo vital caracterizada por cambios biológicos, psicológicos y sociales que afectan a las personas de manera diversa. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) el envejecimiento es un proceso natural que no solo implica el deterioro físico, sino también transformaciones en las capacidades cognitivas, emocionales y sociales. No obstante, la vejez no debe ser

concebida únicamente desde una perspectiva de pérdida, sino como una etapa potencialmente enriquecedora y significativa, condicionada por factores sociales y personales.

Desde un enfoque sociológico, la vejez está influenciada por elementos como el acceso a recursos, las redes de apoyo social y las políticas públicas que garantizan derechos y servicios. Autores como Rowe y Kahn (1997) han planteado el concepto de envejecimiento exitoso, centrado en el mantenimiento de la funcionalidad física, la participación activa en la sociedad y el bienestar emocional. Esta perspectiva contrasta con enfoques tradicionales que asocian la vejez exclusivamente con dependencia o fragilidad.

En el contexto contemporáneo, el envejecimiento poblacional es un fenómeno global. En regiones como América Latina, este proceso se desarrolla en un escenario de desigualdades estructurales que plantean importantes desafíos para garantizar un envejecimiento digno y equitativo.

Bienestar

El bienestar se define como un estado de equilibrio físico, mental y social que permite a las personas llevar una vida plena y significativa. Según Dodge et al. (2012), el bienestar es un proceso dinámico que implica la interacción entre los recursos personales y los desafíos que enfrenta el individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también lo considera un componente esencial de la salud, señalando que no se limita a la ausencia de enfermedad. Este concepto abarca dimensiones como el bienestar emocional, social y físico, y guarda una estrecha relación con la calidad de vida.

Por otra parte, la inclusión y la vejez requieren de enfoques integrales que incorporen criterios de la misma, orientado a garantizar que todas las personas, independientemente de sus diferencias, tengan acceso equitativo a oportunidades y recursos. De acuerdo con Boothy Ainscow (2002), implica la eliminación de barreras que dificultan la participación y el aprendizaje, especialmente en ámbitos educativos. En una perspectiva más amplia, la inclusión social promueve la integración activa de

grupos históricamente marginados en la vida económica, cultural y política de la sociedad. Este enfoque resulta fundamental para la construcción de comunidades equitativas y respetuosas de la diversidad.

Salud mental

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona puede hacer frente a las tensiones de la vida, desempeñarse de forma productiva y contribuir a su comunidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera un componente integral de la salud general, enfatizando que no se reduce a la mera ausencia de trastornos mentales. En esta línea, Keyes (2002) propuso el modelo de florecimiento, que combina el bienestar emocional, psicológico y social como indicadores clave de una buena salud mental. Este enfoque destaca la importancia de la resiliencia y del apoyo social para su promoción.

Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva comprende un conjunto de técnicas y actividades diseñadas para preservar o potenciar funciones como la memoria, la atención y el razonamiento. Según Clare y Woods (2004), estas intervenciones son especialmente efectivas en personas mayores y en aquellas con deterioro cognitivo leve o demencia. Se basan en la capacidad de neuroplasticidad cerebral para reforzar conexiones neuronales y ralentizar el deterioro cognitivo. Actividades como juegos de memoria, resolución de problemas y ejercicios creativos constituyen ejemplos típicos de esta práctica.

Políticas públicas

Las políticas públicas son decisiones y acciones gubernamentales orientadas a resolver problemas sociales y promover el bienestar colectivo. Dye (1992) las define como "todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer". Estas políticas abarcan múltiples ámbitos salud, educación, vivienda, medio ambiente y su eficacia depende de un proceso integral de diagnóstico, formulación, implementación y evaluación.

En el contexto de la neurodiversidad y el envejecimiento, las políticas públicas inclusivas resultan fundamentales para asegurar el acceso equitativo a recursos y servicios adaptados. Particularmente en la vejez, dichas políticas deben contemplar el acceso a servicios de salud, pensiones dignas, vivienda adecuada y entornos accesibles que fomenten la participación activa de las personas mayores. La OMS promueve el enfoque de envejecimiento activo, que busca maximizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar su calidad de vida. Asimismo, las políticas basadas en derechos humanos, como las propuestas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enfatizan la necesidad de garantizar el acceso igualitario a servicios y recursos, independientemente de factores como género, etnia o nivel socioeconómico.

En América Latina, estas políticas enfrentan desafíos estructurales, como la limitada cobertura de los sistemas de protección social y la alta dependencia del cuidado familiar. La CEPAL sostiene que es urgente avanzar hacia modelos más inclusivos, que reconozcan la diversidad de experiencias en la vejez e incorporen enfoques interdependientes para enfrentar las desigualdades existentes.

Interrelación entre vejez y políticas públicas

La vejez y las políticas públicas están intrínsecamente relacionadas, dado que estas últimas son fundamentales para garantizar un envejecimiento digno y equitativo. Las políticas públicas deben abordar no solo las necesidades básicas de las personas mayores como la atención en salud y la seguridad económica sino también promover su inclusión social y participación activa en la comunidad. Esto implica diseñar programas que reconozcan la diversidad dentro de la población mayor, incluyendo a personas neurodivergentes, y que fomenten su bienestar integral.

Del mismo modo, las políticas públicas deben adaptarse a los cambios demográficos y sociales, como el aumento en la esperanza de vida y la urbanización, a fin de asegurar que las personas mayores puedan vivir en entornos accesibles, seguros y propicios para su desarrollo. La implementación de políticas inclusivas no solo

beneficia a este grupo etario, sino que también contribuye al fortalecimiento de sociedades más equitativas y cohesionadas.

Si bien se han logrado avances importantes en el conocimiento sobre la neurodiversidad y la vejez de manera individual, persisten vacíos en cuanto a su interrelación. Por ello, resulta fundamental orientar futuras investigaciones hacia el diseño de enfoques efectivos e integradores que contribuyan al bienestar de esta población. Algunas líneas prioritarias de investigación son:

- Evolución del envejecimiento en personas neurodivergentes: profundizar en cómo los procesos de envejecimiento impactan de manera diferenciada a las personas neurodivergentes.
- Comorbilidades y salud mental: analizar los efectos acumulados del estrés, la exclusión o la adaptación forzada en la salud mental durante la vejez.
- Intervenciones y estrategias preventivas: desarrollar y validar intervenciones personalizadas, como terapias cognitivas, tecnologías de apoyo o prácticas sociales inclusivas que mejoren la calidad de vida.
- Participación directa: integrar activamente a las personas mayores neurodivergentes en los procesos de investigación, reconociendo sus experiencias, prioridades y perspectivas. Su participación es esencial para generar soluciones pertinentes y eficaces.
- La investigación futura debe adoptar un enfoque colaborativo, inclusivo y contextualizado, capaz de articular la neurodiversidad y la vejez dentro de marcos que promuevan justicia social y bienestar integral.

CONCLUSIÓN

La neurodiversidad y la vejez representan dos dimensiones que, al integrarse, ofrecen una oportunidad única para redefinir nuestra comprensión del bienestar en una etapa vital decisiva. Abordar estas intersecciones desde un enfoque innovador implica reconocer y valorar las diferencias neurológicas, al tiempo que se consideran los efectos del envejecimiento en las capacidades cognitivas, emocionales y sociales de las personas.

Un enfoque integral debe centrarse en la individualización, es decir, en la provisión de estrategias y recursos adaptados a las necesidades específicas de cada persona, entendiendo que tanto la neurodivergencia como el envejecimiento se manifiestan de manera diversa. Esto incluye fomentar el acceso a servicios de apoyo inclusivos que atiendan tanto los desafíos como las fortalezas particulares de las personas mayores neurodivergentes, así como promover su participación activa en la comunidad mediante entornos accesibles y estimulantes que reduzcan el aislamiento social.

La integración de tecnologías accesibles y enfoques multidisciplinarios también constituye una vía fundamental para mejorar la calidad de vida. Herramientas tecnológicas orientadas a fortalecer la autonomía, terapias innovadoras que combinen neurociencia y prácticas psicosociales, y políticas públicas centradas en la inclusión y el respeto a la diversidad neurológica conforman pilares estratégicos de esta visión.

De igual manera, resulta imprescindible que este paradigma se fundamente en la colaboración y la escucha activa, involucrando directamente a las personas mayores neurodivergentes, a sus cuidadores y a las comunidades en el diseño de soluciones. Solo a través de un enfoque genuinamente inclusivo y centrado en la persona será posible avanzar hacia un futuro en el que todos los adultos mayores independientemente de sus características neurológicas puedan alcanzar un estado de bienestar pleno, digno y significativo.

Como sociedad, el compromiso ético consiste en construir un entorno accesible, empático y justo, donde las personas mayores neurodivergentes no solo tengan garantizado el acceso a los recursos, sino también la posibilidad real de ejercer sus derechos y vivir una vejez activa, reconocida y feliz.

REFERENCIAS

Armstrong, T. (2012). *El poder de la neurodiversidad: adaptando el aprendizaje a las diferencias neurológicas*. Paidós.

- Chamorro Serrano, A. (2022). *Neurodivergencia: sobre las formas de nombrar al “otro mental”*. Revista de la Universidad de Salamanca, 40(2), 45–60. Disponible en URL: <https://doi.org/10.14201/revsalud.20224245>
- Díaz, F., & Pereiro, A. (2017). *Neurociencia cognitiva del envejecimiento: aportaciones y retos*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 52(1), 35–41. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.002>
- Featherstone, C., Sharpe, R., Axford, N., Asthana, S., & Husk, K. (2024). *Autistic adults' experiences of managing well being and implications for social prescribing*. Disability & Society, 39(12), 3283–3311. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2263628>
- Pozzi, F. E., Remoli, G., Tremolizzo, L., & Appollonio, I. (2024). *Brain health and cognition in older adults: Road map and milestones towards the implementation of preventive strategies*. Brain Sciences, 14(1), 55. Disponible en URL: <https://doi.org/10.3390/brainsci14010055>
- Singer, J. (1998). *Odd people in: The birth of community amongst people on the “autistic spectrum”*. Tesis de maestría, University of Technology Sydney.
- Vidondo Lete, M.J., García, L., & Ríos, A. (2025). *La neurodivergencia en la edad adulta: trascendiendo la etiqueta*. Revista Ocronos, 7(3), 112-124. Disponible en URL: <https://revistamedica.com/neurodivergencia-edad-adulta-estigmas/>



Arte manual de adultos mayores Cástulo Mármol Ferrer Coro estado Falcón.
Fuente Propia (2024)

INNOVACIONES TECNOLÓGICAS EN RCP: MEJORANDO LA RESPUESTA EN EMERGENCIAS DOMICILIARIAS DEL ADULTO MAYOR.

Pasión Salas, Alain Samuel

alpasion@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-6733-8642>

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda UNEFM.
Docente pregrado y postgrado UNEFM. Médico especialista Cardio Salud Coro.

RESUMEN

Este artículo analiza los avances tecnológicos más recientes en la capacitación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) para el público general con la finalidad de mejorar la respuesta ante emergencias en el hogar del adulto mayor. En el contexto de la actual crisis económica y sanitaria, empoderar a la población con habilidades en estas técnicas se vuelve esencial para reducir la mortalidad por paro cardíaco. La RCP es una técnica crítica que puede salvar vidas, pero su eficacia depende del conocimiento y la preparación de quienes la aplican. La falta de capacitación limita significativamente la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia extrahospitalaria. A través de una revisión documental en la base de datos PubMed, se identificaron y evaluaron diversas herramientas tecnológicas y métodos educativos utilizados para enseñar esta técnica. La evidencia muestra que el entrenamiento del público mediante estos recursos innovadores mejora significativamente la efectividad de la reanimación cardíaca realizada fuera del entorno hospitalario.

Palabras clave: RCP, Educación, Herramientas Tecnológicas en salud.

TECHNOLOGICAL INNOVATIONS IN CPR: ENHANCING EMERGENCY RESPONSE IN HOME SETTINGS FOR OLDER ADULTS

ABSTRACT

This article analyzes the most recent technological advances in Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) training for the general public with the goal of improving emergency response in the home of older adults. In the context of the current economic and health crisis, empowering the population with skills in these techniques becomes essential to reduce mortality from cardiac arrest. CPR is a critical technique that can save lives, but its effectiveness depends on the knowledge and preparation of those who perform it. Lack of training significantly limits response capacity in out-of-hospital emergency situations. Through a documentary review in the PubMed database, various technological tools and educational methods used to teach this technique were identified and evaluated. Evidence shows that training the public using these innovative resources significantly improves the effectiveness of cardiac resuscitation performed outside the hospital setting.

Keywords: CPR, Education, Technological Tools in health.

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) domiciliaria es una habilidad necesaria, especialmente en el contexto del cuidado de adultos mayores, quienes presentan un mayor riesgo de sufrir paro cardíaco en el entorno doméstico. La intervención inmediata por parte de un familiar o cuidador capacitado puede ser determinante entre la vida y la muerte mientras se espera la llegada de los servicios de emergencia. Con el paso del tiempo, las técnicas y protocolos de la reanimación cardiaca han experimentado importantes avances, mejorando su eficacia y adaptándose a diferentes escenarios, como el hogar. No obstante, uno de los principales desafíos sigue siendo ofrecer una enseñanza accesible, práctica y comprensible para cuidadores y familiares, en especial cuando se trata de atender a personas mayores.

Los avances tecnológicos han transformado la forma en que se enseña y practica la RCP domiciliaria. Herramientas como simuladores específicos para adultos mayores, aplicaciones móviles interactivas, entornos de realidad virtual y aumentada, así como dispositivos médicos inteligentes, han facilitado la capacitación y permiten practicar la técnica en condiciones realistas. Estas innovaciones no solo mejoran el aprendizaje, sino que también incrementan la confianza de quienes podrían enfrentar una emergencia en el hogar. Además, estos recursos hacen que la formación en esta materia sea más accesible para la población general, incluyendo personas sin formación sanitaria previa. En el caso de los adultos mayores, contar con un entorno familiar capacitado en la técnica puede marcar una gran diferencia, permitiendo actuar rápidamente ante un paro cardiorrespiratorio y aumentando las probabilidades de supervivencia.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Situación Actual

La mortalidad cardiovascular constituye un problema de salud pública tanto a nivel mundial como en Venezuela. Factores como la hipertensión arterial, la diabetes

mellitus, el tabaquismo y los hábitos alimentarios inadecuados contribuyen de manera significativa a esta alta prevalencia (López-Jaramillo et al., 2021). En este contexto, la enfermedad cardíaca isquémica representa aproximadamente el 80 % de los casos de muerte súbita. Se estima que, a nivel global, cerca de 11 personas fallecen cada minuto debido a un paro cardíaco repentino, siendo más común en adultos y afectando al sexo masculino en una proporción dos veces mayor que al femenino.

Entonces, la formación en (RCP) incrementa la probabilidad de que los testigos de un paro cardíaco actúen de manera inmediata, lo cual mejora las tasas de supervivencia y reduce el daño neurológico asociado. Por lo tanto, la educación y promoción de la resucitación en la población general son estrategias fundamentales para mejorar los resultados en salud y disminuir la carga de enfermedad cardiovascular, especialmente en adultos mayores.

Las innovaciones médico-clínicas aplicadas a la enseñanza de la RCP están transformando la forma en que las personas adquieren y perfeccionan esta habilidad vital (Faddy, 2002). Herramientas como la simulación de alta fidelidad, la realidad virtual y aumentada, las aplicaciones móviles, los juegos educativos y los dispositivos de retroalimentación en tiempo real ofrecen oportunidades únicas para fortalecer la capacitación y aumentar la competencia en RCP. Estas tecnologías emergentes tienen el potencial de salvar vidas, al mejorar la respuesta ante emergencias y garantizar la ejecución de maniobras de RCP con calidad en situaciones críticas (Allan et al., 2022).

Inteligencia artificial y RCP

Mediante el análisis de grandes conjuntos de datos de pacientes previos, la inteligencia artificial (IA) puede utilizar técnicas de aprendizaje automático para predecir el resultado de la RCP en función de diversas variables. Estas predicciones pueden ayudar a los médicos a anticipar el pronóstico y adaptar el enfoque de tratamiento para maximizar las posibilidades de éxito (Viderman et al., 2023).

Si bien la IA no reemplaza la experiencia y el juicio clínico de los médicos, actúa como una herramienta de apoyo invaluable; sin embargo, es importante tener en cuenta que su implementación efectiva en la reanimación cardiovascular requiere investigación adicional y validaciones clínicas para garantizar su eficacia y seguridad en entornos reales. Además, se deben abordar preocupaciones éticas y de privacidad relacionadas con el uso de datos de pacientes en sistemas de inteligencia artificial. La IA está adquiriendo un papel cada vez más relevante en múltiples áreas de la medicina, y la (RCP) no constituye una excepción.

La IA puede analizar rápidamente grandes volúmenes de datos clínicos —como signos vitales y electrocardiogramas (ECG) en usuarios portadores de dispositivos electrónicos específicos— para identificar patrones que indiquen un paro cardíaco inminente o una situación de alto riesgo (Chin et al., 2021). Esta capacidad de detección temprana permite intervenciones rápidas y efectivas antes de que ocurra el evento, lo que incrementa las probabilidades de supervivencia y reduce el daño miocárdico (Viderman et al., 2023).

Los algoritmos de IA también pueden integrar datos históricos y en tiempo real para proporcionar recomendaciones clínicas personalizadas durante el proceso de reanimación. Estas sugerencias se basan en múltiples variables, como la respuesta previa del paciente al tratamiento, las características específicas del caso y los resultados obtenidos en pacientes con condiciones similares. Al integrar esta información, la IA apoya la toma de decisiones, mejorando potencialmente la eficacia de la reanimación.

Mediante el análisis de grandes conjuntos de datos de pacientes previos, la IA puede utilizar técnicas de aprendizaje automático para predecir el resultado de RCP en función de diversas variables. Estas predicciones contribuyen a que los médicos anticipen el pronóstico clínico y ajusten su enfoque terapéutico para maximizar las probabilidades de éxito (Harford et al., 2022).

Si bien la IA no sustituye la experiencia ni el juicio clínico, actúa como una herramienta de apoyo valiosa. No obstante, para su implementación efectiva en

contextos reales, es indispensable continuar con investigaciones y validaciones clínicas que respalden su seguridad y eficacia (Nikolaj Blomberg et al., 2023). Asimismo, deben abordarse cuestiones éticas y de privacidad relacionadas con el uso de datos sensibles en sistemas de inteligencia artificial.

Aplicaciones móviles

En la era digital que vivimos, las aplicaciones móviles se han convertido en una herramienta fundamental en diversos aspectos de la vida cotidiana, incluyendo el ámbito de la salud. En situaciones críticas como la RCP, estas aplicaciones ofrecen beneficios significativos al facilitar el acceso inmediato a información esencial y protocolos actualizados, estas aplicaciones móviles diseñadas específicamente para la reanimación proporcionan instrucciones paso a paso sobre cómo realizar compresiones torácicas y ventilaciones de manera adecuada, basadas en algoritmos actualizados de RCP. Esta funcionalidad permite a los usuarios actuar con mayor confianza y eficacia ante un paro cardíaco repentino (Semeraro et al., 2011).

Además, muchas de estas herramientas digitales incorporan recordatorios periódicos para fomentar la actualización de habilidades y conocimientos en RCP. Algunas aplicaciones permiten registrar los eventos presenciados y las maniobras realizadas, lo que facilita el análisis posterior y contribuye a la mejora continua de los protocolos de reanimación.

Otra funcionalidad destacada es la posibilidad de enviar alertas automáticas a los servicios de emergencia o a contactos predefinidos al detectar una situación crítica. Asimismo, algunas aplicaciones integran la localización del desfibrilador externo automático (DEA) más cercano, optimizando la respuesta en los primeros minutos críticos tras un paro cardíaco.

Telemedicina

La telemedicina y la reanimación cardiopulmonar básica (RCP básica) son dos áreas que han experimentado avances significativos y que se integran de manera complementaria en el contexto de la atención médica de emergencia. La telemedicina, entendida como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para prestar servicios médicos a distancia, ha demostrado ser una herramienta eficaz en diversos entornos, incluidos los relacionados con la atención de urgencias (Douma et al., 2023).

En el ámbito específico de la RCP, la telemedicina puede desempeñar un papel clave tanto en la educación de la comunidad como en la capacitación continua de los profesionales de la salud. Mediante plataformas digitales, es posible ofrecer cursos, talleres y sesiones interactivas que permiten la actualización de conocimientos sin la necesidad de acudir presencialmente a centros de formación. Este enfoque facilita un acceso más amplio, especialmente en regiones alejadas o con recursos limitados, mejorando así la preparación de la población general para actuar ante un paro cardíaco (Gino et al., 2023).

Realidad virtual y aumentada

La realidad aumentada (RA) se ha consolidado como una tecnología innovadora y prometedora en el ámbito de la RCP al ofrecer nuevas posibilidades para optimizar la precisión y la eficacia en la enseñanza y ejecución de esta técnica vital. La integración de RA en la formación en reanimación ha demostrado tener un impacto significativo tanto en la preparación de los profesionales de la salud como en la respuesta de los primeros auxilios en situaciones de emergencia (Castillo et al., 2023; Alcázar Artero et al., 2023).

Este tipo de herramientas permite simular escenarios de emergencia de manera realista, generando entornos inmersivos en los que los usuarios pueden practicar y

perfeccionar sus habilidades. La RA ofrece instrucciones visuales guiadas paso a paso, retroalimentación inmediata y la posibilidad de recrear situaciones clínicas complejas, lo que favorece el aprendizaje significativo y la retención de conocimientos a largo plazo (Bruno et al., 2022; Semeraro et al., 2017; Katz et al., 2020).

Además, la capacidad de la RA para adaptarse a diversos niveles de experiencia la convierte en una opción eficaz para la capacitación masiva de la población general, promoviendo una mayor preparación comunitaria para actuar ante un paro cardíaco, su implementación en programas de entrenamiento representa un avance sustancial en el enfoque educativo hacia la reanimación cardiopulmonar.

Robótica y RCP

La robótica ha emergido como una innovación tecnológica con gran potencial para optimizar la atención en emergencias médicas, particularmente en el contexto de la (RCP). La integración de robots en situaciones críticas ha demostrado beneficios significativos, como la capacidad de realizar compresiones torácicas de alta calidad de forma constante, responder de manera inmediata y reducir la exposición al riesgo de los profesionales sanitarios (Teng, Ding & See, 2022).

Entre los avances más prometedores en esta área se encuentra el uso de drones para apoyar la atención en casos de paro cardíaco extrahospitalario. Gracias a su capacidad para volar a gran velocidad y acceder a zonas remotas o de difícil acceso, los drones representan una herramienta eficaz para reducir los tiempos de respuesta en emergencias. Equipados con desfibriladores automáticos externos (DEA) y kits de RCP, estos dispositivos pueden llegar al lugar de los hechos antes que los servicios de emergencia tradicionales (Liu et al., 2023; Ryan, 2021).

Además de la entrega de equipos, los drones pueden incorporar cámaras y sistemas de comunicación bidireccional que permiten a profesionales de la salud brindar asistencia remota en tiempo real. A través de transmisión de video y audio, los expertos pueden evaluar la escena, guiar a los testigos en la realización de

maniobras de RCP y supervisar el progreso hasta la llegada del equipo médico (Kim et al., 2021; Kienbacher et al., 2024; Starks et al., 2024).

Es importante subrayar, que estos desarrollos tecnológicos no reemplazan la atención médica presencial ni la pericia clínica. Más bien, constituyen herramientas complementarias que pueden facilitar una intervención temprana y aumentar las probabilidades de supervivencia. Su incorporación en los sistemas de emergencia requiere protocolos claros, validación científica rigurosa y supervisión ética en el uso de datos y tecnologías.

DISCUSIÓN

La RCP, como técnica fundamental en la atención de paro cardíaco, ha demostrado mejorar las tasas de supervivencia cuando se realiza de manera oportuna y eficaz. En este sentido, la formación en esta materia para la población general es una prioridad, ya que la mayoría de los paros cardíacos ocurren fuera del hospital, donde los testigos inmediatos son los primeros en intervenir. Diversos estudios han demostrado que la falta de conocimientos y habilidades en estas técnicas de supervivencia entre los ciudadanos reduce drásticamente las posibilidades de supervivencia, especialmente en países en vías de desarrollo, donde los sistemas de salud enfrentan barreras de acceso y formación.

Las tecnologías emergentes ofrecen una respuesta a estas limitaciones al ampliar la capacitación y mejorar la calidad de la RCP. El uso de simulaciones con alta fidelidad y la realidad aumentada, por ejemplo, están revolucionando la enseñanza al crear entornos de aprendizaje inmersivos y realistas. Estas herramientas permiten que tanto profesionales como población general adquieran habilidades prácticas que imitan con precisión situaciones de emergencia reales. La formación no solo se vuelve más accesible, sino que también es posible practicar de manera continua, lo que refuerza la competencia de los aprendices.

Por su parte la inteligencia artificial ha sido una de las principales innovaciones en diversas áreas de la medicina, y en el campo de la reanimación cardiopulmonar,

sus aplicaciones tienen el potencial de mejorar significativamente tanto el diagnóstico como la intervención. Al analizar grandes volúmenes de datos clínicos, como electrocardiogramas y signos vitales, la IA puede identificar patrones que indican un paro cardíaco inminente o situaciones de riesgo. Esta capacidad de detección temprana es crítica, ya que en muchos casos el paro cardíaco es precedido por señales sutiles que los médicos o paramédicos pueden pasar por alto.

Sin embargo, es necesario señalar los desafíos que surgen con la introducción de la IA en un entorno de emergencia tan sensible como la RCP. Aunque los algoritmos pueden procesar grandes cantidades de datos, la fiabilidad de sus predicciones depende de la calidad de los datos con los que se entrenan. En escenarios clínicos reales, la precisión de la IA puede verse afectada por variaciones individuales en los pacientes o por limitaciones en el acceso a datos en tiempo real. Además, confiar en recomendaciones automatizadas podría llevar a una dependencia excesiva de la tecnología, reduciendo el rol del juicio clínico humano, lo que plantea dilemas éticos sobre la toma de decisiones asistidas por máquinas.

En una era donde el acceso a dispositivos móviles es casi universal, las aplicaciones móviles han emergido como herramientas poderosas para la formación y respuesta inmediata ante situaciones de paro cardíaco. Estas aplicaciones pueden ofrecer instrucciones paso a paso sobre cómo realizar la RCP, recordatorios para actualizar conocimientos, y notificaciones automáticas a servicios de emergencia. Además, algunas aplicaciones son capaces de guiar a los usuarios hacia los desfibriladores externos automáticos más cercanos, lo que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en situaciones de emergencia.

Es por ello que el impacto potencial de estas tecnologías es notable, ya que permite que personas sin formación médica previa puedan intervenir eficazmente. Pero, uno de los mayores desafíos es garantizar la adopción generalizada de estas aplicaciones ya que, aunque son accesibles en muchas áreas urbanas, las poblaciones rurales o de bajos recursos pueden no tener acceso a la tecnología móvil o a la infraestructura necesaria para garantizar su uso efectivo. Asimismo, la

eficacia de estas aplicaciones depende de que los usuarios estén dispuestos a intervenir, lo que requiere campañas de concientización más amplias y sostenidas.

Similarmente la telemedicina se ha consolidado como una herramienta valiosa en la capacitación y supervisión remota, permitiendo que los profesionales de la salud puedan entrenar a personas en áreas rurales o remotas sin necesidad de desplazarse físicamente. En el caso de la RCP, la telemedicina puede servir para ofrecer formación continua y actualizaciones en protocolos, lo que es clave para garantizar una atención adecuada y oportuna en situaciones de emergencia. Más allá de la educación, la telemedicina puede permitir la supervisión en tiempo real de intervenciones durante paros cardíacos a través de dispositivos móviles y cámaras, lo que brinda una oportunidad única para guiar a los testigos de un paro cardíaco en la realización de RCP. Esta tecnología enfrenta barreras como la conectividad en áreas rurales y la necesidad de un ancho de banda robusto para transmitir datos de manera eficaz en tiempo real.

En los últimos años, la robótica ha ganado terreno en la medicina de emergencia, y en el contexto de la RCP, los robots han sido diseñados para realizar compresiones torácicas de alta calidad de manera automatizada. Estas máquinas ofrecen una ventaja significativa: son capaces de mantener la calidad y consistencia de las compresiones a lo largo del tiempo, superando las limitaciones físicas de los humanos, quienes tienden a fatigarse rápidamente. En situaciones críticas, como las de paros prolongados, esta tecnología podría incrementar las tasas de supervivencia. No obstante, la introducción de la robótica en la RCP también tiene sus complejidades.

Si bien los robots pueden reemplazar las tareas mecánicas, como las compresiones torácicas, no pueden reemplazar la toma de decisiones clínicas ni adaptarse a situaciones inesperadas. La presencia de un robot en el entorno de emergencia debe ser siempre complementaria a la atención proporcionada por profesionales capacitados, y nunca un sustituto. Además, su implementación

enfrenta desafíos económicos y logísticos, particularmente en regiones con recursos limitados.

CONCLUSIONES

Las innovaciones tecnológicas, desde la IA hasta la robótica y la realidad aumentada, están transformando el panorama de la reanimación cardiopulmonar y ofreciendo nuevas oportunidades para salvar vidas ya que su uso muestra beneficios potenciales en términos de respuesta rápida, suministro de equipos y supervisión remota. El entrenamiento de la población general con estas herramientas ha demostrado que puede maximizar la respuesta efectiva en la RCP realizada en el medio extrahospitalario. Sin embargo, también plantea desafíos éticos y prácticos, como preocupaciones de privacidad, limitaciones de capacidad y alcance, y consideraciones de seguridad. Además, se deben abordar consideraciones prácticas y de implementación, como costos, aceptación y coordinación con el sistema de atención de emergencia.

La colaboración entre profesionales médicos, expertos en tecnologías y reguladores es fundamental para garantizar una implementación efectiva y ética de estas herramientas en la capacitación de la población y en la atención de emergencia en el hogar de nuestros adultos mayores, así de esta forma se pueden mejorar los resultados de la RCP en beneficio de ellos.

REFERENCIAS

Alcázar Artero, P. M., Pardo Rios, M., Greif, R., Ocampo Cervantes, A. B., Gijón-Nogueron, G., Barcala-Furelos, R., et al. (2023). *Efficiency of virtual reality for cardiopulmonary resuscitation training of adult laypersons: A systematic review*. *Medicine (Baltimore)*, 102(4), e32736. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032736>.

- Bruno, R. R., Wolff, G., Wernly, B., Masyuk, M., Piayda, K., Leaver, S., et al. (2022). *Virtual and augmented reality in critical care medicine: The patient's, clinician's, and researcher's perspective*. Critical Care, 26(1), 326.
- Castillo, J., Rodríguez-Higueras, E., Belmonte, R., Rodríguez, C., López, A., & Gallart, A. (2023). *Efficacy of virtual reality simulation in teaching basic life support and its retention at 6 months*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(5), 4095. Disponible en URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054095>.
- Chin, K. C., Hsieh, T. C., Chiang, W. C., Chien, Y. C., Sun, J. T., Lin, H. Y., et al. (2021). *Early recognition of a caller's emotion in out-of-hospital cardiac arrest dispatching: An artificial intelligence approach*. Resuscitation, 167, 144–150. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.08.032>.
- Douma, M. J., Picard, C. T., Brindley, P. G., & Gibson, J. (2023). *The experience of online cardiac arrest video use for education and research: A qualitative interview study completed in partnership with survivors and co-survivors*. Resuscitation Plus, 14, 100394. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100394>.
- Faddy, S. C. (2002). *Towards new models of cardiopulmonary resuscitation teaching: The role of practical scenario training on surf lifesavers' perceptions of resuscitation efficacy*. Resuscitation, 53(2), 159–165.
- Gino, B., Siraj, S., Peixoto, M., Benson, A., & Dubrowski, A. (2023). *Comparing learning outcomes in cardiopulmonary resuscitation (CPR) and/or automated external defibrillator (AED) training for laypeople in face-to-face, online, and mixed training methods: An integrative literature review*. Cureus, 15(5), e38489.
- Harford, S., Del Rios, M., Heinert, S., Weber, J., Markul, E., Tataris, K., et al. (2022). *A machine learning approach for modeling decisions in the out of hospital cardiac arrest care workflow*. BMC Medical Informatics and Decision Making, 22(1), 21.

- Katz, D., Shah, R., Kim, E., Park, C., Shah, A., Levine, A., et al. (2020). *Utilization of a voice-based virtual reality advanced cardiac life support team leader refresher: Prospective observational study*. Journal of Medical Internet Research, 22(3), e17425. Disponible en URL: <https://doi.org/10.2196/17425>.
- Kienbacher, C. L., Schreiber, W., Herkner, H., Holzhacker, C., Chwojka, C. C., Tscherny, K., et al. (2024). *Drone-facilitated real-time video-guided feedback helps to improve the quality of lay bystander basic life support: A randomized controlled simulation trial*. Prehospital Emergency Care, 1–7.
- Kim, H. J., Kim, J. H., & Park, D. (2021). *Comparing audio- and video-delivered instructions in dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation with drone-delivered automatic external defibrillator: A mixed methods simulation study*. PeerJ, 9, e11761.
- Liu, X., Yuan, Q., Wang, G., Bian, Y., Xu, F., & Chen, Y. (2023). *Drones delivering automated external defibrillators: A new strategy to improve the prognosis of out-of-hospital cardiac arrest*. Resuscitation, 182, 109669.
- Lopez-Jaramillo, P., Lopez-Lopez, J., Cohen, D., Alarcon-Ariza, N., & Mogollon-Zehr, M. (2021). *Epidemiology of hypertension and diabetes mellitus in Latin America*. Current Hypertension Reviews, 17(2), 112–120.
- Nikolaj Blomberg, S., Jensen, T. W., Porsborg Andersen, M., Folke, F., Kjær Ersbøll, A., Torp-Petersen, C., et al. (2023). *When the machine is wrong: Characteristics of true and false predictions of out-of-hospital cardiac arrests in emergency calls using a machine-learning model*. Resuscitation, 183, 109689. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109689>.
- Ryan, J. P. (2021). *The feasibility of medical unmanned aerial systems in suburban areas*. American Journal of Emergency Medicine, 50, 532–545.
- Semeraro, F., Scapigliati, A., Ristagno, G., Luciani, A., Gandolfi, S., Lockey, A., et al. (2017). *Virtual reality for CPR training: How cool is that? Dedicated to the «next generation»*. Resuscitation, 121, e1–e2.

- Semeraro, F., Taggi, F., Tammaro, G., Imbriaco, G., Marchetti, L., & Cerchiari, E. L. (2011). *iCPR: A new application of high-quality cardiopulmonary resuscitation training*. *Resuscitation*, 82(4), 436–441.
- Starks, M. A., Chu, J., Leung, K. H. B., Blewer, A. L., Simmons, D., Hansen, C. M., et al. (2024). *Combinations of first responder and drone delivery to achieve 5-minute AED deployment in OHCA*. *JACC: Advances*, 3(7), 101033. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2024.101033>.
- Teng, R., Ding, Y., & See, K. C. (2022). *Use of robots in critical care: Systematic review*. *Journal of Medical Internet Research*, 24(5), e33380. Disponible en URL: <https://doi.org/10.2196/33380>.
- Viderman, D., Abdildin, Y. G., Batkuldinova, K., Badenes, R., & Bilotta, F. (2023). *Artificial intelligence in resuscitation: A scoping review*. *Journal of Clinical Medicine*, 12(6), 2254. Disponible en URL: <https://doi.org/10.3390/jcm12062254>.



Pesebre Club de adultos mayores Mis Años Inolvidables Cástulo Mármol Ferrer Coro estado Falcón.
Fuente Propia (2024)

EL SENTIR EMOCIONAL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO INVISIBLE DEL ADULTO MAYOR.

Otero Díaz, Norka Tahiry¹ Colina Salazar, Amelia Celia²

simpca@hotmail.com <https://orcid.org/0009-0002-07-10-9837>¹
ameliacolina@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-1348-414X>²

Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada (UNEFA).
Decanato de Postgrado. Programa de Doctorado en Ciencias Gerencias.
Santa Ana de Coro estado Falcón Venezuela.

RESUMEN

El cuidado invisible del adulto mayor son acciones realizadas por enfermeras que trascienden las técnicas procedimentales, destacando el humanismo y las emociones en la relación enfermera-paciente. Este estudio explora el sentir emocional de las enfermeras durante el cuidado invisible, fundamentado en las teorías de Florence Nightingale, Jean Watson y Hildegard Peplau. A través de entrevistas a profundidad con tres enfermeras con más de 30 años de experiencia, se analizan los valores y emociones que emergen en el cuidado del adulto mayor. Los hallazgos revelan la importancia de la empatía, la vocación de servicio y la ética en el ejercicio profesional, destacando el impacto de la deshumanización en el entorno hospitalario. Este trabajo busca promover un cuidado más humanizado y compasivo hacia esta población vulnerable.

Palabras clave: empatía, vocación, ética, humanismo, envejecimiento.

THE EMOTIONAL EXPERIENCE OF NURSES IN THE INVISIBLE CARE OF THE ELDERLY

ABSTRACT

Invisible care for the elderly involves actions by nurses that transcend procedural techniques, emphasizing humanism and emotions in the nurse-patient relationship. This study explores nurses' emotional experiences during invisible care, grounded in the theories of Florence Nightingale, Jean Watson, and Hildegard Peplau. Through in-depth interviews with three nurses with over 30 years of experience, the study examines the values and emotions that emerge in elderly care. Findings highlight the importance of empathy, service vocation, and ethics in professional practice, addressing the impact of dehumanization in hospital settings. This work aims to foster more humanized and compassionate care for this vulnerable population.

Keywords: empathy, vocation, ethics, humanism, aging.

INTRODUCCION

Para el año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificó a las personas de 60 a 74 años de edad como edad avanzada, los de 75 a 90 años son considerados viejos o ancianos, y aquellos que pasan los 90 años de edad se les nomina como grandes viejos o longevos. Dentro de esa clasificación aportada por la OMS (2020) se considera que a partir de los 60 años de edad, una persona biológicamente comienza a presentar un deterioro celular resultado de un acumulo de daños moleculares y cerebrales, estos cambios varían de un adulto mayor a otro, acreditándoles como factores relacionados el estilo de vida, alimentación, relaciones interpersonales, condiciones sociales, ámbito familiar, entre otras, por lo que ese envejecimiento se asocia incluso con las condiciones de trabajo, la jubilación, fallecimiento de familiares, amigos e incluso parejas.

De hecho, durante ese proceso de envejecer inician las afecciones visuales como cataratas, errores de refracción, sequedad ocular, glaucoma, degeneración macular, inicia la osteoartritis, diabetes, problemas depresivos, estados de delirio, demencia senil, caídas, incontinencia urinaria, úlceras por presión, entre muchos otros problemas asociados a este proceso del envejecimiento.

Bajo este panorama; la OMS (2024) refirió que todos los países del mundo están experimentando un aumento acelerado de la población de personas mayores, haciendo en sus estudios prospectivos que para el año 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, lo que hace manifiesto que las instituciones de salud deben contar con personal capacitado que se dedique al cuidado integral de estos adultos mayores, siendo importante en este estudio, protagonista el personal de enfermería.

En este contexto, se prevé que el aumento acelerado de la población de adultos mayores se acrecentará en muchos países, en este sentido, las altas demandas de salud para los adultos mayores demuestran que prospectivamente seguirá en alza y repercutiendo en nuestro país. Es conveniente aclarar que el maltrato de un profesional de la salud, particularmente de un enfermero hacia una persona de edad

avanzada, se evidencia en varios actos recurrentes causando sufrimiento o tomando medidas desacertadas y deshumanizando a esta población vulnerable.

En consecuencia, pretendo develar el sentir emocional de la enfermera durante ese cuidado que le brinda al adulto mayor, aludiendo a mi experiencia de 32 años de servicio, los cuidados del adulto mayor han venido en declive, manifestado por esa falta de humanidad observada en las áreas clínicas cuando muchas veces la administración de tratamientos, el bañar a ese abuelo, alimentarlo, peinarlo, tocarlo e incluso aplicar el proceso enfermero es incompleto o casi nunca se hace.

Ya en el contexto institucional de salud he observado esos hechos de deshumanización ligados al cuidado invisible y pudiese tener muchos factores relacionados entre ellos: la tecnología misma, cuando los profesionales de enfermería pasan largo tiempo entretenidos con la telefonía móvil, y al entrar al ambiente de hospitalización de ese adulto mayor ni siquiera miran el rostro de aquel abuelo.

Es esa tecnología, quizás el impedimento al acercamiento de humanidad de ese individuo, pasando de forma somera en la atención de esta población e incluso, he observado con preocupación como un hábito de moda que el personal de enfermería durante el tiempo del cuidado del enfermo adulto mayor se inmersa haciendo videos de redes sociales actuales, perdiendo un tiempo valioso en la atención humanizada y el cuidado invisible.

Ante esta situación, es crucial reflexionar sobre cómo puede influir esa incidencia de deshumanización que se asocia al cuidado invisible haciendo un acercamiento transgeneracional de profesionales de enfermería que durante 30 años de experiencia se alistaron a esta carrera caracterizada por el cuidado del enfermo y donde no existe otra manera de hacerlo, sino a través de un sentir de emociones que muestren el amor hacia alguien que no es de tu vínculo sanguíneo pero por el cual se pudiese llegar a abrigar un amor genuino.

Pretendo de alguna manera lograr en ese profesional de enfermería la admisión de esas emociones que lo motivan hacer el bien o el mal por ese adulto mayor, ya

que la omisión, es un daño, y deshumanizar desde el punto de vista moral enmarcado por una norma deontológica es maleficiencia y de algún modo mal trato.

En consecuencia, este trabajo tiene como propósito principal escrudiñar el sentir de la enfermera en el cuidado invisible partiendo del hecho que la primera teoría de la práctica profesional de la Enfermería fue establecida por Florence Nightingale quién ha aplicado sus conocimientos de historia y filosofía al estudio del cuidado de la salud en ambientes saludables constituyéndose tema central en su vida.

Posteriormente han surgido otras teorías que resultan imperantes aplicarlas en el contexto del sentir de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor como son: teoría de Florence Nightingale (1859), el modelo humanístico de Margaret Jean Watson (1979) y teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau.

SUSTENTACIÓN TEÓRICA

Los fundamentos teóricos que dan soporte a este trabajo parten de la teoría de Florence Nightingale (1859), quién a pesar de los años desde que escribió su primer libro *Notas sobre enfermería*, hasta la publicación del modelo humanístico de Jean Watson (1979), y la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau (1952), sus obras no han perdido valor por el contrario; se miden por el alcance que puede tener en la aplicación a este trabajo realizado, en virtud del rigor científico en su construcción a través de la inducción axiomática, causales, entre otros.

Partiendo de esta premisa, Pfettscher (2007) refiere de la teoría de Nightingale a mediados del siglo XIX, la milenaria práctica del cuidado la cual comenzó a encontrar justificación teórica desde ese momento y la apropiación de esa teoría, ha permitido a las enfermeras perfeccionar sus prácticas cotidianas mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos de la realidad en la que están inmersas; pero muy especialmente del objeto de estudio de su ciencia particular: que no es más que el cuidado de las personas, familia y comunidad (p.68, 69).

En base a lo referido, hasta el surgimiento de la profesión, la práctica del cuidado era absolutamente dependiente de las órdenes médicas. Sólo la teoría, ha permitido que enfermería tenga funciones independientes, añadida a la práctica, ha podido fundamentar esas acciones, servirles de guía, para la práctica misma, la educación y la investigación, asociadas a las propias funciones profesionales. Sin teoría no puede haber análisis, razonamiento lógico, ni esclarecimiento de los valores éticos relacionados con el actuar profesional, mucho menos definición de los objetivos de la práctica profesional incluyendo el cuidado invisible a los adultos mayores.

De acuerdo a esto, Marriner (2000), en su obra Modelos y teorías en enfermería, reseña a Florence en la mayoría de sus escritos afirmando que la enfermedad era un proceso reparador o el esfuerzo de la naturaleza para remediar el decaimiento era sanadora y colocaba ese término “naturaleza”, en mayúsculas y denominándola sinónimo de Dios, porque ese término se respaldaba en la creencia religiosa del unitarismo. Sin embargo, cuando usaba ese término “naturaleza” en minúscula no quedaba claro si ella pretendía darle otro significado o si se trataba de un sinónimo de un estado patológico. (p. 66-70).

Cabe resaltar que, Nightingale estaba completamente dedicada a la educación y sus notas para enfermería iban dedicadas a mujeres, su concepción principal giraba en torno a que toda mujer debía recibir formación para poder cuidar un enfermo y la enfermera debía proporcionar atención sanitaria preventiva a través de una amplia formación. Aunque Nightingale consideró al paciente como sujeto pasivo en la relación enfermera-paciente, nunca habló explícitamente de las conductas de cuidado de las enfermeras, por el contrario, asumió como una cualidad intrínseca de una cuidadora y elemento necesario en su teoría, ya que escribió muy poco de la relación interpersonal, excepto cuando éstas influían en los efectos reparadores del paciente.

Otro aspecto para resaltar aquí es que; a mediados del siglo XIX Florence Nightingale expresó su firme convicción sobre conocimiento de la enfermería no sólo

en su práctica pues era intrínsecamente distinta de la ciencia médica. En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera (colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él) y defendió su idea sobre esta profesión alegando en el conocimiento de las personas y su entorno (base de partida diferente a la tradicionalmente utilizada por los médicos para su ejercicio profesional).

Bajo estos postulados, actualmente la teoría del entorno es esencial en el cuidado del adulto mayor. Nightingale creía que un entorno saludable es indispensable para la recuperación y el bienestar del paciente. Por tanto, la práctica de sus postulados durante el cuidado del adulto mayor son referidos en cuanto a entorno físico: ventilación e iluminación, higiene, temperatura, ruido, nutrición, observación, apoyo emocional donde el adulto mayor se sienta seguro y valorado, fomentar la interacción social y la participación en actividades significativas para prevenir el aislamiento y la depresión. La aplicabilidad de su teoría desencadena un entorno donde la promoción de la salud, la comodidad y el bienestar del enfermero son primordiales, sin dejar de lado la atención al entorno físico, la nutrición, la observación y el apoyo emocional.

Sin embargo, en lo referente al cuidado humano me suscribo a lo expuesto por Jean Watson (1979), quien expone el modelo humanístico o la teoría del cuidado humano muy relevante en el cuidado del adulto mayor, ya que se centra en la relación de cuidado y la promoción del bienestar holístico. Watson armoniza la empatía y compasión del adulto mayor, enfatiza la relación enfermera-paciente. Esto es crucial en el cuidado del adulto mayor, ya que muchos pueden sentirse solos, vulnerables o incomprendidos.

En esta idea, me sumo a describir la presencia auténtica, estar presente de manera auténtica y genuina con el adulto mayor, escuchando sus preocupaciones y validando sus sentimientos, puede mejorar su bienestar emocional y al mismo tiempo satisfacer sus necesidades humanas según Neil, R. y Marriner, A. (2007), acotando que Watson en sus conceptos de sensibilidad se inspiró para su trabajo en la fuente

teórica de Abraham Maslow Neil , identificando una jerarquía de necesidades humanas, desde las físicas básicas hasta las de autorrealización. Por consiguiente, en el cuidado del adulto mayor es importante abordar todas estas necesidades para promover su bienestar integral (p.147).

Considero además el entorno de cuidado, promoviendo la comodidad, la seguridad y la dignidad del adulto mayor como elemento fundamental. Esto incluye aspectos como la higiene, la nutrición, el descanso y la estimulación mental. Con respecto a la transpersonalidad nos conectamos a través de un vínculo profundo como lo expuso Neil, R. y Marriner, A. (2007), cuando habla de la importancia de una conexión transpersonal entre la enfermera y el paciente, donde ambos se ven como seres únicos y valiosos. Esta conexión puede fomentar la curación y el crecimiento personal (p. 150-151).

La intención de cuidar y promover el bienestar del adulto mayor debe ser genuina y sincera. Esto se transmite a través de las acciones y las palabras de la enfermera durante el cuidado del adulto mayor al centrarse en la esencia de ese cuidado, la satisfacción de las necesidades humanas y la promoción de la transpersonalidad. Implicando ser empático, compasivo, auténtico y estar presente para el adulto mayor, bajo un entorno de cuidado que promueva su bienestar físico, emocional y espiritual.

Además de las teorías anteriormente expuestas, me remito a la teoría de Hildegard E. Peplau (1992), referida a las relaciones interpersonales la cual se centra en la importancia de la enfermera (o) en el proceso interpersonal definido éste como terapéutico, en la obra eoría y teorías intermedias; ella enfatizó la relación enfermera-paciente como base práctica de la profesión. Lo que puedo inferir sobre la teoría que expone Peplau es que esa teoría intermedia supone encontrar un medio de conexión entre la enfermera y el paciente.

En este orden de ideas, Chérie Howk (2007), reseña estos postulados tal cual en su forma lógica y utiliza un enfoque inductivo a la construcción de la teoría estableciendo de manera inductiva generalidades empíricas de sucesos

organizándose en un componente mayor, formando relaciones lógicas y completas que describen las conductas provocadas en la interacción enfermera-paciente. (p.381)

Es más, Chérie Howk (2007) sigue analizando a Peplau (1992), y declara un modelo interpersonal abarcando cuatro componentes: la persona, referido al organismo en desarrollo que trata de reducir la ansiedad causada por las necesidades; el entorno, hace alusión a fuerzas existentes fuera de la persona y puestas en el contexto de la cultura; la salud, es un símbolo verbal que implica un movimiento hacia adelante de la personalidad y finalmente la enfermería, señalado como proceso interpersonal terapéutico significativo que funciona en cooperación con otro proceso humano haciendo posible la salud de los individuos en las comunidades, enfatizando la necesidad de una asociación entre la enfermera y el paciente (p.382-383).

Al mismo tiempo, Peplau identifica cuatro fases secuenciales en la relación interpersonal: orientación, identificación, explotación y resolución, es decir, una relación profesional y planificada entre el paciente y la enfermera que se centra en las necesidades, sentimientos, problemas e ideas del adulto mayor implicando la interacción enfermera-adulto mayor con un objetivo común, que no es otro que el lograr el cuidado a través de un patrón secuencial de pasos para estos adultos mayores (p.382).

En ese contexto del adulto mayor, puedo decir que en la cita de Chérie Howk (2007), Peplau (1965) en su obra "El corazón de la enfermería: Relaciones interpersonales" describe las relaciones de varias maneras, una de ellas es el establecimiento de confianza; los adultos mayores a menudo enfrentan vulnerabilidades debido a problemas de salud, soledad o pérdida de independencia. Entablar una relación de confianza es crucial para que se sientan seguros y cómodos al compartir sus preocupaciones y necesidades, seguido está la comunicación efectiva, ya que la teoría de Peplau destaca la importancia de la comunicación bidireccional. En este sentido, escuchar activamente al adulto mayor, validar sus

sentimientos y proporcionar información clara y comprensible son aspectos claves para el cuidado (p.379, 380).

Sobre lo referido, destaco la promoción de la Independencia relacionando su enfoque al adulto mayor con la promoción de la independencia y la autonomía en la medida de lo posible ayudando en gran medida a mantener su autoestima y calidad de vida. Es así como se proporciona un marco valioso para la atención de éste y al centrarse en la relación terapéutica, la comunicación efectiva y la promoción del bienestar integral, importa subrayar, que, en el proceso de identificación de necesidades del adulto mayor a través de la interacción, la enfermera puede identificar las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente permitiendo un plan de atención más personalizado y efectivo. Por otro lado, la resolución de problemas por medio de la relación terapéutica facilita la solución de complicaciones con la salud, el bienestar y la adaptación a los cambios en la vida del adulto mayor.

En la dimensión emocional acudo a Max Scheler (1996) para argumentar el valor del sentir emocional de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor, porque la teoría del autor emplaza en el centro vivo de la persona individual de cada uno los cuidados de la comunidad y sus formas, ha de rechazar con energía, e incluso con aspereza, cualquier dirección del ethos que haga depender el valor de la persona, esencial y originariamente de su relación con un mundo de bienes y una comunidad que existe independiente de aquella persona, o bien permite que ese valor sea absorbido por aquellas “relaciones” (p.31).

Max Scheler, aunque no se centró específicamente en la enfermería, su fenomenología de los sentimientos y valores puede aplicarse para entender la experiencia emocional de una enfermera al cuidar a un adulto mayor. Scheler destaca que los sentimientos no son meras reacciones subjetivas, sino que tienen una estructura y una jerarquía de valores inherentes.

Bajo este escenario, se podría argumentar que la enfermera experimenta una gama de sentimientos que están intrínsecamente ligados a los valores que percibe en el acto de cuidar. Algunos puntos clave desde la perspectiva de Scheler serían:

Empatía y Compasión: La enfermera, al conectar emocionalmente con el adulto mayor, puede experimentar empatía, que es la capacidad de sentir y comprender los sentimientos del otro. Esta empatía está ligada al valor que la enfermera otorga al bienestar y la dignidad del adulto mayor. Valores Morales: El acto de cuidar está imbuido de valores morales como la bondad, la justicia y la responsabilidad.

La enfermera, al actuar conforme a estos valores, experimenta una satisfacción emocional que Scheler describiría como un sentimiento de valor positivo. Jerarquía de Sentimientos: Scheler denota jerarquía de sentimientos, donde algunos son más elevados que otros. En el cuidado invisible del adulto mayor, la enfermera puede experimentar sentimientos de alegría y satisfacción al ver mejoras en ellos, pero también puede enfrentar sentimientos de tristeza y frustración ante el sufrimiento o el deterioro. Amor y Cuidado: el amor en el sentido de Scheler, no es solo un sentimiento romántico, por el contrario, es una forma de valorar y afirmar la existencia del otro. La enfermera, al cuidar con dedicación y cariño al adulto mayor, está manifestando una forma de amor que trasciende lo puramente profesional.

En resumen, Scheler por medio de sus postulados le aporta al sentir de la enfermera en el cuidado invisible a través de la experiencia emocional una compleja interacción de sentimientos y valores. La enfermera no solo reacciona emocionalmente, sino que también valora y responde a la situación del paciente de una manera la cual refleja su propia jerarquía de valores y compromiso con el bienestar del otro.

METODOLOGÍA

En cuanto la metódica empleada se suscribe al paradigma interpretativo Denzin y Lincoln (1994) enfoque cualitativo bajo un constructo que parte de experiencias sistematizadas, cuya naturaleza es reflexiva que deriva en la imperiosa necesidad de develar el sentir emocional de la enfermera durante aquellas acciones que contribuyen a la salud o a la recuperación de un individuo.

Este estudio se alinea al área salud y envejecimiento específicamente a la línea apoyo social. Centrado en la comprensión profunda de la experiencia vivida durante 32 años de servicio a través de la observación del ejercicio de profesionales enmarcado en la transcendencia del tiempo cuando en mi ejercicio observo en retrospectiva a ese adulto mayor con empatía y con una actitud de apertura familiar sintiendo en mi ser a un padre, madre o el abuelo de alguien y los identifico como si fueran mis padres. Armonizando en el sentir de prestarles atención no solo a sus palabras, sino también a sus expresiones faciales, lenguaje corporal y tono de voz para intentar captar la totalidad de su experiencia, incluyendo sus emociones, pensamientos y sensaciones físicas.

Considero además, la entrevista en profundidad de acuerdo Taylor y Bogdan, R. (1992) es la herramienta de excavar permitiendo explorar la sensibilidad de mis colegas enfermeras en el cuidado invisible del adulto mayor empleando un guion de preguntas que le permitan expresar sus sentimientos y pensamientos de manera libre y espontánea despojándome de mis propias ideas o juicios, para poder así, realizar un análisis fenomenológico a través del análisis de los protocolos de investigación y matrices de contenido como se muestran en el Cuadro 1, por cada informante para identificar patrones recurrentes en el sentir de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor y buscar los significados esenciales que subyacen a sus palabras y/o acciones. Se empleó además la reducción fenomenológica para suspender mis propios prejuicios y suposiciones.

Cuadro 1. Matriz de contenido para el tratamiento de los datos

Título del artículo: "El sentir emocional de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor". Código Informante: NIVELES DE COMPRENSIÓN				
Categoría del foco de estudio	Descripción	Análisis	Explicitación	Comprensión
	Las descripciones donde se reflejan las conexiones recíprocas de las esencias, actos y esencias de las cosas, sin separarlos de los valores. Es la caracterización y definición del orden de los valores, de su relación de superioridad e inferioridad (relación jerárquica: el ordo amoris)	En el análisis se aprehenden las relaciones de los sujetos entre sí y con las cosas, sus motivaciones y determinaciones recíprocas, sus intereses y metas, sus valores fundamentales etc., de acuerdo con lo que podemos explicitar y comprender por medio de una asociación con las relaciones que tienen lugar en la propia comunidad.	Se explicita cómo se configuran y reconfiguran las personas individuales, las personalidades de orden superior, y las objetivaciones culturales, esto es, explicitar cómo se desenvuelve en cada caso la transmisión de sentido de los valores y la ordenación jerárquica de las cualidades de los valores materiales.	Comprensión como captación de la esencia de la conciencia en sí misma, cuya génesis es la descripción de la presencia del hombre en el mundo y la presencia del mundo para el hombre. La comprensión fundada en la descripción y en el sentido de la teoría Para la generación de teoría sobre las cualidades de los valores, propiedades y conexiones recíprocas

Fuente: Otero y Colina (2025)

Adicional a ello, se discurrió la interpretación reflexiva de los hallazgos a la luz de la fenomenología de Scheler (1948), como vía de acceso para el tratamiento de la data, prestando especial atención a sus conceptos claves como lo son: la jerarquía de valores, la empatía y la intencionalidad emocional. Reflexionando sobre cómo los valores y las emociones del adulto mayor influyen en la enfermera cuando presta sus cuidados humanizados e invisibles al adulto mayor. Los criterios de rigurosidad se evidenciaron por medio del consentimiento informado con las enfermeras para verificar si los protocolos de información reflejaban con precisión su sentir y la triangulación por informante y triangulación teórica lo que permitió contrastar la emergencia de lo develado.

Esto admitió corregir o aclarar cualquier aspecto que no haya sido comprendido correctamente. La validación con las enfermeras es fundamental para asegurar la autenticidad y la relevancia de esta investigación. Al seguir esta metodología, se podrá obtener una comprensión más profunda y significativa del sentir de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor, lo que permitió brindar un cuidado más personalizado y compasivo.

HALLAZGOS

Como punto de partida del tratamiento del tema abordado, se encuentran la definición conceptual de las categorías develadas durante la entrevista referida al “Sentir Emocional de la Enfermera en el Cuidado Invisible del Adulto Mayor”, y de la cuales se desprenden “sentir emocional” y “cuidado invisible”. Cuyas derivaciones son útiles en este artículo, por medio de captos extraídos de los entrevistas realizadas y registradas en la matriz de contenido de la siguiente manera:

En referencia a la dimensión sentimiento, los informantes expresaron el amor que puede brindar una enfermera a través del cuidado invisible manifestado en el sentir de la inspiración y entusiasmo comparándolo al sentir de enamorarse, como un estado emocional intenso caracterizado por una profunda atracción y afecto hacia otra persona que no es de su familia. Envolviendo sentimientos de alegría, deseo, admiración y una fuerte conexión emocional que la identifica con la carrera. Entre algunas de las expresiones declaras está:

...amo, amo ser enfermera y todavía no tengo atención directa, pero hago el énfasis cuando estoy con mis estudiantes, me desvivo, y por eso yo digo que tengo ahínco, me desvivo cuando estoy en mis pasantías, me pongo una bata y me pongo con mis estudiantes a bañar, a acomodar pacientes, a darle comida, a hacerle movimiento, ejercicio, a caminarlos, a hacerlo lo que sea. (ENE01, 70-77)

Yo cuando niña fui sentimental, era así pues yo era sentimental, bondadosa, muy cariñosa y me gustaba ayudar a las personas, cuidaba a los animalitos y eso. Mis estudios de primaria fueron en un colegio salesiano y por supuesto ellos fomentaron el ayudar al prójimo. (ENE01, 35-39).

En estas líneas coincido en cuanto al sentimiento que se expone en la teoría de Watson (1989,p.151) quien identifica entre sus diez factores caritativos centrales en su teoría, el quinto denominado: Promoción y aceptación de expresiones y sentimientos positivos y negativos, cuando alude ese hecho de compartir sentimientos positivos en este caso, incluyendo la formación de sistemas de valores humanísticos-altruistas, la instilación de fe y esperanza, y el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

La comprensión de esa pasión de atender al ser humano, brindarle bienestar y confort, y hablarle con palabras bonitas expresada por la enfermera pone en evidencia su gran corazón, una verdadera vocación de servicio y pasión por la carrera de enfermería es elemental en el ejercicio. Desde esta óptica, se manifiesta la esencia de ser enfermera(o), atraer una fuerza inspiradora llamada vocación. Se puede decir que no se trata de un amor efusivo por el trabajo desempeñado, en absoluto, debe ser algo intrínseco desde ser estudiante de enfermería hasta servir a través de su carrera, queriendo ser cada día mejor profesional con sentido de pertinencia, desarrollando las competencias necesarias para ejercer su profesión y por lo tanto brindar un cuidado humanizado al paciente.

Puedo así referenciar a Scheler cuando afirmó que la persona es la unidad de ser concreta y esencial de actos de la esencia más diversa [...] el ser de la persona 'fundamenta' todos los actos esencialmente diversos Scheler afirma que "la persona existe y se vive únicamente como ser realizador de actos, y de ningún modo se halla tras de éstos, o sobre ellos" (Scheler, 1948, p. 73), de ahí que la persona, como unidad concreta de actos, es una estructura funcional, un conjunto de actos en unidad estructural, es la persona misma la que está viviendo en cada uno de sus actos, empapa por completo cada uno de ellos con su peculiaridad.

En referencia otra manifestación de un informante expresa:

...iba creciendo en mí esa pasión, esa pasión por enfermería, por atender al ser humano por darle bienestar y confort en el sitio donde estaba por hablarle decirle cosas bonitas. (ENE03:60-62).

Ante lo expresado considero que se postula el amor incondicional y el cuidado como una pasión, un elemento esencial para el sentir de la enfermera dentro de las actividades de cuidar. En tal sentido, la pasión es un móvil para su ejercicio según Scheler (1971, p.329), es un componente esencial de la vida humana que está intrínsecamente ligada a nuestros actos y a la realización personal. No es algo externo, sino que influye profundamente en nuestras acciones, moldeando nuestra conducta moral.

Scheler explora el "ordo amoris", que es el orden jerárquico de los valores que cada persona encarna. La pasión se convierte en el motor que nos impulsa a actuar de acuerdo con esta jerarquía, buscando un sentido más elevado en la existencia. Así mismo, cuando la informante ENE01 devela: "no se cuida lo que no se ama. Y yo amo ser eso, ser enfermera, porque es la única profesión que te da para tú estar de tú a tú con el paciente. (p.47-49).

Este sentimiento de amor se refleja en el cuidado del paciente, por medios de las acciones de cuidado hacia el adulto mayor y que están vinculadas a lo que Max Scheler señala "el amor ama y ve en el amar algo más que lo que tiene y posee en sus manos. Puede fatigarse el impulso que lo desencadena; pero el amor mismo no se fatiga" (Scheler, 1948, p.49). En efecto, habló sobre cómo el amor es fundamental para el cuidado.

Scheler estaría de acuerdo en lo planteado anteriormente, puesto que su pensamiento sobre el amor es la base de nuestra capacidad para valorar y cuidar de algo o alguien. En tal sentido, ese amor por la enfermería permite la conexión de manera auténtica y profunda con los pacientes, ofreciéndoles un cuidado que va más allá de lo técnico, de aplicar el proceso enfermero a través de la NANDA (sigla de North American Nursing Diagnosis Association, que en español significa Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), es una actuación más espiritual, un cuidado invisible, que se convierte en una experiencia humana significativa.

Bajo este planteamiento filosófico del amor expresado por Scheler en su teoría se pueden distinguir dos horizontes: primero la concepción del amor que no suprime la realidad individual ni la autonomía de las personas que se aman, sino que es una acción que refuerza la independencia de autonomía mediante ese intercambio recíproco de sentimientos germinados entre enfermera-paciente cuando brinda sus cuidados al adulto mayor. Dentro de esos sentimientos dimensionales los informantes develaron, además, el porte del uniforme blanco representa un sentimiento, un símbolo de entrega desde su alma, una pulcritud, pudiéndose comparar con el vínculo del matrimonio, o con el cruce de anillos que portan los esposos como símbolo de amor durante su vida, así es este amor por la profesión de enfermería.

Bajo este precepto acudo a Scheler para referir: "La persona es un valor por sí misma"; esta frase enunciada puede servir para enfrentar el análisis de su concepto de persona como un valor en sí misma y por sí misma, no sólo a nivel individual, sino también social, analizando su exposición descriptiva del sentido de la afirmación unida al amor, siendo éste su valor primordial. El amor preside la vida de la persona, la sostiene, la conduce a su plenitud y se trasluce en su conducta a través del accionar durante la profesión de enfermería.

En cuanto a la dimensión ética, se consideró un valor invisible del ejercicio profesional, en consecuencia, es vocacional sin exigir pagos extras a un paciente por lo que la enfermera hace por ellos, esa expresión:

Que ahorita cualquiera es enfermero, ¿verdad? Enfermera, enfermero, pero no tienen la vocación de servir, no tienen la vocación de, o sea, yo voy a cumplir un tratamiento y lo primero que pienso son tantos bolívares.... "cualquiera puede ser enfermero" y piensan "son tantos bolívares" (ENE02:55-58).

Lo anteriormente expuesto se aleja de la verdadera vocación de servicio con una marcada distancia de los valores referidos por Scheler los cuales son siempre accesibles sin tenerlos que representar necesariamente como propiedades de las

cosas denotándose que la enfermera puede percibir la mayor altura de valor de una cosa con respecto a las otras, sin tener un conocimiento de las cosas mismas correspondiente a la exactitud o al grado de claridad de tal percepción, si ve en el paciente lucro, solo lo verá como el objeto material y si ha de verlo como ese adulto mayor que te necesita lo veras con la humanidad a través del cuidado invisible humanizado como se merece.

Ahora bien, analizar esta situación implica, además, reconocer que no todos los profesionales de la enfermería comparten la misma pasión y compromiso. De hecho, algunos pueden priorizar el aspecto del valor económico sobre el bienestar del paciente adulto mayor, sobre el valor vocacional lo cual resulta lamentable. Sin embargo, es importante recordar que hay muchos enfermeros y enfermeras que sí poseen esa vocación y se esfuerzan por brindar la mejor atención posible a pesar de las dificultades.

Confrontando un poco lo anteriormente manifestado sobre atender los adultos mayores favoreciendo al de mejor condición, es necesario tener conciencia, es decir, saber distinguir lo correcto de lo incorrecto, el discernimiento que implica reflexionar profundamente y cuidadosamente, para determinar cuál de las opciones es la más acertada; ser prudente en la manera de actuar. En esta consideración, Scheler (1948) destaca la necesidad, de "muchacha más de esa inteligencia" en la enfermería, se refiere a la capacidad de la enfermera para trascender la mera aplicación de técnicas y procedimientos, más bien trasciende hasta lograr la sanación espiritual y no solo física". Por eso hago alusión del informante:

Entonces, ahí necesitan mucho más de esa inteligencia que hablaba yo sobre ser enfermera, esa capacidad de tener la conciencia de lo que estás haciendo y cómo lo estás haciendo. (ENE02:102-105).

Se trata entonces con esta interpretación que hago, de una inteligencia que implica una profunda "conciencia de lo que se está haciendo" (la cursiva es nuestra) y cómo se está haciendo, es decir, una comprensión integral del impacto de sus

acciones en el paciente. Esta conciencia permite a la enfermera conectar con el paciente a un nivel más profundo, ofreciendo un cuidado que no solo alivia el sufrimiento físico, sino que también aborda las necesidades emocionales y espirituales.

En definitiva, los valores acercan a la enfermera y al paciente a la ayuda divina, se convierten en elementos claves para que el enfermero pueda desenvolverse de manera efectiva y eficaz con el paciente, por lo que es preciso tener implícito su ética del cuidado. Ese valor es referido por Max Scheler (1995:98) cuando invoca siempre esta razón para justificar el movimiento dinámico del amor, en su calidad de alto valor de la persona. De forma que su dimensión cognitiva se verifica en la adhesión a su ser metaantropológico, abierto al valor de la verdad integral del hombre, conforme a la dignidad del valor intrínseco de la persona.

De igual manera la dimensión de la ética admite un valor es trascendental puntualizando que la dimensión vocación de servicio se refleja cuando la informante expresa: “si tú no tienes vocación de servicio no puedes estudiar enfermería y yo creo que era un llamado, un llamado de Dios él me capacitó para eso” (ENE02:75-77).

En este sentido, puedo aludir con toda propiedad, primero por los años de servicio en la enfermería, y segundo por la experiencia vivida, si un estudiante no tiene vocación para enfermería, no debe hacerlo, la educación y formación es una combinación de todos los roles de enfermería, tienen que ver con suministro de recursos, de respuestas oportunas, al tratamiento, la que se hace participe con ese adulto mayor quien con su guía, su interés de cuidar, su capacidad, servir de consejera, ayuda a la interrelación enfermera paciente, y si no hay vocación de servicio al hacer el bien como ese llamado de “dios” imposible lograrlo.

Retomo aún más esos aportes de Peplau cuando, Chérie Howk (2007), refiere de esta teoría, que hay que entender la conducta de uno mismo; a fin de ayudar a los demás a que identifiquen sus dificultades e intenta aplicar los principios de las relaciones humanas relacionados a todos los problemas que puedan emerger de la experiencia vivida (p.382), en este caso, con los adultos mayores en las condiciones

de salud que estos presentan y en cuyo desarrollo la enfermera influye de manera positiva o negativa y si no hay vocación de servicio, eso dañara al enfermo y afecta negativamente en la enfermera porque no se motivará hacer un cuidado humanizado invisible como corresponde.

Enlazo además de lo expuesto, el valor de la empatía hacia el adulto mayor, manifestado por la informante:

los adultos mayores son nuestros tesoros y ellos despiertan un sentimiento en mí muy grande porque me provoca agarrarlos bañarlos los cuidados para ellos deben ser prioridad debemos visualizarnos; visualizarnos nosotros qué nos gustaría que nos hicieran cómo nos gustaría que nos trataran cómo nos gustaría sentirnos para ofrecerles a ellos un confort a veces un cambio de posición un baño en cama, un aseo transforman la estabilidad emocional el de sentirse confortables y muchas veces nuestros adultos mayores no lo saben expresar con palabras (ENE03:162-170).

En ese intercambio de cuidados humanizados en el adulto mayor, como enfermera, al transformarte en su guía siendo sus ojos, sus pies, con en ese sentimiento de amor develado por la informante, se conecta la teoría de Max Scheler, con relación a la “empatía” (Einfühlung) es para sus partidarios, una característica de la naturaleza humana, que está compuesta por dos momentos: el instinto de “imitación” (Nachahmung) y el instinto de “manifestación vital” (Lebensäusserung) (Michalski, 1997: 82).

La empatía funciona entonces, de la siguiente manera según Scheler referido por Michalski, M. (1997:8): yo veo como otro cuerpo se mueve de una manera determinada (por ejemplo, él camina a zancadas) y tiendo a imitarlo, es decir, me muevo de la misma manera (yo camino a zancadas); en esa tendencia al movimiento yace, gracias al instinto de manifestación vital, en una vivencia determinada y propia. Dicho de otra manera, yo “empatizo” (einfühlen) mi vivencia con el cuerpo visto; yo, por decirlo así, “penetro” en el otro, de tal manera que lo que yo siento al andar a zancadas, me ayuda para saber lo que siente el otro cuando anda a zancadas. Esto

realmente es necesario para los cuidados del adulto mayor y el sentir de la enfermera a través del cuidado invisible y humanizado por todo lo referido.

De los hallazgos descubiertos, considero pertinente inferir que el sentir de enfermera a través del cuidado invisible es la terapia esencial del cuidado del adulto mayor, no se puede ver el sentimiento, no se reporta en una historia clínica el cuidado invisible, pero se hace con el amor, no tiene tecnicismo, es espontáneo, direccionado por sentimientos, acciones, valores y conciencia manifestados en la transparencias de actos limpios y puros de ayudar a ese adulto mayor en esa fase final de su vida haciéndolo con pleno amor, como una llamada divina.

REFLEXIONES FINALES

En este epígrafe pretendo dejar plasmado el analizar el sentir emocional de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor desde de la experiencia de los informantes claves del estudio con la única intencionalidad a través de esta de develar la necesidad espiritual de contribuir en la lucha contra un flagelo mundial llamado deshumanización de los cuidados de enfermería dentro de las instituciones de salud del Estado Falcón, particularmente la Península de Paraguaná.

En la búsqueda por develar que sucede en los centros hospitalarios cuando aún con formación profesional, con códigos de ética y de conducta intachable incluso, incurren en actos de mal trato a los adultos mayores, por lo que me dispuse a formular algunas interrogantes que estuvieron emparentadas con los propósitos dispuestos para la comprensión de las expresiones emanadas desde las voces de los informantes claves respecto al sentir emocional de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor desde el análisis fenomenológico; obteniendo las categorías: sentir emocional y cuidado invisible en sus dimensiones, sentimientos, ética y vocación de servicio.

Es idóneo declarar la ética como un valor elemental en el cuidado del adulto mayor ya que desde los inicios de la enfermería, el principio ético fundamental es la calidad del cuidado, para prestar ayuda eficiente y efectiva al enfermo y a su familia y

asegurar a la comunidad los cuidados sin interrupción, a fin de mantener su salud, para lo cual debe actuar con rectitud, fomentar valores, respetar a las personas, amar al prójimo y girar en función de la formación integral de los valores espirituales desde el tiempo de Florence que recibió un llamado divino.

Por tanto, dicha profesión ha de ser vista como proceso integrado que interactúa para promover la justicia, envolviendo equidad no sólo de género, sino que el profesional de enfermería no debe distinguir rangos físicos, económicos y sociales en el paciente, evitando la discriminación y propiciando igualdad de atención para todos. De igual forma, la veracidad es un principio ético que establece no mentir o engañar al enfermo, también la beneficencia (atención, servir) es otro principio que establece que los actos del personal de enfermería deben ir encaminados a hacer el bien al usuario, mientras que la autonomía, significa respetar a las personas como individuos libres y respetar sus decisiones.

Aunque para resulte ficticio pensar en el sentir de la enfermera en el cuidado invisible del adulto mayor; los sentimientos, la ética y la vocación de servicio no han pasado de moda, son elementos esenciales y extraordinarios para nuestro ejercicio ante principios tales como el amor al prójimo, la honestidad, la justicia, la integridad y la responsabilidad son esenciales para cuidar a los adultos mayores que a menudo experimentan una mezcla de emociones profundas.

Las enfermeras que sienten compasión y empatía al ver las vulnerabilidades y necesidades de sus adultos mayores también pueden sentir frustración y tristeza al presenciar el deterioro físico y mental asociado con el envejecimiento de esos enfermos. Sin embargo, también pueden experimentar la alegría y satisfacción al brindar consuelo, alivio y compañía a quienes lo necesitan. Es un trabajo que requiere mucha fortaleza emocional y una gran capacidad de conexión humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chérie Howk (2007). *Enfermería Psicodinámica. En Modelos y Teorías en Enfermería de Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood*. Sexta Edición. Editorial. Elsevier. Madrid.

- Denzin, N, Lincoln, Y. (1994). *Introduction: Entering the Field of Qualitative Research en Ediciones Denzin, N. K., & Lincoln (Handbook of Qualitative Research)*. California: Sage.
- Denzin, N, Lincoln, Y. (2015). *Manual de investigación cualitativa. Introducción Ingresando al campo de la investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. S.A Barcelona España. Primera Edición. Traducción: Mario E. Perrone.
- Marriner T, Alligood M (2000). *Modelos y teorías en enfermería*. Cuarta Edición. Editores Elsevier. Madrid.
- Michalski, M. (1997). *Fremdwahrnehmung und Mitsein*. Zur Grundlegung der Sozialphilosophie im Denken Max Schelers und Martin Heideggers.
- Neil, Ruth y Marriner Tomey, Ann. (2007). Jean Watson, *Filosofía y Ciencia del Cuidado*. En Modelos y Teorías en Enfermería de Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. Sexta Edición. Editores. Elsevier. Madrid.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. Dover Publications Inc.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021-2030). *Iniciativa “Década de un envejecimiento saludable”*. Disponible en URL: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Peplau, H. (1965). *El corazón de la enfermería: relaciones interpersonales*. Enfermera canadiense, 61, pp.273–275.
- Peplau, H. (1992). *Relaciones interpersonales: Un marco teórico para su aplicación en la práctica de enfermería*. Nursing Science Quarterly, 5(1), 13–18.
- Pfetscher, S. (2007). Florence Nightingale. *La Enfermería Moderna*. En Modelos y Teorías en Enfermería de Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. 6ta Edición. Editorial. Elsevier. Madrid.
- Scheller, M. (1948). *Ética*. Editorial Revista de Occidente. Buenos Aires Argentina. Traducción por Hilario Rodríguez Sanz.

Scheller, M. (1996). *Ordo Amoris*. Editorial Caparros. Primera Edición de Juan Miguel Palacios. Madrid. España · Traducción de Xavier Xuburi.

Taylor, S. Bogdan, R (1992) *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Editorial. Paidós, España, 1992-Pág-100 -132.

Watson, J. (1985). Nursing: *The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition. University Press of Colorado. Disponible en URL:
<http://www.jstor.org/stable/j.ctt1d8h9wn>



**Pesebre Club de adultos mayores Luz y Esperanza. Pantano Abajo. Coro estado Falcón.
Fuente propia (2019)**

CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO VENEZOLANO (2014–2024)

José Gregorio Guarapana Sánchez¹, José Luis Gotopo Burgos²,
José Enrique Rincón Peña³

dr.guarapana@gmail.com¹ <https://orcid.org/0009-0004-4192-1751>¹
chelynrc@gmail.com² <https://orcid.org/0009-0002-7396-6351>²
joserincon1@yahoo.com³ <https://orcid.org/0009-0001-9279-1270>³

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda¹. Servicio de Neurocirugía,
Hospital Universitario Alfredo Van Grieken. Coro. Estado Falcón. Venezuela ^{2y3}

RESUMEN

El presente trabajo analiza el manejo clínico y quirúrgico del hematoma subdural crónico (HSDC) en los pacientes mayores de 80 años, a partir de la experiencia institucional en el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken de Coro, Venezuela, entre 2014 y 2024. El estudio fue de enfoque ambispectivo, descriptivo y analítico, que incluyó una muestra conformada por 25 pacientes con edades comprendidas entre 80 y 101 años. Se incluyeron variables clínicas, comorbilidades, uso de antiagregantes y anticoagulantes, características tomográficas, técnicas quirúrgicas y evolución postoperatoria. Se encontró una alta prevalencia de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular, así como un uso frecuente de agentes antitrombóticos. La presencia de desplazamiento de la línea media, el número de trépanos utilizados y la arquitectura del hematoma se asociaron significativamente con la mortalidad y la recidiva. Los hallazgos coinciden con la literatura internacional en cuanto al comportamiento clínico del HSDC en el adulto mayor, y destacan la importancia de una evaluación individualizada y un abordaje quirúrgico adaptado a la condición funcional y neurológica del paciente. Se concluye que la atención especializada, el seguimiento estricto y la gestión adecuada de factores de riesgo permiten reducir las complicaciones y mejorar los desenlaces clínicos en esta población vulnerable.

Palabras clave: Hematoma subdural crónico, adultos mayores, neurocirugía geriátrica, factores de riesgo, morbilidad y mortalidad, manejo quirúrgico.

CLINICAL AND SURGICAL CONSIDERATIONS IN CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA AMONG PATIENTS OVER 80 YEARS OLD: EXPERIENCE FROM A VENEZUELAN UNIVERSITY HOSPITAL (2014–2025)

ABSTRACT

This study analyzes the clinical and surgical management of chronic subdural hematoma (CSDH) in patients over 80 years of age, based on institutional experience at the Alfredo Van Grieken University Hospital in Coro, Venezuela, between 2014 and 2025. It was designed as an ambispective, descriptive, and analytical study including 25 patients aged 80 to 101 years. Clinical characteristics, comorbidities, use of antiplatelet and anticoagulant agents, radiological features, surgical techniques, and postoperative outcomes were evaluated. A high prevalence of comorbidities such as hypertension, type 2 diabetes, and cardiovascular disease was identified, along with frequent use of antithrombotic therapies. Significant associations were found between midline shift, hematoma architecture, number of burr holes, and both mortality and recurrence rates. The findings are consistent with international literature regarding the clinical course of CSDH in elderly patients, emphasizing the need for

individualized assessment and adapted surgical approaches based on the patient's neurological and functional status. It is concluded that specialized care, strict postoperative monitoring, and adequate risk factor management are essential to reduce complications and improve outcomes in this vulnerable population.

Keywords: Chronic subdural hematoma, elderly patients, neurosurgery, risk factors, postoperative complications, surgical management

INTRODUCCIÓN

El hematoma subdural crónico (HSDC) es una acumulación de productos de degradación hemática que se forma en el espacio subdural, situado entre la duramadre y la superficie cerebral. Esta condición se considera una de las patologías neuroquirúrgicas más frecuentes y, según las proyecciones, podría convertirse en la más común en los próximos años. Generalmente, su desarrollo se extiende por más de una semana y está frecuentemente asociado con antecedentes de traumatismo craneal (Acurio-Padilla y otros, 2023).

El primer registro del HSDC se remonta a 1657, cuando el médico alemán Johann J. Wepfer lo identificó durante una autopsia en un paciente sospechoso de haber sufrido un accidente cerebrovascular. En su hallazgo, describió un quiste sanguíneo que, más tarde, se reconoció como un hematoma subdural. No obstante, fue en 1857 cuando el Dr. Rudolf Virchow realizó la primera descripción formal de esta afección, a la que denominó "paquimeningitis hemorrágica", asumiendo que su origen estaba vinculado a la inflamación de la duramadre. No fue hasta el siglo XX que se consolidó la idea de que la principal causa del HSDC es de origen traumático (Wong-Achi & Cabrera, 2016).

El HSDC se presenta principalmente en adultos mayores, sobre todo en aquellos que tienen entre 50 y 70 años, con una incidencia que se incrementa notablemente en las personas mayores de 65 años, alcanzando los 58,1 casos por cada 100,000 habitantes al año. En la población general, la incidencia oscila entre 1 y 5 casos por cada 100,000 personas anualmente. Se ha observado una mayor predisposición en hombres, con una relación de 3 a 1 en comparación con las mujeres. Estudios recientes han precisado esta diferencia, indicando que el 77 % de los casos corresponde a varones y el 23 % a mujeres (Gómez Vega & Rojas, 2021).

El envejecimiento de la población y la presencia de enfermedades crónicas han contribuido al aumento en la incidencia del HSDC, especialmente en aquellos pacientes que reciben tratamientos con anticoagulantes, antiplaquetarios o hemodiálisis. A pesar de que la evacuación quirúrgica mediante orificios de trépano es una técnica relativamente sencilla, el principal desafío en su tratamiento radica en la alta tasa de recurrencia. Esta intervención logra aliviar los síntomas compresivos, pero no erradica los mecanismos fisiopatológicos subyacentes (Acurio-Padilla y otros, 2023).

Estos hematomas tienden a localizarse en la convexidad occipital y frontal, siendo más frecuentes en áreas de mayor curvatura. En pacientes con una bóveda craneal simétrica, se observa comúnmente la presencia de HSDC bilaterales, mientras que, en aquellos con asimetría craneal, suelen encontrarse en el lado con mayor convexidad, que generalmente es el izquierdo. Aunque su localización más habitual es en las convexidades cerebrales, también pueden aparecer en la región interhemisférica (Brennan y otros, 2016).

Los hematomas subdurales crónicos (HSDC) suelen aparecer en individuos con antecedentes de traumatismo craneoencefálico, a menudo tras lesiones leves. Su incidencia aumenta con la edad debido a la fragilidad vascular y cerebral asociada con el envejecimiento, el uso de anticoagulantes antagonistas de la vitamina K y anticoagulantes orales, como el rivaroxabán y dabigatrán, aumenta el riesgo de desarrollar HSDC en la población general (Won y otros, 2017). De igual manera, el consumo de medicamentos antiplaquetarios, como el ácido acetilsalicílico (Aspirina), así como de simpaticomiméticos, como la pseudoefedrina, incrementa de manera significativa el riesgo de recurrencia de estos hematomas (Gaist y otros, 2017).

El desarrollo progresivo del hematoma subdural crónico (HSDC), y la consecuente disminución del compliance cerebral, son los principales factores responsable de la aparición de síntomas en los pacientes. En las etapas iniciales, pueden permanecer asintomáticos debido al escaso efecto de masa, pero a medida que el volumen del hematoma aumenta, se pueden presentar alteraciones del estado

de conciencia, siendo este el síntoma más característico de la patología (Wong-Achi & Cabrera, 2016). Junto con el deterioro cognitivo y los cambios en el comportamiento, pueden surgir cefalea persistente e intensa, alteraciones del lenguaje o la marcha, hemiparesia e incluso convulsiones, aunque estos síntomas aparecen de forma progresiva (Wong-Achi & Cabrera, 2016), (Sahyouni y otros, 2017), (Fiorella & Arthur, 2019).

Esta evolución gradual se debe a la capacidad del cerebro para adaptarse a los cambios de presión y volumen, lo que evita un cuadro abrupto de hipertensión endocraneana. Sin embargo, en casos avanzados, el deterioro puede progresar hasta el coma por afectación rostro caudal (Castro-Rodríguez y otros, 2016).

Desde el punto de vista clínico, la Escala de Markwalder (Markwalder y otros, 1981), establece cuatro grados según la gravedad del cuadro al ingreso. En el grado 0, el paciente es asintomático con examen neurológico normal y diagnóstico solo por imágenes. El grado I se caracteriza por una puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 15, sin déficit neurológico, pero con síntomas leves como cefalea o inestabilidad en la marcha. En el grado II, la GCS se encuentra entre 14 y 13, y el paciente puede presentar déficit neurológico variable, como hemiparesia. El grado III incluye pacientes estuporosos, con GCS de 12 a 9, que responden solo a estímulos dolorosos y muestran signos focales severos, como hemiplejía. Finalmente, el grado IV corresponde a aquellos con GCS menor a 9, en estado comatoso, sin respuesta a estímulos y con signos de decorticación o decerebración (Teale y otros, 2014), (Sun y otros, 2005). Es esencial considerar la demencia reversible en el diagnóstico diferencial, ya que puede manifestarse con síntomas afines, como alucinaciones, lo que muchas veces retarda su diagnóstico (Mao, 2024).

El envejecimiento de la población en Venezuela ha generado un aumento en la prevalencia de patologías geriátricas, entre ellas el hematoma subdural crónico (HSDC), especialmente en adultos mayores de 80 años. En el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, en Coro, Venezuela, el manejo de estos pacientes representa un desafío significativo debido a la presencia de múltiples comorbilidades que

complican su evolución clínica. Entre las afecciones más comunes en esta población se encuentran la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EBPOC), factores que no solo dificultan el tratamiento del HSDC, sino que también aumentan el riesgo de complicaciones postoperatorias y mortalidad (Lizana y otros, 2021).

El diagnóstico del hematoma subdural crónico (HSDC) se basa principalmente en la tomografía computarizada (TC), donde puede presentarse con diferentes densidades: hipodensa, isodensa o heterogénea, y generalmente con una morfología cóncavoconvexa (Yadav y otros, 2016) . La resonancia magnética (RM), ofrece mayor sensibilidad que la TC para evaluar el volumen del hematoma y su estructura interna, permitiendo identificar tabicaciones y membranas (Tanikawa y otros, 2001). Además, facilita la detección de hemorragias recientes y el seguimiento de los cambios evolutivos de la hemoglobina en el hematoma (Lee y otros, 2018).

El tratamiento quirúrgico es trepanación y drenaje, sigue siendo la elección, debido a su eficacia en la rápida mejoría clínica, su relativa simplicidad, bajos riesgos, costos reducidos y una estancia postoperatoria breve (Kolias y otros, 2014). En pacientes sintomáticos, la cirugía se asocia con una recuperación neurológica favorable; sin embargo, la recurrencia ocurre en un 3 % a 30 % de los casos, lo que impacta significativamente en la calidad de vida y el estado funcional del paciente (Almenawer y otros, 2014). Para abordar la recurrencia, existen diversas estrategias, incluyendo el manejo conservador con fármacos como la dexametasona y la atorvastatina, modificaciones en la técnica quirúrgica y, más recientemente, la embolización de la arteria meníngea media (Martinez-Perez y otros, 2020).

En relación a la recurrencia, es un tema de debate, existe consenso en considerarla como la reaparición del hematoma y de los síntomas en el espacio operado (Oishi y otros, 2001), Otro aspecto discutido es el intervalo de tiempo en el que se debe considerar una recurrencia. Si bien algunos estudios establecen un rango de 3 a 6 meses, la mayoría coincide en que el punto de corte óptimo es dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía (Staniši & Pripp, 2017).

Uno de los factores de riesgo más relevantes para la recurrencia postoperatoria es la presencia de neumoencéfalo residual (You & Zheng, 2018) . El volumen de aire intracraneal tras la cirugía ha sido objeto de múltiples estudios, en los cuales se ha establecido que un volumen superior a 30 cc representa un factor de riesgo significativo, aunque el método de cuantificación varía según las investigaciones (Huang y otros, 2020).

Dada la influencia del neumoencéfalo en la recurrencia, se han propuesto diversas estrategias para minimizar su impacto. Una de ellas es la aspiración quirúrgica del aire residual con el objetivo de reducir su volumen (Ohba y otros, 2013). Otra medida es evitar la irrigación del hematoma durante la cirugía, lo que ha mostrado beneficios en la reducción de la recurrencia postoperatoria (Okada y otros, 202).

El presente es un estudio ambispectivo y analiza los resultados clínicos y quirúrgicos en pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de HSDC, tratados en el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, durante el periodo 2014-2024. Se evaluaron las características clínicas, comorbilidades, el uso de fármacos anticoagulantes y antiagregantes, los resultados quirúrgicos, y las complicaciones postoperatorias con el fin de optimizar el manejo de esta condición en un contexto de limitaciones médicas y económicas.

METODOLOGÍA

En cuanto al diseño metodológico, se realizó un estudio ambispectivo, con componentes retrospectivos y prospectivos, con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y analítico. La investigación fue desarrollada en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken” de Coro, estado Falcón, Venezuela, e incluyó a pacientes atendidos entre los años 2014 y 2024. En la fase retrospectiva se recolectaron datos clínicos, radiológicos y quirúrgicos de los expedientes médicos de pacientes tratados entre los años 2014 y 2019.

Posteriormente, durante el período 2020-2024, se incorporaron pacientes de manera prospectiva, registrando sus datos al momento de la hospitalización, intervención quirúrgica y evolución postoperatoria, bajo consentimiento informado y protocolos éticos vigentes. Esta estrategia permitió obtener una visión más completa de la evolución y resultados del tratamiento del hematoma subdural crónico (HSC) en pacientes octogenarios o mayores.

Respecto a la población, la muestra estuvo conformada por 25 pacientes, cuyas edades oscilaron entre los 80 y 101 años. Todos fueron diagnosticados con HSC mediante estudios imagenológicos (tomografía computarizada de cráneo simple) y recibieron tratamiento quirúrgico basado en uno o dos trépanos para el drenaje del hematoma. Se incluyeron tanto hombres como mujeres, sin discriminación por comorbilidades o uso de medicamentos como anticoagulantes o antiagregantes. La inclusión fue definida por criterios clínicos y radiológicos claros, y no se aplicaron criterios de exclusión por edad extrema, polifármacos o antecedentes quirúrgicos previos, buscando reflejar con mayor fidelidad el contexto clínico real de esta población.

En relación a las variables estudiadas, se analizaron características demográficas como la edad y el sexo; clínicas, como la presencia de comorbilidades frecuentes (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), y el uso crónico de medicamentos antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes. Asimismo, se valoraron hallazgos radiológicos, incluyendo la arquitectura del hematoma (unilateral o bilateral) y la presencia de desplazamiento de la línea media mayor o igual a 5 mm. Las variables quirúrgicas contemplaron el número de trépanos realizados para el drenaje. Finalmente, se evaluaron los resultados postoperatorios en términos de mortalidad, recidiva del hematoma y aparición de complicaciones (como infecciones, deterioro neurológico o reintervenciones).

Para el tratamiento de los datos se emplearon métodos estadísticos descriptivos, mediante frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones

estándar, con el fin de caracterizar a la población. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado entre las variables clínicas, radiológicas y quirúrgicas con los desenlaces postoperatorios.

Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron utilizando la prueba de chi-cuadrado o Fisher exacto cuando correspondía, mientras que para variables cuantitativas se aplicó la prueba t de Student. En todos los casos se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$, lo cual permitió establecer correlaciones clínicamente relevantes con un adecuado soporte estadístico.

En concreto, como complemento a los hallazgos obtenidos, se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura sobre el manejo quirúrgico del hematoma subdural crónico en adultos mayores de 80 años. Esta revisión permitió contextualizar los resultados observados en este estudio dentro del marco de la evidencia científica internacional, contrastando la frecuencia de comorbilidades, complicaciones quirúrgicas, tasas de mortalidad y recidiva, y proporcionando así un sustento teórico comparativo que enriqueció la discusión y fortaleció las conclusiones del trabajo.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución por edad y sexo en pacientes con HSDC

Grupo Etario	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
80-84	5	3	8	32
85-84	4	4	8	32
90-94	3	2	5	20
95-99	2	1	3	12
100-101	1	0	1	4
Total	15	10	25	100%
%	60%	40%	100%	-

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUAVG.

$\bar{X}$: $85,2 \pm 5,4$ años.

El rango de edad está entre 80 y 101 años. El 64% de los pacientes tienen entre 80 y 89 años, y hay una mayor proporción de hombres afectados en relación con las mujeres.

Tabla 2. Distribución de comorbilidades y tratamiento farmacológico en pacientes con HSDC, según sexo

Comorbilidad	Masculino N: 15	Masculino %	Femenino N:10	Femenino %	Total N:25	Total %
Hipertensión arterial	13	86,7%	7	70%	20	80%
Enfermedad cardiovascular	11	73,3%	5	50%	16	64%
Diabetes mellitus	9	60%	5	50%	14	56%
EBPOC	5	33,3%	4	40%	9	36%
Uso de antiagregantes	12	80%	5	50%	17	68%
Uso de anticoagulantes	6	40%	4	40%	10	40%
Uso de antiagregantes y anticoagulantes	5	33,3%	2	20%	7	28%

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUAVG,

La Hipertensión arterial es la comorbilidad más frecuente en ambos sexos, con mayor prevalencia en los hombres (86.7%). En relación a la enfermedad cardiovascular, es más frecuente en los hombres (73.3%), en comparación con las mujeres (50%). La diabetes mellitus tiene una prevalencia similar en ambos sexos, aunque levemente más alta en los hombres (60% frente al 50% en mujeres).

En cuanto a la enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica (EBPOC), presenta una mayor prevalencia en las mujeres (40% frente al 33.3% en hombres). El uso de antiagregantes es más común en los hombres (80%) que en las mujeres (50%). La tasa de pacientes que usan anticoagulantes es la misma para ambos sexos (40%), y el uso concomitante de antiagregantes y anticoagulantes también es más común en los hombres (33.3%).

Tabla 3. Distribución de factores quirúrgicos en pacientes con HSDC

Factor Quirúrgico	Frecuencia (n)	Porcentaje %
Numero de trépanos:		
1	15	60 %
2	7	28%
3	3	12%
Desplazamiento de la línea media:		
Presente	15	60%
Ausente	10	40%
Arquitectura del hematoma:		
Unilateral	11	44%
Bilateral	14	56%

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUAVG

La mayoría de los pacientes (60%) fueron tratados con un solo trepano. Un 60% de los pacientes presentó desplazamiento de la línea media, lo que indica hematomas más graves. La mayoría de los pacientes (56%) presentó una arquitectura bilateral del hematoma.

Tabla 4. Resultados postquirúrgicos y complicaciones en pacientes con HSDC

Resultados-Complicación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Mortalidad	4	16%
Recidiva	5	20%
Mejoría clínica	15	60%
Infección del sitio operatorio	2	8%
Convulsiones post operatorias	1	4%

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUAVG,

El 16% de los pacientes presentaron mortalidad postquirúrgica, mientras que un 20% de los pacientes experimentaron recidivas del hematoma. La mayoría de los pacientes (60%) mostraron una mejora clínica significativa tras la cirugía. En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas, un 24% de los pacientes presentó alguna complicación, destacando las hemorragias secundarias como las más frecuentes (12%).

Tabla 5. Mortalidad y recidiva del hematoma en pacientes con HSDC

Recidiva	Mortalidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	Si	2	8%
Si	No	3	12%
No	Si	2	8%
No	No	18	72%
Total	-	25	100%

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUAVG,

El 8% de los pacientes con recidiva del hematoma murieron tras la cirugía, mientras que el 12% de los pacientes con recidiva no fallecieron. El 72% de los pacientes sin recidiva sobrevivieron y fallecieron el 8% de los pacientes sin recidiva.

Tabla 6. Edad, sexo y mortalidad en pacientes con HSDC

Grupo de Edad (años)	Masculino (n=15)	Femenino (n=10)	Total (n=25)	Mortalidad (n=4)	Porcentaje de Mortalidad (%)
80-85	6	3	9	1	11,1%
86-90	4	3	7	1	14,3%
91-95	3	2	5	1	20%
96-101	2	2	4	1	20%
Total	15	10	25	4	16%

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUAVG,

La mortalidad aumenta con la edad, pasando de 11.1% en el grupo de 80-85 años a 25% en los pacientes de 96-101 años. La distribución por sexo muestra una mayor cantidad de hombres (15) en comparación con mujeres (10), pero la mortalidad no se concentra en un solo sexo. El grupo de mayor riesgo parece ser el de 96-101 años, con la mayor tasa de mortalidad (25%).

Tabla 7. Uso de anticoagulantes/antiagregantes y recidiva del HSDC

Uso de Anticoagulantes/Antiagregantes	No Recidivas (n)	Recidivas (n)	Total (n)
No usan	10	1	11
Usan Antiagregantes	5	3	8
Usan Anticoagulantes	5	1	6
Total	20	5	25

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUA VG,

Los pacientes sin uso de anticoagulantes o antiagregantes tuvieron menos casos de recidiva (1 caso de 11). El grupo que usaba antiagregantes tuvo una mayor proporción de recidiva (3 casos de 8), significativa. El grupo con anticoagulantes tuvo una recidiva en 1 de 6 casos.

Tabla 8. Número de trépanos y recidiva del HSDC

Número de trépano	No recidiva (n)	Recidiva (n)	Total (n)	Tasa de recidiva %
1	13	2	15	12,5%
2	5	2	7	28,6%
3	2	1	3	33,3%
Total	20	5	25	20%

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUA VG,

A la mayoría de los pacientes se le realizó un solo orificio de trépano (n15), y de este solo 2 (13,3%), presentaron recidiva. En los pacientes con dos trépanos la recidiva fue de dos casos en 7 pacientes (22,6%). En los que requirieron tres trépanos la recidiva fue de 33,3% (1 de 3 pacientes).

Tabla 9. Desplazamiento de la línea media y la mortalidad en pacientes con HSDC

Desplazamiento de línea media	Sobrevivientes (n)	Fallecidos (n)	Total (n)	Porcentaje de Mortalidad %
Ausente	10	0	10	0%
Presente	11	4	15	26,7%
Total	21	4	25	16,0%

Fuente: Libro de Intervenciones y Estadísticas del Servicio de Neurocirugía. Departamento de Registros de Salud y Estadísticas. HUAVG,

No falleció ningún paciente, en cuyos hallazgos tomográficos había ausencia de desplazamiento de la línea media. Sin embargo, de los 15 pacientes que tuvieron este hallazgo fallecieron 4, para un porcentaje de mortalidad del 26,7% cuando se presentó el desplazamiento.

DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó las características clínicas, quirúrgicas y desenlaces en pacientes mayores de 80 años con hematoma subdural crónico (HSC) atendidos en el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken de Coro, Venezuela, durante el período 2014-2024. Se identificó una alta prevalencia de comorbilidades y el uso frecuente de antiagregantes y anticoagulantes en esta población, hallazgos que coinciden con estudios previos en poblaciones geriátricas (Ulasavets & Grzywna, 2017).

Los resultados revelaron una relación significativa entre el desplazamiento de la línea media (DLM) y la mortalidad. Mientras que ningún paciente sin desplazamiento

falleció, la mortalidad en aquellos con desplazamiento presente fue del 26.7%, en consonancia con estudios que reportan tasas de mortalidad entre 20% y 30% en pacientes con DLM significativo (Maeda y otros, 2024). Esto sugiere que el DLM es un fuerte predictor de desenlace adverso, lo que refuerza la importancia de una intervención temprana en estos casos.

En cuanto a la relación entre el número de trépanos y la recidiva del hematoma, se observó que los pacientes que requirieron más de un trépano presentaron una mayor tasa de recurrencia. Esto es consistente con estudios que han documentado que el drenaje insuficiente en la primera intervención quirúrgica puede aumentar el riesgo de recidiva y la necesidad de reintervención (Cofano y otros, 2020). La tasa de recidiva en pacientes que usaban antiagregantes o anticoagulantes fue elevada, lo que concuerda con la literatura que indica que estos fármacos predisponen a la persistencia del sangrado subdural y aumentan la probabilidad de reaparición del hematoma (Won y otros, 2017), (Hamou y otros, 2022).

El análisis de comorbilidades mostró que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular fueron las más frecuentes en esta cohorte. Estas condiciones han sido previamente identificadas como factores que pueden afectar la evolución del HSDC, ya sea por su impacto en la hemostasia o en la respuesta al tratamiento quirúrgico (Almenawer y otros, 2014).

En términos de complicaciones postquirúrgicas, se registraron casos de infección, crisis convulsivas y deterioro neurológico. Estos hallazgos son comparables a estudios internacionales, donde las infecciones posoperatorias y el deterioro cognitivo son complicaciones comunes en adultos mayores sometidos a cirugía de HSDC (Dobran y otros, 2022).

CONCLUSIONES

El desplazamiento de la línea media es un fuerte predictor de mortalidad, con una tasa significativamente más alta en pacientes con DLM presente. Este

hallazgo resalta la necesidad de priorizar el tratamiento en pacientes con desplazamiento significativo para mejorar su pronóstico.

El uso de antiagregantes y anticoagulantes está asociado con una mayor tasa de recidiva del hematoma, lo que subraya la importancia de una evaluación cuidadosa del tratamiento antitrombótico en pacientes con HSC.

El número de trépanos realizados influye en la tasa de recidiva, lo que sugiere que la estrategia quirúrgica inicial debe ser óptima para minimizar la necesidad de reintervenciones.

Las comorbilidades como hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular son altamente prevalentes en pacientes ancianos con HSC, lo que debe ser considerado en la evaluación preoperatoria y en la planificación del tratamiento.

Se recomienda un abordaje quirúrgico personalizado y un seguimiento estricto en pacientes mayores de 80 años con HSC para optimizar los resultados y reducir las complicaciones postoperatorias.

SUGERENCIAS

Implementar protocolos de manejo que incluyan una evaluación preoperatoria detallada para determinar el riesgo quirúrgico en función de las comorbilidades y el estado funcional del paciente.

Optimizar la estrategia quirúrgica inicial para minimizar la recidiva, considerando la posibilidad de drenaje con drenajes subdurales cerrados o lavado intraoperatorio según la arquitectura del hematoma.

Establecer guías de manejo de antiagregantes y anticoagulantes en pacientes con HSC para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas sin comprometer la seguridad cardiovascular.

Diseñar estudios prospectivos que evalúen intervenciones quirúrgicas alternativas y estrategias de rehabilitación en pacientes geriátricos con HSC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acurio-Padilla, P., Cueva-Moncayo, M., & Trávez-Valencia, J. (01 de Noviembre de 2023). *Fisiopatología del hematoma subdural crónico y su terapéutica conservadora actual*. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 27(6). Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700031&lng=es&tlng=es.
- Almenawer, S., Farrokhyar, F., Hong, C., Alhazzani, W., Manoranjan, B., & Yarascavitch, B. (2014). *Tratamiento del hematoma subdural crónico: una revisión sistemática y un metanálisis de 34.829 pacientes*. Ann Surg, 259, 449-457.
- Brennan, P., Kolia, A., Joannides, A., Shapey, J., Marcus, H., & Gregson, B. (2016). *Tratamiento y evolución de los pacientes con hematoma subdural crónico: un estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico y observacional en el Reino Unido*. J Neurosurg., 127, 732-739.
- Castro-Rodríguez, C., Román-Pena, P., Arán-Echabe, E., & Gelabert-González, M. (2016). *Hematoma subdural crónico en pacientes muy ancianos*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 51(6), 309–316. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.05.003>
- Cofano, F., Pesce, A., Vercelli, G., Mammi, M., Massara, A., Minardi, M. Fronda, C. (23 de Noviembre de 2020). *Risk of Recurrence of Chronic Subdural Hematomas After Surgery: A Multicenter Observational Cohort Study*. Frontiers in Neurology, 11. Disponible en URL: <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.560269>
- Dobran, M., Marini, A., Nasi, D., Liverotti, V., Benigni, R., Della, M. Scerrati, M. (2022). *Resultados clínicos de pacientes mayores de 90 años tratados por hematoma subdural crónico*. Revista de la Sociedad Coreana de Neurocirugía

2022, 65(1), 123-129. Disponible en URL:
<https://doi.org/10.3340/jkns.2018.0011>

Fiorella, D., & Arthur, A. (2019). *Middle meningeal artery embolization or the management of chronic subdural hematoma*. *J Neurointervent Surg*. 11(8), 912-915. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2019-014730>

Gaist, D., Rodríguez, L., Hellfritsch, M., Poulsen, F., Halle, B., Hallas, J., & al., e. (28 de Febrero de 2017). *Association of Antithrombotic Drug Use With Subdural Hematoma Risk*. *JAMA*, 317(8), 836-846. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0639>

Gómez Vega, J., & Rojas, M. (2021). *Hematomasubdural crónico: una actualización y revisión*. *Univ.Med*, 62(4). Disponible en URL: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-4.hsca>

Hamou, H., Clusmann, H., Schulz, J., Wiesmann, M., Altiok, E., & Höllig, A. (25 de Marzo de 2022). *Chronic Subdural Hematoma*. *Dtsch Arztebl Int*, 119(12), 208-213. Disponible en URL: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0144>

Huang, G., Li, X., Dai, R., Sun, Z., & Jiang, X. (2020). *Tómeselo en serio o no: ¿neumoencéfalo posoperatorio en pacientes con síndrome de hiperplasia suprarrenal congénita (CSDH)?*. *Br J Neurosurg*, 34, 284-289.

Kolias, A., Chari, A., Santarius, T., & Hutchinson, P. (2014). *Hematoma subdural crónico: tratamiento moderno y terapias emergentes*. *Nat Rev Neurol*, 10, 570-578.

Lee, S., Choi, J., Lim, D., Ha, S., Kim, S., & Kim, S. (2018). *El potencial de la resonancia magnética ponderada por difusión para predecir los resultados de los hematomas subdurales crónicos*. *J Korean Neurosurg Soc*, 61, 97-104.

Lizana, J., Aliaga, N., & Basurco, A. (9 de agosto de 2021). *Hematoma subdural crónico: una patología común de manejo complejo*. *Revista Argentina de Neurocirugía*, 12. https://doi.org/10.25259/SNI_676_2021

- Maeda, T., Kikkawa, Y., Ehara, T., Tsuchiya, R., Tabata, S., Onodera, K. Kurita, H. (17 de Abril de 2024). *Clinical Outcomes in Elderly Patients with Chronic Subdural Hematoma: Validation of Irrigation Assignment Based on Hematoma Characteristics*. Life (Basel), 14(4), 518. Disponible en URL: <https://doi.org/10.3390/life14040518>
- Mao, G. (Septiembre de 2024). *hematomas intracraneales*. Manual MSD: Disponible en URL: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/traumatismos-craneales/hematomas-intracraneales?ruleredirectid=760>
- Markwalder, T., Steinsiepe, K., Rohner, M., Reichenbach, W., & Markwalder, H. (1981). *The course of chronic subdural hematoma after burr hole craniotomy and closed-system*. J Neurosurg, 55, 390-396.
- Martinez-Perez, R., Rayo, N., & A.editores, T. (2020). *Embolización endovascular de la arteria meníngea media para el tratamiento de media para el tratamiento de hematomas subdurales crónicos: efectividad, seguridad y la controversia actual*. Una revisión sistemática. Neurología, p.
- Ohba, S., Kinoshita, Y., Nakagawa, T., & Murakami, H. (2013). *Factores de riesgo de recurrencia del hematoma subdural crónico*. Neurosurg Rev, 36, 145-150.
- Oishi, M., Toyama, M., Tamatan, S., Kitazawa, T., & Saito, M. (2001). *Factores clínicos del hematoma subdural crónico recurrente*. Neurol Med Chir (Tokio), 41, 382-386.
- Okada, Y., Akai, T., Okamoto, K., Iida, T., Takata, H., & Iizuka, H. (202). *Un estudio comparativo del tratamiento del hematoma subdural crónico: drenaje por orificio de trépano frente a irrigación por orificio de trépano*. Surg Neurol, 57, 405-409.
- Sahyouni, R., Goshtasbi, Mahmoodi, A., Tran, D., & Chen, J. (2017). *Chronic subdural hematoma: a historical and clinical perspective*. World Neurosurg., 108, 948-53.

- Staniši, M., & Pripp, A. (2017). *Un sistema de clasificación confiable para la predicción de la recurrencia del hematoma subdural crónico que requiere una nueva operación después de la cirugía inicial de trépano*. Neurocirugía, 81, 752-760.
- Sun, T., Boet, R., & Poon, W. (2005). *Non-surgical primary treatment of chronic subdural haematoma: preliminary results of using dexamethasone*. Br J Neurosurg, 19(4), 327.333.
- Tanikawa, M., Mase, M., Yamada, K., Yamashita, N., Matsumoto, T., & Banno, T. (2001). *Tratamiento quirúrgico del hematoma subdural crónico basado en la estructura de la membrana intrahematoma en la resonancia magnética*. Acta Neurochir (Viena), 143, 613:619.
- Teale, E., Iliffe, S., & Young, J. (2014). *Subdural haematoma in the elderly*. BMJ, 348, 36.38.
- Ulasavets, U., & Grzywna, E. (2017). *Chronic subdural hematoma in aging population – How the age influence the outcome after surgical treatment*. Porto Biomedical Journal, 239-240. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa080>
- Won, S., Dubinski, D., Bruder, M., Cattani, A., Seifert, V., & Konczalla, J. (2017). *Hematoma subdural agudo en pacientes con tratamiento anticoagulante oral: tratamiento y resultados*. Neurosurgical Focus FOC , 43(5), E12. Disponible en URL: <https://doi.org/10.3171/2017.8.FOCUS17421>
- Wong-Achi, X., & Cabrera, D. (2016). *Patogénesis y fisiopatología del hematoma*. Revista Mexicana de Neurociencia, 17(4), 78-85. Disponible en URL: <https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2016/10/RevMexNeu-No-4-Jul-Ago-2016-78-85-R.pdf>
- Yadav, Y., Parihar, V., Namdev, H., & Bajaj. (2016). *Hematoma subdural crónico*. J Neurocirugía asiática J, 11, 330-342.
- You, C., & Zheng, X. (2018). *El neumocéfalos posoperatorio aumenta la tasa de recurrencia del hematoma subdural crónico*. Clin Neurol Neurosurg, 166, 56-60.



Club de adultos mayores Los Claritos. Coro estado Falcón. Fuente: Acosta (2017)

RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES MENOPÁUSICAS Y NO MENOPÁUSICAS DE “BUENA VISTA”, MUNICIPIO FALCÓN, ESTADO FALCÓN.

Goncalves, María¹. Márquez Marianyely²,
Quevedo Wileydis³, Sánchez Alvar⁴.

mariadeluz100@gmail.com¹ <https://orcid.org/0009-0000-2366-6081>¹
marianyelymarquez.05@gmail.com² <https://orcid.org/0009-0009-6196-5643>²
wileydis2511@gmail.com³ <https://orcid.org/0009-0009-1285-2588>³
alvarysc19@gmail.com⁴ <https://orcid.org/0009-0009-1714-6122>⁴

¹IVSS. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Postgrado de Ginecología y Obstetricia.
Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.

RESUMEN

La menopausia, punto en el tiempo después de 12 meses consecutivos de amenorrea, con pérdida de la función folicular ovárica, supone en la mujer un aumento significativo del riesgo de presentar eventos cardiovasculares. **Objetivo:** Comparar el riesgo cardiovascular entre las mujeres menopáusicas y no menopáusicas de la comunidad de “Buena Vista”, municipio Falcón, estado Falcón. **Metodología:** investigación correlacional, transversal, de campo, no experimental, con una muestra dividida en 2 grupos: 26 mujeres menopáusicas y 26 no menopáusicas, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; se realizó entrevista y observación científica. **Resultados:** las mujeres menopáusicas presentan un mayor riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular en un período de 10 años. **Conclusión:** Al estimar el riesgo cardiovascular en los grupos de estudio y control de la población de “Buena Vista” se demostró que las pacientes menopáusicas presentan un mediano, alto y muy alto riesgo cardiovascular ($p < 0.05$).

Palabras clave: menopausia, riesgo, cardiovascular.

CARDIOVASCULAR RISK IN MENOPAUSAL AND NON-MENOPAUSAL WOMEN FROM “BUENA VISTA”, FALCÓN MUNICIPALITY, FALCÓN STATE.

ABSTRACT

Menopause, the period after 12 consecutive months of amenorrhea with loss of ovarian follicular function, represents a significantly increased risk of cardiovascular events in women. **Objective:** To compare cardiovascular risk between menopausal and non-menopausal women in the community of Buena Vista, Falcón municipality, Falcón state. **Methodology:** Correlational, cross-sectional, field-based, non-experimental research, with a sample divided into two groups: 26 menopausal and 26 non-menopausal women who met the inclusion and exclusion criteria. Interviews and scientific observation were conducted. **Results:** Menopausal women have a higher risk of developing some cardiovascular disease over a 10-year period. **Conclusion:** Estimating cardiovascular risk in the study and control groups of the “Buena Vista” population showed that menopausal patients have a medium, high and very high cardiovascular risk ($p < 0.05$).

Keywords: menopause, risk, cardiovascular

INTRODUCCIÓN

La menopausia viene marcada por el fin de la menstruación que surge fisiológicamente como consecuencia de la pérdida de la función folicular a nivel ovárico. Si bien la regularidad y la duración del ciclo menstrual varían a lo largo de la etapa reproductiva de la mujer, lo habitual en todo el mundo es que las mujeres experimenten la menopausia natural entre los 45 y los 55 años (OMS, 2022).

Por otra parte, en Venezuela, se ha calculado en $48,7 \pm 4,6$ años para el cese espontáneo de la menstruación, y de $43 \pm 3,2$ años para la menopausia quirúrgica. Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), en el país, la esperanza de vida para el año 2005, fue de 73,18 años, de manera que buena parte de la vida transcurre después de cesar la función ovárica. De hecho, para el año 2007, de una población femenina de 13.690.447, se calcula que 2.304.394 tenían 50 y más años, para 2015, se estimaron 2.409.636 mujeres de 50 y más años (Capote B y col. 2011).

Además, los cambios hormonales asociados a la menopausia pueden afectar al bienestar físico, emocional, mental y social. Mientras que algunas mujeres sufren pocos síntomas, o incluso ninguno, otras pueden padecer síntomas graves que lleguen a condicionar sus actividades diarias y mermar su calidad de vida. En algunos casos, los síntomas pueden durar varios años (OMS, 2022).

DESARROLLO

La aparición de la menopausia supone en la mujer un aumento significativo del riesgo de presentar eventos cardiovasculares. Asimismo, se ha estudiado a fondo el rol que juegan otros factores como la edad, las hormonas tanto endógenas como exógenas, y otros factores ambientales como el tabaco (Pizzi, R., y col. 2018).

Cierto es, que diversos mecanismos biológicos pueden explicar la asociación entre hormonas sexuales endógenas y el riesgo cardiovascular. Los estrógenos promueven la vasodilatación mediante el aumento del óxido nítrico plasmático e

inhiben el sistema renina angiotensina mediante la disminución de la transcripción de la enzima convertidora de angiotensina. Además de su favorable efecto sobre los lípidos, los estrógenos también pueden disminuir la presión arterial mediante el aumento de la vasodilatación endotelial y modulando la función autonómica, mientras que los estrógenos regulan los marcadores inflamatorios específicos y citoquinas (Bolaños B., y Ortega E. 2021).

Ahora bien, entre los factores de riesgo que aumentan debido a estos cambios hormonales está el metabolismo de la glicemia e insulina, ocurre disminución de la acción del E2 (estradiol) a través del RE (receptor estrogénico) α y RE β afecta la sobrevivencia y secreción de células β de los islotes pancreáticos. Hay alteraciones en el metabolismo de los lípidos hacia un perfil más aterogénico con aumento del colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad) y triglicéridos (TG) y disminución del colesterol HDL (lipoproteína de alta densidad). Existe un incremento del índice de masa corporal (IMC) y cambios en la composición corporal (Fung L., y Uzcategui L. 2018).

En otro orden de ideas, en esta misma línea, se dependen las siguientes bases teóricas: la menopausia, se define como un punto en el tiempo después de 12 meses consecutivos de amenorrea, refleja la pérdida de función folicular ovárica (disminución del estrógeno y aumento de FSH) y ocurre naturalmente a una edad promedio de 51 años. El periodo anterior a la menopausia en el que las mujeres empiezan a experimentar cambios en los patrones del sangrado menstrual y fluctuaciones hormonales se conoce como transición menopaúsica o perimenopausia (Lugo F. 2024).

A su vez, no sólo los órganos y tejidos involucrados en la reproducción experimentan cambios como consecuencia de la acción de estas hormonas, por el contrario, en forma directa o indirecta afectan el funcionamiento de casi toda la economía (Pizzi, R., y col. 2018).

De manera que, el sistema cardiovascular, el óseo, el sistema nervioso central, el aparato gastrointestinal, el genitourinario, el inmunitario, piel, riñones y aparato

respiratorio no escapan a su influencia. Disminuyen la masa muscular, aumentan el metabolismo lipídico (elevan el HDL y disminuyen el LDL), favorecen el mantenimiento de la fisiología vascular, de antitrombina III y plasminógeno. Disminuyen la motilidad intestinal, aumentan el cortisol e intervienen en múltiples funciones cerebrales. A este último nivel ejerce una serie de efectos neuroprotectores, cognitivos y en el comportamiento (Lugo F. 2024).

Se distinguen 4 tipos de menopausia según la forma en la que se produce y la edad: natural, inducida, precoz, tardía (Pizzi, R., y col. 2018).

Menopausia natural: Es aquella que ocurre cuando los ovarios de la mujer dejan de funcionar gradualmente debido al descenso progresivo de las hormonas sexuales femeninas, estrógenos y progesterona, las encargadas, entre otras muchas funciones, de liberar cada ciclo menstrual un óvulo. Cuando estas hormonas descienden tanto que se deja de ovular, dejamos de menstruar y, por lo tanto, es el final de la vida fértil (Pizzi, R., y col. 2018).

Este proceso puede ocurrir en cualquier momento entre los 45 y los 55 años, aunque la edad media son los 51 años. Como los estrógenos participan en muchas otras funciones, su descenso produce una serie de síntomas y cambios en la mujer asociados a la menopausia: sofocos y sudores nocturnos, sequedad vaginal, insomnio, irritabilidad y cambios de humor, problemas para dormir (Torres A., y col. 2018).

Menopausia inducida: es aquella que no se produce por el proceso natural del organismo de dejar de funcionar los ovarios, sino a algún procedimiento quirúrgico o médico que afecta a los ovarios y provoca que dejen de ovular, haciendo que la menopausia aparezca antes de tiempo en esa mujer. Las causas más habituales de la menopausia inducida son: extirpación quirúrgica de ambos ovarios y tratamientos de quimioterapia o radioterapia (Pizzi, R., y col. 2018).

Menopausia precoz: Son los nombres que se le da a la menopausia cuando llega antes de los 45 años. La menopausia precoz puede ser una menopausia

inducida, es decir, causada por un procedimiento médico antes de los 45 años, pero también puede aparecer por causas naturales (Torres A., y col. 2018).

Menopausia tardía: Cuando la menopausia se produce después de los 55 años se considera que la menopausia es tardía. Son muchos los factores físicos, biológicos y medioambientales que condicionan la llegada de la menopausia antes o después: la edad de la menarquía o primera regla, el número de embarazos, los factores genéticos, el historial ginecológico, la salud general, el peso, etc. De las causas antes indicadas que pueden condicionar la llegada de la menopausia, sin duda la que más puede influir es la genética, es decir, lo que marcan nuestros genes y los antecedentes familiares. Tener unos niveles altos de estrógenos durante toda la vida también puede provocar una aparición tardía de la menopausia (Pizzi, R. y col. 2018).

En cuanto al riesgo cardiovascular (RCV) se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período, que habitualmente se establece en 5 o 10 años (Álvarez A. 2001). Existen dos métodos de cálculo de RCV: cualitativos y cuantitativos; los cualitativos se basan en la suma de factores de riesgo y clasifican al individuo en riesgo leve, moderado y alto riesgo; los cuantitativos dan un número que es la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un determinado tiempo; la forma de cálculo es a través de programas informáticos, basados en ecuaciones de predicción de riesgo o las llamadas tablas de riesgo cardiovascular (Maiques G. 2003).

En relación con la estimación del riesgo cardiovascular global por este método cuantitativo, tiene 3 objetivos clínicos fundamentales: identificar pacientes de alto riesgo que precisan atención e intervención inmediata, motivar a los pacientes para que sigan el tratamiento, así reducir riesgo y modificar la intensidad de la reducción de riesgo en base al riesgo global estimado (Maiques G. 2003).

Se diría, pues, que la disponibilidad de múltiples tablas para calcular distintos tipos de riesgo cardiovascular recomendados por los diferentes organismos y sociedades científicas conducen a una gran confusión. No existen estudios

actualmente que permitan contestar taxativamente a la pregunta planteada: ¿qué tabla utilizar?, y los razonamientos para la elección de una u otra tabla se basan en las inferencias de otros países o en los datos incompletos de la población (OMS 2008).

Lo primero que hay que considerar en una tabla para calcular el riesgo cardiovascular es qué enfermedades incluye, ya que el valor del riesgo será diferente para un mismo paciente si utilizamos distintas tablas. La mayoría de las tablas para calcular el riesgo están basadas en la cohorte del estudio de Framingham, las más importantes son: Framingham clásica, Framingham por Categorías, nuevas tablas de Framingham, Sociedades Europeas y la de la Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión (Alemañy M., 2016).

Entonces, las tablas de riesgo de Framingham utilizan un método de puntuación en base a las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, HDL-colesterol, colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (sí/no); con ello se puede calcular el riesgo coronario a los 10 años que incluye: angina estable, infarto de miocardio (IAM) y muerte coronaria; tiene como ventajas que puede sumir si no cuenta con datos de HDL-colesterol una cifra de 39 mg/dl en varones y de 43 mg/dl en mujeres; además si no se tiene un electrocardiograma (ECG), se considera que no presenta HVI (Maiques G. 2003).

A su vez, las tablas de las sociedades europeas recomiendan para el cálculo de riesgo en un periodo de 10 años, utilizan las siguientes variables: edad (30-70 años), sexo, tabaco, colesterol total y presión arterial sistólica; existen 2 tipos de tablas, dependiendo si el individuo es o no diabético; el nivel de riesgo viene representado en la tabla en colores (Alemañy M. 2016).

Entre las ventajas de este tipo de tablas coloreadas o gráficos se puede destacar: son fáciles de utilizar (sólo cinco variables), permite situar al individuo en relación al resto de la población según código de color, puede servir para negociar

con el paciente y para que vea reflejados los beneficios de intervención sobre los factores de riesgo (Maiques G. 2003).

Por consiguiente, las tablas de la OMS/SIH (Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión) indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (infarto de miocardio o ataque apoplético), en un periodo de 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial sistólica, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus en 14 subregiones epidemiológicas de la OMS (Alemañy M. 2016).

Las tablas deben ser calibradas y ajustadas, es decir, adaptadas a las realidades epidemiológicas de cada país. Calibrar las tablas significa que las probabilidades de aparición del acontecimiento estimado se ajustan a la realidad. Para ello se necesitan datos sobre la incidencia de la enfermedad y la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, los riesgos asignados a cada factor de riesgo cardiovascular sí son directamente trasladables de una región a otra. La recalibración también puede ser necesaria en regiones en que se ha desarrollado originalmente la función de riesgo, pero en las que la incidencia de la enfermedad o la prevalencia de los factores de riesgo se ha modificado con el tiempo (Vega J. 2011).

Es por tanto que la tabla de riesgo más adecuada debería de cumplir, por lo menos, las siguientes características: fácil de utilizar y emplear factores de riesgo contrastados en la población; en principio, las tablas más adecuadas representadas en gráficos de colores según riesgo, ya que el paciente comprenderá mejor el beneficio del tratamiento de sus factores de riesgo; es importante también las variables que se utilizan, ya que por un lado, cuantos más factores de riesgo más complicada será la tabla (Maiques A. 2003), por lo que la tabla más adecuada para el cálculo del RCV es la que se acerque más a la realidad del individuo, sin olvidar que aunque es una herramienta valiosa para la toma de decisiones en prevención cardiovascular, debe realizarse una valoración clínica integral del paciente (Vega J. 2011).

Para Alvarez A. (2001), los factores de riesgo son aquellos signos biológicos o hábitos adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una enfermedad concreta, se dividen en 2 grandes grupos No modificables: edad, sexo, antecedentes familiares; y modificables dentro de los que destaca la dislipidemia: son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia siendo su valor normal $<200\text{mg/dl}$, e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia cuyo valor normal se considera $<150\text{mg/dl}$.

Aunque el impacto de factores de riesgo individuales como la hipertensión arterial, la dislipidemia, el hábito de fumar y la diabetes, entre otros, está bien establecido y mejora la predicción del riesgo cardiovascular, en décadas pasadas se ha apreciado un énfasis creciente en el tratamiento del riesgo cardiovascular global, el cual requiere la evaluación y el tratamiento de múltiples factores de riesgo, ya que estudios epidemiológicos a gran escala han evidenciado que los factores de riesgo tienen un efecto sinérgico, más que aditivo, sobre el riesgo cardiovascular total (Miguel P. 2009).

El impacto de la menopausia se manifiesta de distintas maneras dependiendo de los factores de riesgo cardiovasculares con los que se presente. En comparación con los hombres, las mujeres con HTA tienen una mayor tasa de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada. El control de la presión arterial (PA) es capaz de reducir considerablemente esta morbilidad y mortalidad, en ambos sexos (Lugo F. 2023).

Después de la menopausia, hay un aumento progresivo de la PA sistólica, la presión de pulso y la PA media. Este aumento es más significativo un año después de la menopausia, lo que indica una contribución directa de la misma, y es más acelerado en mujeres con menopausia temprana y en aquellas con síntomas vasomotores. Así, entre los 65 y los 74 años, la prevalencia de HTA se vuelve mayor en mujeres que en hombres (66% x 64%, respectivamente), alcanzando

proporciones aún mayores después de los 75 años (81% en mujeres y 73% en hombres). Los estudios muestran que la elevación de la PA en la posmenopausia está asociada con varios factores como el envejecimiento, la predisposición genética (responsable del 30 al 50% de la variabilidad interindividual de la PA), las hormonas sexuales, el sistema nervioso autónomo, la obesidad, la rigidez arterial, entre otros (Lugo F. 2023).

Según Lugo F. (2023), la menopausia es un factor de riesgo cardiovascular y puede estar precedida por cincuenta años vividos (o no) bajo otros factores de riesgo cardiovascular (tradicionales y/o propios de la mujer). Por ello, es necesario educar a las mujeres sobre el impacto negativo en la menopausia y períodos posteriores sobre su salud cardiovascular, para que conozcan la importancia de realizar la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo cardiovascular en la vida antes de la menopausia. Esto elevará a una reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, de los años vividos con discapacidad y de la mortalidad cardiovascular.

Es fundamental entender la menopausia como un punto más en el continuo de las etapas vitales. El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad, sin embargo, esto no quiere decir que cada mujer sea consciente de aquellos factores que conllevan a un mayor riesgo cardiovascular (OMS 2022).

En estudios realizados con mujeres, se reconoce la variabilidad y dispersión en la percepción y experiencia de la menopausia con relación a los significados socioculturales adscriptos a esta. Llamam la atención respecto al lugar que ocupa el cuerpo en este proceso, que no es siempre central ni prioritario para la mujer (6), también es posible que las mujeres no sepan que los síntomas que experimentan están relacionados con la menopausia, o que existen opciones de asesoramiento y tratamiento que pueden ayudar a aliviar las molestias. Algunas mujeres con síntomas menopáusicos se sienten incómodas o avergonzadas exponiendo su experiencia y evitan solicitar ayuda (OMS, 2022).

Expresa Kunstamann S. (2015), que la enfermedad cardiovascular de la mujer, especialmente en la posmenopausia, debe ser sospechada y tratada a tiempo, sin embargo, para que ello ocurra, se requiere de mayor educación y toma de conciencia de la enfermedad, lo que lleva a establecer el grado de importancia en describir y determinar la presencia de dichos factores de riesgo en la comunidad de Buena Vista.

La morbimortalidad cardiovascular es rara en mujeres premenopáusicas, sobre todo en ausencia de otros factores de riesgo. La incidencia de eventos cardiovasculares, que durante la edad fértil es significativamente menor en mujeres que en hombres, se iguala tras la menopausia. Así, la menopausia es considerada por sí misma un factor de riesgo cardiovascular (Pavón I., 2006). La identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, en atención primaria, en mujeres menopáusicas es factible, y fácil de implementar con variables sencillas de aplicar (Soca P., 2014). Considerando lo antes expuesto, y tomando en cuenta la menopausia como un proceso fisiológico, que con el pasar de los años toda la población femenina se verá afectada por el mismo, se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe alguna relación entre riesgo cardiovascular y la menopausia en la comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón?

En relación a los antecedentes de la presente investigación, se tienen los siguientes:

González E., y cols. (México 2018) en un estudio transversal que incluyó a 408 mujeres de 40 a 60 años clasificadas en premenopáusicas y posmenopáusicas, basado en evaluar diferencias del riesgo cardiovascular en mujeres pre y posmenopáusicas mediante la escala de riesgo Globorisk, el índice triglicéridos/c-HDL (Tg/c-HDL) y los criterios de síndrome metabólico (SM) arrojó como resultados que las mujeres en etapa posmenopáusica presentaron incremento significativo en la circunferencia de cintura, de colesterol total y triglicéridos, en comparación con las mujeres premenopáusicas.

Así mismo, Garmendia F., Ronceros G., Pando R. (Perú 2019) realizaron un estudio analítico, observacional, transversal en 95 pacientes obesas de 30 a 75 años de edad, 48 fueron menopáusicas (MENO) y un grupo control de 47 premenopáusicas (PREMENO). Se determinó que de las 95 mujeres, 45,3% tenía obesidad grado I, 28,4% grado II y 26,3% grado III. Las MENO tuvieron mayor edad, talla, PA, que las PREMENO. Por lo que se concluye que las mujeres obesas menopáusicas tienen mayor riesgo cardiovascular que las mujeres premenopáusicas obesas.

Siguiendo el contexto, Castro, J., y cols. (Venezuela 2023) desarrollaron un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra de 31 pacientes posmenopáusicas y sin antecedentes de enfermedades cardiometabólicas, se determinó que las pacientes se encontraron con sobrepeso, triglicéridos normales, colesterol total y LDL aumentado y las HDL bajas. Se observó, a partir del valor de triglicéridos de 100 mg/dl, un alto riesgo cardiovascular.

METODOLOGIA

Como Objetivo general de esta investigación se busca Comparar el riesgo cardiovascular entre las mujeres menopáusicas y no menopáusicas de la comunidad de “Buena Vista”, municipio Falcón, estado Falcón, marzo – septiembre 2024. Dentro de los objetivos específicos se tienen: 1. Conocer los factores de riesgo cardiovasculares de la población de estudio de la población de “Buena Vista”. 2. Estimar el riesgo cardiovascular en pacientes menopáusicas y no menopáusicas de la población de “Buena Vista” y 3. Relacionar el riesgo cardiovascular en pacientes menopáusicas y no menopáusicas de la población de “Buena Vista”.

Con la finalidad de dar respuesta a las interrogantes planteadas y a los objetivos propuestos se realizó un estudio correlacional, transversal, de campo, no experimental. la población estuvo conformada por un total de 52 mujeres mayores de 40 años y menores de 65 años distribuidas en dos grupos: grupo A (Control): dado por 26 mujeres no menopáusicas y grupo B (Estudio): conformado por 26 mujeres

menopáusicas que habitan en la comunidad de “Buena Vista”, municipio Falcón, estado Falcón. A través de un muestreo no probabilístico e intencional se seleccionó aquellas mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión por lo que se trabajó con pacientes menopáusicas y no menopáusicas mayores de 40 años de la localidad de “Buena Vista”, que firmaron el consentimiento informado (anexo1) aceptando su participación en el estudio, excluyendo aquellas mujeres menopáusicas que reciben terapia hormonal, con antecedentes de enfermedades cerebrovasculares, infarto y procedimientos cardiovasculares invasivos.

Técnica e Instrumento: La técnica constó con 2 fases: entrevista y observación científica constituida de tres partes: I parte factores de riesgo cardiovasculares y biológicos, II parte: riesgo cardiovascular y III parte: relación del riesgo cardiovascular. La escala de riesgo que se utilizó fue la tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISHL (por subregiones epidemiológicas) para los contextos en que se puede medir colesterol sanguíneo. Midió el riesgo de padecer un episodio cardiovascular mortal o no en un periodo de 10 años, según el sexo, edad, presión arterial sistólica, colesterol total en sangre, consumo de tabaco y la presencia o ausencia de Diabetes Mellitus. Dicha escala clasificó el riesgo en 5 niveles: riesgo bajo <10%, riesgo moderado 10% - <20%, riesgo alto 20% - <30%, riesgo muy alto 30% - <40%, riesgo muy alto >40% (anexo 2)

Procedimiento: la recolección de los datos se realizó en dos fases, a través de la entrevista en la que se llenó un formulario con datos de identificación, factores de riesgo cardiovasculares y biológicos; y por otro lado, la observación científica en la cual se realizó examen físico en búsqueda de valores de tensión arterial e índice de masa corporal; a todas las pacientes se les tomó una muestra sanguínea en ayunas para obtener los valores de colesterol total. Dichos datos fueron empleados en las tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS/ISH. (ver Anexo 3)

RESULTADOS

Tras la aplicación de los instrumentos a la muestra incluida en el estudio, se realizó la organización y codificación de los datos, aplicando la estadística descriptiva, siendo calculados promedios, desviaciones estándar, valores máximos y mínimos, así como las frecuencias absolutas, relativas y presentadas en cuadros. Asimismo, se aplicó la estadística inferencial utilizándose chi cuadrado para una significancia estadística con una $P < 0,05$ y se utilizaron tablas o gráficos obtenidos de manera computarizada a través de Microsoft Excel.

En el presente estudio fueron evaluadas un total de 52 mujeres, divididas en dos grupos, un grupo A no menopáusicas y un grupo B menopáusicas, la edad mínima en la muestra es de 40 años y la edad máxima es de 64 años. La edad promedio de los individuos es de 49,27 años. En la investigación de Garmendia F. y col, (2019), el resultado fue similar respecto a la edad. (Tabla 1).

Con respecto al diagnóstico nutricional, revela que 65,38% del grupo de no menopáusicas tuvo alteración de IMC en exceso, así como también el 88,46% del grupo de menopáusicas, lo cual se puede comparar con el estudio de Blanco J. y col, (2020), alteraciones del peso, composición corporal y prevalencia del síndrome metabólico en una cohorte de mujeres menopáusicas residentes en Mallorca. Con respecto a comorbilidades y hábitos hubo predominio de las mismas, en pacientes menopáusicas, HTA con 61,54%, DM 38,46%; hábito tabáquico 26,92% en contraste al grupo de no menopáusicas, HTA con 19,23%, DM con 11,54% y hábito tabáquico con 7,69% Igualmente lo expresan Garmendia F. y col., (2019) (Tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular de mujeres en estudio, comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón, 2024.

Edad (años)	No Menopáusicas		Menopáusicas	
	Frecuencia (N26)	Porcentaje (%)	Frecuencia (N26)	Porcentaje (%)
40 a 44	19	70,08	0	0
45 a 49	7	29,92	3	11,54
50 a 54	0	0	7	26,93
55 a 59	0	0	10	38,46
60 y mas	0	0	6	23,07
Edad X No menopáusicas 42,81 años (min 40, máx.47) DE: 2,263				
Edad X menopáusicas 55,73 años (min 47, máx.64) DE: 4,441				
Edad X de la muestra 49,27 años (min 40, máx.47) DE: 7,399				
Diagnóstico Nutricional (IMC)				
Normal	9	34,62	3	11,54
Sobrepeso	5	19,23	12	46,15
Obesidad Grado I	7	26,92	10	38,46
Obesidad Grado II	4	15,38	1	3,85
Obesidad Grado III	1	3,85	0	0
Comorbilidad y Hábitos				
Diabetes Mellitus	3	11,54	10	38,46
HTA	5	19,23	16	61,54
Hábito Tabáquico	2	7,69	7	26,92

Fuente: Goncalves, Márquez, Quevedo, Sánchez. 2024

Los grupos de mujeres menopáusicas y no menopáusicas revelan diferencias significativas en los niveles de riesgo cardiovascular. Los datos indican que las mujeres no menopáusicas presentan un perfil de riesgo cardiovascular favorable, ya que ninguna de ellas presenta niveles de riesgo igual o superior al 10%, mientras que, del grupo de mujeres menopáusicas, un 42,31% tuvieron riesgo cardiovascular igual o mayor al 10%, hallazgos semejantes a los de González E., y cols. México (2018) en el cual la prevalencia de este riesgo en el grupo de mujeres premenopáusicas fue de 1,2% y en el de posmenopáusicas de 2,3.

Tabla 2. Riesgo cardiovascular en mujeres menopaúsicas y no menopaúsicas en estudio de la comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón, 2024.

Nivel de Riesgo Cardiovascular	No menopaúsicas		Menopaúsica	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
<10%	26	100	15	57,69
10% a <20%	0		4	15,38
20% a <30%	0		5	19,23
30% a <40%	0		1	3,85
≥40%	0		1	3,85
Total	26	100	26	100

Fuente: Goncalves, Márquez, Quevedo, Sánchez. 2024

El análisis llevado a cabo en el grupo de estudio sobre el riesgo cardiovascular en mujeres menopaúsicas ha revelado hallazgos estadísticamente significativos, con un valor de chi-cuadrado de 13.951 y 4 grados de libertad, seguido de una significación de .007, por lo que se establece una relación importante entre las variables estudiadas, lo que indica que hay una asociación real entre el estado menopáusico y el riesgo cardiovascular en las mujeres del grupo analizado, igual expresaron González E., y col. (México 2018), el cual demostró que las mujeres durante la etapa posmenopáusica presentan incremento del riesgo cardiovascular, obteniendo relaciones significativas del estado hormonal con el riesgo cardiovascular (RM = 2.50, IC 95 % = 1.67-3.74) (Tabla 3).

Tabla 3: Relación del riesgo cardiovascular en mujeres menopaúsicas y no menopaúsicas en estudio. Comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón. Marzo – septiembre 2024.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,951 ^a	4	,007
Razón de verosimilitudes	18,237	4	,001
Asociación lineal por lineal	10,674	1	,001
N de casos válidos	52		

Fuente: Goncalves, Márquez, Quevedo, Sánchez. 2024

Los datos analizados no solo confirman la existencia de una relación entre el estado de menopausia y el riesgo cardiovascular en mujeres, sino que también destacan la necesidad de prestar especial atención a la salud cardiovascular de este grupo, propiciando un cambio en la forma en que se gestionan estos riesgos en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo cardiovasculares de la población de estudio fueron la hipertensión arterial presentándose en mayor proporción, seguido de sobrepeso y obesidad grado I en igual proporción, continuando con diabetes mellitus, luego tabaquismo, y en menor proporción obesidad grado II y III.

Al estimar el riesgo cardiovascular en los grupos de estudio y control de la población de “Buena Vista” se demostró que las pacientes menopáusicas presentan un mediano, alto y muy alto riesgo cardiovascular, y las no menopáusicas en su totalidad se encuentran dentro de la categoría de bajo riesgo cardiovascular.

Al establecer la relación estadística entre la menopausia y el riesgo cardiovascular se obtiene a través de la prueba chi cuadrado un valor de $P < 0,05$ lo que descarta la hipótesis nula y se acepta que existe una relación estadísticamente significativa entre las dos variables.

Se plantea entonces una clara comparación con respecto al riesgo cardiovascular, ya que las mujeres durante la menopausia presentan mayor riesgo cardiovascular, con respecto a aquellas que no han presentado la misma.

RECOMENDACIONES

A través de la atención primaria de salud, emplear estrategias educativas, con el fin de informar a las mujeres, acerca los cambios hormonales fisiológicos a lo largo de su vida y su implicación en el estado de salud en general.

Promover la actividad física, consumo de una dieta baja en grasas, carbohidratos, alta en verduras y proteínas, abandonar el consumo de tabaco, y evitar el consumo de alcohol en exceso.

Realizar seguimiento a todas aquellas pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, y antecedentes cardiovasculares, con el fin de disminuir la incidencia de complicaciones y asegurar el cumplimiento de tratamiento farmacológico y recomendaciones.

Efectuar una consulta especializada para aquellas mujeres menopáusicas, para su evaluación, diagnóstico ginecológico y cardiovascular, que garantice un abordaje integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemañy M. y col. (2016). *Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares*. Rev médica electrón [Internet]. 2016 [citado el 4 de septiembre de 2024]; 38(2):211–26. Disponible en URL: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1641/html_103
- Álvarez A. (2001) *Las tablas de riesgo cardiovascular: Una revisión crítica*. Medifam [Internet]. 2001 Mar [citado 2024 Sep 04] ; 11(3): 20-51. Disponible en: Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000300002&lng=es
- Blanco J. y col. (2020). *Alteraciones del peso, composición corporal y prevalencia del síndrome metabólico en una cohorte de mujeres menopáusicas residentes en Mallorca*. Nutr Hosp 2020;37(3):506-513 Disponible en URL: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n3/0212-1611-nh-37-3-506.pdf>.
- Bolaños B. y Ortega E. (2021). *Riesgo cardiovascular asociado a menopausia*. Revista Médica Sinergia Vol.6. 2021. [citado 2024 Abr 16] Disponible en URL: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/629>
- Capote M., (2011) *Climaterio y menopausia*. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2011 Dic [citado 2024 Abr 16]; 27(4): 543-557. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es.

- Castro J. (2023) *Relación de triglicéridos y estimación de riesgo cardiovasculares en mujeres posmenopáusicas*. Rev. Digit Postgrado.2023;12(1):e351
doi:10.37910/RDP.2023.12.1.e351. Disponible en URL:
<http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1013831001/1013831001.pdf>
- Fung L. y Uzcátegui L (2018). *Alteraciones metabólicas asociadas a la menopausia*. SOGV, 2018. 78 (Supl 1): S40 - S55. [citado 2024 Abr 02] Disponible en URL:
<https://sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/8Capitulo4.pdf>
- Garmendia F. y col (2019) *Factores de riesgo cardiovascular en mujeres obesas menopáusicas y premenopáusicas de Lima Metropolitana*. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(1) Disponible en URL: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2144>
- González E. y col (2018) *Asociación del estado hormonal con el riesgo cardiovascular evaluado por Globorisk en mujeres mexicanas*. Med Mex 2018; 154:638-644. Disponible en URL:
https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n6/GMM_6_18_638-644.pdf
- Kunstmann S. y Gainza D. (2015) *Enfermedad cardiovascular en la mujer: fisiopatología, presentación clínica, factores de riesgo, terapia hormonal y pruebas diagnósticas*. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(2) 127-132]. [citado 2024 Abr 17] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000334>
- Lugo F. (2023) *Comentario Editorial: Decodificando la enfermedad cardiovascular en la mujer* [Internet]. Revista Costarricense de Cardiología. 2023 [citado 2024 Apr 27]. Disponible en: <https://revcostcardio.com/comentario-editorial-decodificando-la-enfermedad-cardiovascular-en-la-mujer/>
- Maiques A. (2003) *Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar?*. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado el 4 de septiembre de 2024]; 32 (10):586–9. Disponible en URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-del-riesgo-cardiovascular-que-13055447>
- Miguel P. (2009) *Dislipidemias*. ACIMED [Internet]. 2009 Dic [citado 2024 Abr 16]; 20(6): 265-273. Disponible en URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012&lng=es

Organización Mundial de la Salud. OMS. “Menopausia” (2022). [citado 2024 Abr 02]

Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de Bolsillo para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra, 2008. [citado 2024 Sep 04] Disponible en URL:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43847/9789243547282_spa.pdf?s

Pavón I. y col (2006) *Obesidad y menopausia*. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 Dic [citado 2024 Abr 16]; 21 (6): 633-637. Disponible en URL:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001&lng=es.

Soca P. y col (2014) *Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en mujeres con menopausia*. Rev Fed Arg Cardiol. 2014; 43(2): 90-96. [citado 2024 Abr 16] Disponible en URL:

https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Enrique-Miguel-Soca/publication/286156215_Risk_factors_of_cardiovascular_disease_in_menopausal_women/links/5674556208aebcdda0de22fe/Risk-factors-of-cardiovascular-disease-in-menopausal-women.pdf

Pizzi R. y col. (2018) *Consideraciones Generales*. SOGV, 2018. 78 (Supl 1): S4 - S12. [citado 2024 Abr 02] Disponible en URL:

https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2018_vol78_num1_4.pdf

Torres A. y Torres R (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(2), 51-58. Recuperado en 19 de junio de 2025, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es&tlng=es

Vega J. y col (2011) *Cardiovascular risk, a useful tool for prevention of cardiovascular diseases*. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2011 Mar [citado 2024 Abr 16]; 27(1): 91-97. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100010&lng=es.

ANEXO 1.

Riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas y no menopáusicas de “Buena Vista”, municipio Falcón, estado Falcón.

Autores: Goncalves, María, Márquez Marianyely,
Quevedo Wileydis, Sánchez Alvary.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido invitado a participar en el estudio sobre la comparar la relación entre riesgo cardiovascular y menopausia realizado por: María Goncalves C.I: V-10966884, Márquez, Marianyely C.I.: V- 26.287.842, Sánchez, Alvary C.I.: V- 26.885.499, Quevedo, Wileydis C.I.: V- 26.739.419; que tiene como objetivo conocer cuál es mi probabilidad de enfermar del corazón en los próximos años. Los riesgos son mínimos, ninguno de los procedimientos particularmente implica riesgo para mi salud, si pequeñas molestias y sin embargo me beneficio conociendo mi estado de riesgo de enfermar del corazón en los próximos años. También recibiré consejos médicos que me ayudaran a disminuir este riesgo y me indicaran otros estudios si fuese necesario.

Mi participación es totalmente voluntaria, gratuita, y puedo retirarme del estudio en el momento que lo desee, sin que esto afecte el beneficio de una consulta especializada, referencia o tratamiento.
Para ello firmo el presente documento:

NOMBRE Y APELLIDO

FECHA: ____ / ____ / ____

Cualquier duda o inquietud puedo comunicarme a este número: 04126669161

ANEXO 2.

Riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas y no menopáusicas de “Buena Vista”, municipio Falcón, estado Falcón.

Autores: Goncalves, María, Márquez Marianely,
Quevedo Wileydis, Sánchez Alvary.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

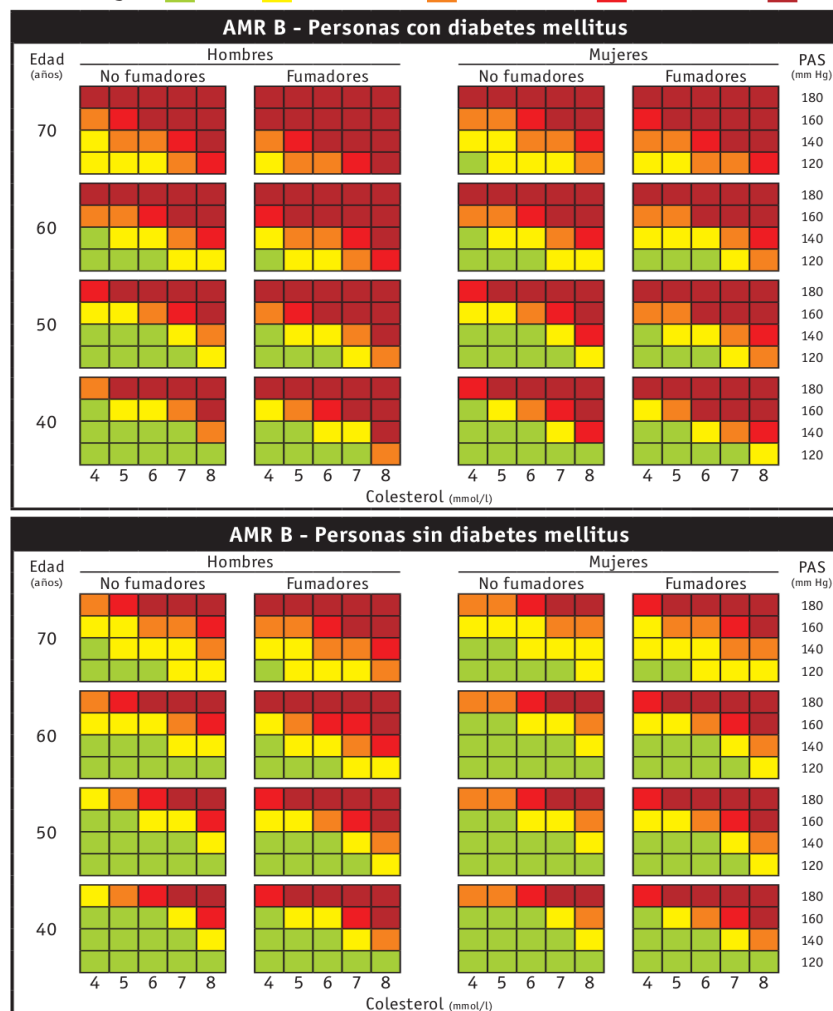
DATOS PERSONALES			
NOMBRES Y APELLIDOS:			
EDAD:	C.I:	NO. DE TELÉFONO:	
I PARTE: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y BIOLÓGICOS			
1. Menopausia: NO ____ SI ____			
2. Edad de la menopausia: PRECOZ ____ NORMAL ____ TARDÍA ____			
3. Tipo de menopausia: FISIOLÓGICA ____ QUIRÚRGICA ____			
4. Antecedentes de Diabetes Mellitus	NO ____	SI ____	
5. Antecedentes de Hipertensión Arterial	NO ____	SI ____	
6. Hábito tabáquico	NO ____	SI ____	
7. Colesterol total (mmol/l)			
EXAMEN FÍSICO			
8. TA	9. PESO	10. TALLA	11. IMC
BAJO PESO ____ NORMAL ____ SOBREPESO ____ GRADO DE OBESIDAD ____			
II PARTE: RIESGO CARDIOVASCULAR			
1. Porcentaje de riesgo cardiovascular del paciente: <10% ____ 10% a <20% ____ 20% a <30% ____ 30% a <40% ____ 40% ≥40% ____			
III PARTE: RELACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR			
1. Relación cardiovascular en paciente menopáusica			p <0.05
____ NO ____			SI
2. Relación cardiovascular en paciente no menopáusica			SI
____ NO ____			

ANEXO 3.

PORCENTAJE DE RIESGO DEL PACIENTE

Figura 2. Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión B de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).



Adulta Mayor. Sector Pueblo Nuevo. Coro estado Falcón. Fuente: Acosta (2017)

IMPACTO DEL SÍNDROME GENITOURINARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION MENOPÁUSICA DE AMUAY.

Goncalves P., Maria¹; Chávez C., Diego²; Mora H, Jesus³; López P., C Cirmary⁴.

mariadeluz100@gmail.com¹ <https://orcid.org/0009-0000-2366-6081>¹
diegochavez1796@gmail.com² <https://orcid.org/0009-0000-4747-9651>²
jesuenriquemorahurtado9@gmail.com³ <https://orcid.org/0009-0009-1442-2486>³
dylancir07@gmail.com⁴ <https://orcid.org/0009-0007-7114-6778>⁴

¹IVSS. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Postgrado de Ginecología y Obstetricia.
 Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.

RESUMEN

Síndrome genitourinario, define la recopilación de signos y síntomas que surgen de la disminución de la estimulación estrogénica del tracto vulvovaginal y urinario inferior. **Objetivo:** Evaluar el impacto del síndrome genitourinario en la calidad de vida de la población menopáusica de Amuay, municipio Los Taques, estado Falcón, septiembre 2023 – marzo 2024. **Metodología:** investigación correlacional, prospectiva, de campo no experimental; muestra 61 pacientes menopáusicas, seleccionadas a través de muestreo no probabilístico, intencional. **Resultados:** Edad promedio 61.9 años, casadas 81.97%, secundaria incompleta 31.15%, ama de casa 83.6%, paridad II-III 50.82%, menopausia fisiológica 98.36%. Calidad de vida evaluada a través del cuestionario DIVA, impacto en: actividad diaria 59.32% moderado; bienestar emocional 28.82% a veces; función sexual 52.55% moderado; autopercepción e imagen 40.68% algo cierto; significancia estadística: p ,0013. **Conclusión:** Existe correlación estadísticamente significativa entre el síndrome genitourinario y la afectación de la calidad de vida en pacientes menopáusicas de la comunidad de Amuay.

Palabras clave: Menopausia, síndrome genitourinario, cuestionario DIVA, calidad de vida.

IMPACT OF GENITOURINARY SYNDROME ON THE QUALITY OF LIFE OF THE MENOPAUSAL POPULATION OF AMUAY.

ABSTRACT

Genitourinary syndrome, defines the collection of signs and symptoms arising from the decrease of estrogenic stimulation of the vulvovaginal and lower urinary tract. **Objective:** To evaluate the impact of genitourinary syndrome on the quality of life of the menopausal population of Amuay, Los Taques municipality, Falcón state, September 2023 - March 2024. **Methodology:** correlational, prospective, non-experimental field research; sample 61 menopausal patients, selected through non-probabilistic, intentional sampling. **Results:** mean age 61.9 years, married 81.97%, incomplete high school 31.15%, housewife 83.6%, parity II-III 50.82%, physiological menopause 98.36%. Quality of life assessed through the DIVA questionnaire, impact on: daily activity 59.32% moderate; emotional well-being 28.82% sometimes; sexual function 52.55% moderate; self-perception and image 40.68% somewhat true; statistical significance: p ,0013. **Conclusion:** There is a statistically significant correlation between genitourinary syndrome and the affectation of quality of life in menopausal patients in the community of Amuay.

Key words: Menopause, genitourinary syndrome, DIVA questionnaire, quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la salud vaginal se manifiestan cambios fisiológicos con la edad, que tienen estrecha relación con el sistema genitourinario y la sexualidad. Está descrito, que una de cada dos mujeres que están atravesando por la etapa de la menopausia; estas sufren de cambios inadvertidos a nivel de su sistema uroginecológico a causa de un estado prolongado de hipoestrogenismo. El tracto genitourinario es particularmente sensible al déficit de estrógenos, lo cual conduce, en cerca de la mitad de las mujeres postmenopáusicas, a presentar síntomas relacionados con la atrofia urogenital, y, en consecuencia, a la afectación de la función sexual (Pou, E., 2021).

Del mismo modo, el SGU tiene un impacto en la calidad de vida de las mujeres menopausias, en esta etapa, son más vulnerables y se afecta de forma significativa su salud física y emocional, con mucha frecuencia puede causar angustia, baja autoestima y cambios en las relaciones interpersonales, y como resultado el aislamiento social, además de los problemas que puede ocasionar en la intimidad, aspectos importantes, sobre todo si se toma en cuenta que la menopausia constituye un cambio fisiológico en la vida de la mujer, y que debe ser vista como una etapa de crecimiento y bienestar, llena tanto de desafíos como de oportunidades. (Silva, A. y col. 2018).

Tomando en consideración lo descrito por Baquedano, L. et al. (2020), estos cambios acarrearán a su vez, el afloramiento de un conjunto de signos y síntomas que se denominan en conjunto como el Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGUM) introducido por primera vez en el año 2014, por consenso de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer y Sociedad Norteamericana de Menopausia. Se trata de una alteración crónica y progresiva que afecta al área vulvovaginal, sexual y al tracto urinario inferior, no secundarios a otras causas como infecciones, alergias, condiciones de la piel, disfunción de los músculos del piso pélvico o cistitis.

En este aspecto, Pou, E., (2021) señala que en Estados Unidos se reporta que el 50% de las mujeres entre los 55 a 85 años padecen síntomas relacionados con el envejecimiento urogenital, los cuales afectan en algún momento de su vida, el síndrome puede incluir, pero no se limita, a los síntomas genitales, el ardor o el prurito de la vulvovaginitis atrófica, secundario a la sequedad e irritación de la mucosa vulvovaginal, puede ser grave y suficientemente debilitante como para afectar no solo la tranquilidad y confort de la mujer, en sus actividades diarias. Se incluyen los síntomas urinarios de urgencia, disuria, e infecciones recurrentes del tracto urinario.

Por consiguiente, el SGUM tiene alta prevalencia, las cifras varían según los estudios, pero en España, lo sufren hasta el 90% de las mujeres postmenopáusicas de 55 a 75 años. En un porcentaje alto de mujeres, el SGM afecta negativamente a su salud en general y a su sexualidad, disminuyendo su calidad de vida. A pesar de ello, sólo una de cada cuatro consulta al especialista por este motivo. En consecuencia, el diagnóstico y el tratamiento del SGM son insuficientes. Debe tenerse en cuenta que, sin un tratamiento adecuado, los síntomas de SGM progresarán en el tiempo. (De la Hoz, E.; Orozco, H., 2018).

De igual manera, investigación realizada por Monterrosa, A.; Portela, K. (2014), menciona, que se ha reportado en mujeres colombianas un 26,4% de sequedad vaginal y 26,2% de dificultades sexuales en la posmenopáusicas el porcentaje fue de 56,9% y 56,1%, respectivamente. Su frecuencia es difícil de determinar ya que no se suele diagnosticar en todos los casos, así que la cifra de prevalencia es dispar en los distintos estudios. Se estima, en Occidente, un 8% de mujeres con problemas urogenitales provoca graves cambios en la vida de las mujeres. Se estima que la calidad de vida se ve afectada en un 30-50%. Además, un 29% de ellas consideran que les afecta en su estado de ánimo y un 50% consideran que afecta a su satisfacción sexual.

Tomando en cuenta lo antes expuesto, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es el impacto del síndrome genitourinario en la calidad de vida de la población

menopáusica de Amuay, Municipio los Taques, Estado Falcón?, por lo tanto, la investigación se justifica a partir de la necesidad que tiene el ser humano de generar nuevo conocimiento, que contribuya al logro de un estado de completo bienestar físico, mental y social, definición del concepto de salud que ha establecido la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la constitución de 1946 y la cual se enmarca en el impacto del síndrome genitourinario en la calidad de vida de la población menopáusica de Amuay, Municipio Los Taques, Estado Falcón.

Es necesario que, con el desarrollo de la investigación, se logren conocer los aportes y avances que se ha tenido hasta la actualidad, así como la evolución de la enfermedad y determinar las complicaciones más frecuentes por la Incidencia de Síndrome Genitourinario en pacientes menopáusicos en la comunidad donde se realizará el estudio.

En la dimensión social, se justifica en el hecho de que la salud depende de factores múltiples e impacta en diferentes niveles, influyendo sobre el bienestar de las personas y sus comunidades, por lo tanto también afecta la vida de los países y el desarrollo de las regiones del mundo, lo que la convierte en un bien individual de alto valor para la sociedad, por lo que el Síndrome Genitourinario se convierte en una situación de riesgo para las mujeres, especialmente las Pacientes Menopáusicas, abordándose desde la ejecución de un diagnóstico completo y enmarcado en Venezuela, específicamente en la comunidad de Amuay, Municipio Los Taques, estado Falcón y en la dimensión científica, se requiere intervenir la solución de los problemas desde el conocimiento teórico de la realidad, donde la generación de conocimiento mediante procedimientos científicos es relativamente reciente.

Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad. Tenemos que entender que podemos sentirnos saludables y no estarlo, o estarlo (salud objetiva) y no sentirnos saludables. Es por ello que se en la presente investigación se plantea como Objetivo General, evaluar el impacto del síndrome genitourinario en la calidad de vida de la población menopáusica de Amuay,

municipio Los Taques, estado Falcón, durante septiembre 2023 - marzo 2024. De manera específica: Identificar las características sociodemográficas y biológicas de la población menopáusicas de la comunidad Amuay, determinar la frecuencia del síndrome genitourinario y la calidad de vida de la población menopáusica y correlacionar el síndrome genitourinario y la calidad de vida de la población de estudio.

DESARROLLO

En relación a la definición del SGM se utiliza para sustituir al término "atrofia vulvovaginal, atrofia urogenital o vaginitis atrófica " como el conjunto de signos y síntomas genitourinarios asociados a la disminución de estrógenos (Palacios S, et al. (2019), incluye síntomas y signos que conllevan a cambios en los labios mayores, clítoris, vestíbulo, introito, vagina, uretra y la vejiga. El síndrome puede incluir, pero no se limita, a los síntomas genitales, sino que además incluye los síntomas urinarios. Con el paso del tiempo y el aumento de la esperanza de vida, han surgido nuevas patologías que han mermado la calidad de vida de las personas. (Duarte, M; Vargas, S., 2020).

Es importante señalar, que el factor genético aunado a la influencia de los factores ambientales, determina el proceso de envejecimiento en la mujer. La reducción de los niveles de estrógenos, que ocurre luego de la menopausia ocasiona una serie de modificaciones en numerosas zonas del cuerpo femenino, a las que no escapa el piso pélvico y el área urogenital, debido a la presencia de receptores de estrógenos en estas zonas anatómicas, es por ello que en la menopausia se presentará en algún momento, síntomas genitourinarios importantes que afectarán la calidad de vida de la mujer. Escribano J, et al (2016).

En lo que respecta a la sintomatología, su severidad SGU varía con relación al tiempo transcurrido desde la aparición de la menopausia, siendo la mayoría de ellos más frecuentes e intensos luego de cinco años. En contraste a los síntomas vasomotores que suelen ser más leves a lo largo del tiempo, los síntomas del SGU

tienen impacto mucho mayor en la calidad de vida de las mujeres afectadas, ya que rara vez se resuelven espontáneamente, presentando un deterioro progresivo e irreversible si no se tratan, lo que impacta negativamente su confianza e intimidad (De la Hoz, E.; Orozco, H., 2018).

Se estima que, la expectativa de vida en la mujer para el año 2050 es de 81 años y la edad media de la menopausia es 51 años, por tanto, muchas de ellas vivirán un 40% de sus vidas afectadas por el SGM (Escribano J, et al., 2016). se debe entonces tener conocimientos e información actualizada sobre dicha patología y su relación con la calidad de vida ya que, al ser identificada, diagnosticada y tratada precozmente, permite favorecer la posibilidad de prevenir estos síntomas y su repercusión en la vida de las pacientes.

En cuanto al diagnóstico, tomando en cuenta los aportes de Erikson, E. A., et al. (2013), se fundamenta en la presencia de al menos dos síntomas o de un signo y un síntoma, que sean considerados como molestos y que se asocien a la menopausia y no se relacionen a otra causa, su evolución es crónica y progresiva, además, reduce significativamente la calidad de vida. Sin embargo, a pesar de las molestias y el deterioro de la calidad de vida que ocasiona, está infradiagnosticado e infratratado. Las causas principales de la falta de diagnóstico son el fallo en la comunicación entre médico y paciente y el desconocimiento del SGM en la población femenina, porque los consideran como parte natural del envejecimiento (Palacios S, et al., 2019).

Es así como el SGM se puede convertir en un problema, dado el drástico impacto que le genera a la calidad de vida de las mujeres afectadas, pudiendo tener implicaciones negativas en la salud, la sexualidad, el bienestar y la relación de pareja. (De la Hoz, E.; Orozco, H., 2018). Escribano J, et al (2016), Menciona que este síndrome provoca graves cambios en la vida de las mujeres. Se estima que la calidad de vida se ve afectada en un 30-50%. Además, un 29% de ellas consideran que les afecta en su estado de ánimo y un 50% consideran que afecta a su satisfacción sexual. Además, estos síntomas se asocian a una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en las mujeres menopáusicas.

En Venezuela; en el servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios, Angulo, Calderón, (2017) realizó un estudio de intervención a pacientes que tenían el diagnóstico de posmenopausia y refirieron síndrome genitourinario, con la finalidad de lograr la mejora de la sintomatología tanto vaginal como urinaria; debido a la problemática existente en la población y el poco acceso a las terapias, se comienza la actualización en teoría y se experimenta nuevo manejo de fácil acceso para la población menopaúsica.

Al mismo tiempo, los cambios en la sociedad y el empoderamiento de las mujeres para romper los tabúes y buscar su bienestar, han impulsado el desarrollo de distintos tratamientos para tratar los síntomas urogenitales mientras que muchas mujeres posmenopáusicas tienen características de SGM, la prevalencia de los síntomas se documenta consistentemente en torno al 50 % en las mujeres posmenopáusicas, y aumenta hasta el 70% en mujeres mayores de 70 años. El SGM es una condición crónica y por lo tanto requiere terapia a largo plazo. De igual manera se ha visto que los síntomas vuelven cuando se interrumpe el tratamiento. (Palacios S, et al. 2019).

Estudios previos

Desde una perspectiva general, el presente trabajo tiene como base fundamental bibliografías y estudios exhaustivos en el área de Ginecología tales como los siguientes:

Monterrosa, Redondo, Monterrosa-Blanco (2021) en México, realizaron una investigación titulada, evaluación del síndrome genitourinario de la menopausia con el cuestionario de síntomas vulvovaginales en afrodescendientes del caribe colombiano Con una muestra 369 pacientes, Grupo etario predominante 45-49 años, 104 mujeres (28,2%), con edad promedio de $49,1 \pm 5,8$, paridad 3,9 hijos $\pm 1,8$. Los síntomas manifestados con más frecuencia fueron: irritación, prurito y sequedad vulvovaginal. 86 paciente tenían síndrome genitourinario de la menopausia. En el 20.6% se identificó afectación en la sexualidad, el 22.1% repercusiones en la calidad

de vida y en el área emocional 25.6%. Un porcentaje significativo, 23.3%, de las mujeres encuestadas tenía síndrome genitourinario de la menopausia, concluyen que el síndrome genitourinario de la menopausia se asocia con disminución de la calidad de vida.

En España, Martínez (2020) con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención compleja en salud sexual, en consulta individual con la matrona, en la mejora de la calidad de vida de mujeres con SGM, realizó un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado de grupos paralelos, con evaluación ciega de la variable respuesta. Evaluaron 250 mujeres de 45 a 65 años con SGM, con edad promedio fue de 54,02 años, edad media de menopausia 48,91, estado civil 72,8% casadas, predominaron las mujeres con estudios secundarios, 36% mujeres. La variable principal fue la calidad de vida en la Menopausia (Cuestionario Cervantes-Breve), y las variables secundarias fueron sociodemográficas, relacionadas con la historia sexual y el SGM. Se concluyó que esta patología es un cuadro frecuente que multiplica por cuatro el riesgo de disfunción sexual y repercute en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

Moral, Delgado, y Carmona (2018), en España, realizaron un estudio sobre el impacto del síndrome genitourinario de la menopausia en el bienestar, el funcionamiento y la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas, participaron 430 mujeres que presentaron al menos 1 síntoma vaginal en el estudio GENISSE, fue observacional, descriptivo, transversal, metacéntrico. Las mujeres tenían una edad media de 58,1 años (DE, 6,9 años) y experimentaron su última menstruación 9,1 años (DE, 6,8 años) antes de su inclusión en el estudio.

Presentaban principalmente menopausia natural (89,8%) , el 40,0% y el 33,0% de ellos reportaron una opinión muy buena o buena sobre su estado de salud, respectivamente. La mayoría (72,1%) estuvo sexualmente activa en el último mes. 299 mujeres (70,7%) tenían síntomas vaginales, con diagnóstico de GSM. Las puntuaciones en el cuestionario DIVA fueron significativamente más altas en mujeres con diagnóstico de GSM que en aquellas sin esta afección. Vale resaltar que, en la

literatura consultada existen pocos antecedentes nacionales, regionales, ni locales relacionados con la presente investigación, por eso se presentan las encontradas.

Referencias teóricas

Se puede decir, que la menopausia es un evento biológico normal que afecta a todas las mujeres, y se le define como la pérdida permanente de la función ovárica por la depleción de la reserva ovárica, para la edad de 37 años la cantidad de folículos se reduce a 25 000, y en la menopausia se encuentra una menor cantidad o ninguna en existencia. Definiéndose entonces como la última menstruación, siendo este, un diagnóstico clínico retrospectivo, debido a que esa última menstruación solo se puede determinar luego de 12 meses de amenorrea pudiendo ser natural o inducida (radioterapia, quimioterapia, cirugía) (Pizzi, R., y Parilli, M., 2018).

Al inicio de la menopausia se produce una disminución de los niveles de inhibina, hormona que regula a la baja la síntesis de FSH, con niveles de estradiol normales o ligeramente bajos. Estos primeros cambios hormonales dan lugar a un acortamiento de la fase folicular dependiente de estrógenos y, por ende, a ciclos menstruales de menor duración. Los niveles séricos de FSH empiezan a aumentar debido a la atresia de folículos ováricos y por esto desciende la producción de estrógenos (Torres y Torres 2018).

Además de los cambios orgánicos que la mujer va a sentir en su organismo, son esencialmente involutivos. Más acusados en las estructuras del aparato genital, pero que se extienden a otros órganos que no tienen una relación tan directa con las influencias hormonales, pues básicamente estos cambios orgánicos son inducidos por la caída de los niveles estrogénicos descritos. No obstante, junto a los cambios dependientes del climaterio, hay otros coincidentes con él y que son debidos a un envejecimiento general de los tejidos. Así pues, no todos los cambios que ocurren en esta edad, deben ser achacados al climaterio; el envejecimiento tisular, tiene también un importante papel. (Pizzi, y Parilli, 2018).

Ahora bien, las vías urinarias bajas, por proximidad y por la existencia de receptores estrogénicos en su estructura, son muy sensibles a la acción estrogénica, por eso la menopausia va a provocar cambios. Hay atrofia de los epitelios vesical y uretral y relajación y atrofia de su pared muscular, así como del sistema ligamentario de sostén. Este hecho y posibles lesiones previas en el suelo perineal, provoca que los prolapsos genitourinarios alcancen su máxima incidencia en esta época. Esto va a tener consecuencias clínicas, favoreciéndose la incontinencia urinaria, las infecciones y los prolapsos. Mendoza (2019).

Según Pizzi, y Parilli, (2018), la edad en que se presente puede ser: menopausia precoz: ocurre antes de los 45 años; menopausia tardía: tiene lugar después de los 55 años y fallo ovárico precoz es el que se produce en una mujer menor de 40 años, sea transitorio o no. Debido a su presentación puede ser: natural, la que ocurre de forma gradual y progresiva, por el normal envejecimiento del ovario, artificial, es la provocada por la castración quirúrgica (extirpación de los ovarios con o sin histerectomía), o por mecanismos destructores de las células germinales como son las radiaciones y la quimioterapia. Menopausia es el momento en que cesa la menstruación de manera definitiva representando el fin de la etapa fértil de la mujer y queda englobado dentro de la perimenopausia.

En todo este proceso las pacientes pueden experimentar lo que se conoce como el síndrome climatérico, que engloba un patrón de sangrado anómalo, síntomas vasomotores, alteraciones psicológicas, cambios metabólicos, alteraciones musculo esqueléticas, o el síndrome genitourinario. Estos síntomas han sido subestimados a lo largo de los años, bien por la falta de tratamientos, o bien porque las mujeres los consideraban, de forma errónea, como parte del proceso de envejecimiento y se resignaban vivir con ellos (Torres y Torres 2018).

Específicamente el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) se consideró el termino adecuado para el conjunto de síntomas y signos asociados con una disminución de estrógenos y otros esteroides sexuales que implican cambios en labios mayores/labios menores, clítoris, vestíbulo/introito, vagina, uretra y vejiga donde en el cual la disminución de estrógenos circulantes, asociada con la transición menopáusica se correlaciona estrechamente con: disminución de lactobacilos vaginales, aumento del pH, alteración de la morfología epitelial, disminución del flujo vascular y reducción de las secreciones fluidas de la vagina Monterrosa, Portela, (2014).

En consecuencia, ausencia de estrógenos, aumenta la proliferación del tejido conjuntivo, hay fragmentación de la elastina, y el colágeno se hialiniza. El hallazgo clínico de la pérdida de los pliegues rugosos vaginales y el adelgazamiento del epitelio se presentan a los 2–3 años de postmenopausia. La ausencia de rugosidades se debe a la pérdida del soporte de colágeno del epitelio vaginal. (Pizzi, Parilli 2018).

Así mismo los síntomas y signos como pérdida de libido, pérdida de excitación, falta de lubricación, dispareunia, disorgasmia, dolor pélvico, sangrado o manchado durante las relaciones sexuales son los determinantes más importantes de la función sexual con un impacto significativo en la calidad de vida a causa de la atrofia vaginal. (Monterrosa, Portela, 2014).

El diagnóstico se basa en la presencia de al menos dos síntomas o de un signo y un síntoma, que sean considerados como molestos y que se asocien a la menopausia y no se deban a otra causa. Históricamente, las dos principales mediciones objetivas, tanto para diagnóstico como para evaluación de eficacia terapéutica, han sido el pH vaginal, y el índice de maduración vaginal (IMV). Teniendo en consideración el diagnóstico realizado podemos recetar medicamentos con el objetivo de aliviar los síntomas proporcionados por ese período (Palacios et al., 2019).

Existe una relación significativa entre el síndrome genitourinario y la calidad de vida, ya que esta es definida como un estado de satisfacción general, una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, incluyendo como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva; Y también como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Moral et al., 2018).

Los síntomas del síndrome, como la incontinencia urinaria, el dolor pélvico o la disfunción sexual, pueden causar limitaciones físicas y emocionales que afectan la capacidad de realizar actividades cotidianas y sexuales. Además, estos síntomas pueden llevar a dificultades en las relaciones interpersonales, generando estrés y afectando la autoestima de los individuos, desencadenando sentimientos de inhibición, baja autoestima y vergüenza en la mujer, además de cambios de estados de ánimo e irritabilidad (Arañó, P et al. 2009).

Objetivos de la investigación

Se plantea como objetivo general para la presente investigación: Evaluar el impacto del síndrome genitourinario en la calidad de vida de la población menopáusica de Amuay, municipio Los Taques, estado Falcón, septiembre 2023 – marzo 2024, y dentro de los

Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas y biológicas de la población menopáusicas de la comunidad Amuay.
2. Determinar la frecuencia del síndrome genitourinario y la calidad de vida de la población menopáusica.
3. Correlacionar el síndrome genitourinario y la calidad de vida de la población de estudio

METODOLOGIA

Se realizó un estudio correlacional, de corte transversal, diseño de campo, no experimental, la población estuvo constituida por 61 pacientes menopáusicas que habitan en Amuay, municipio Los Taques, Estado Falcón. La muestra representa la totalidad de la población y fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico, tipo intencional.

Criterios inclusión:

- Mujeres menopáusicas que habitan en Amuay, municipio Los Taques, Estado Falcón.
- Firma del consentimiento informado. (Anexo1)

Criterios de exclusión:

- Menopáusicas con tratamiento hormonal.
- Pacientes con enfermedades crónicas (diabetes mellitus; nefropatías, entre otras).
- Mujeres con cirugías vaginal (Piso pélvicos, fistulas, entre otros).
- Con alteraciones psiquiátricas.

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos:

Técnica: la recolección de datos se realizó en 2 fases, una primera fase donde se aplicó como técnica la entrevista y una segunda fase dada por un examen ginecológico donde se aplicó la observación científica.

Instrumento: Dividido en 4 partes: (Anexo 2)

Parte 1. Datos de identificación: Nombre, apellido y cedula.

Parte 2. Donde se recogen las características sociodemográficas y biológicas: Edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, paridad, tipo y tiempo de menopausia, si recibió o no tratamiento hormonal.

Parte 3. La cual está dada por un **Cuestionario de síntomas vulvovaginales** (VSQ) que se sustenta en 2 pilares, un primer pilar de síntomas distribuido por 9 preguntas cerradas y un segundo pilar de 11 signos, que se evalúan en la exploración ginecológica. La presencia de 2 síntomas ó 1 síntoma y un signo confirma el diagnostico de SGM este cuestionario está validado internacionalmente. (Erekson, et al. 2013)

Parte 4. Toda paciente que posterior a la aplicación del VSQ se le diagnosticó síndrome genitourinario, se le aplicó una encuesta denominada impacto diario sobre el envejecimiento vaginal (DIVA) por sus siglas en inglés, instrumento validado y utilizado a nivel internacional, el cual mide el grado de afectación en su calidad de vida. (Huang, et al. 2015)

Está compuesto por 22 ítems, agrupados en 4 escalas de dominio: actividades de la vida diaria (5 ítems), bienestar emocional (4 ítems), funcionamiento sexual (8 ítems) y autopercepción e imagen corporal (5 ítems). Todas las preguntas cuentan con escalas de respuesta mediante escala Likert con valores entre 0 a 4. Cada ítem se puntuó de 0 a 4 (0 nada, 1 un poco, 2 moderadamente, 3 bastante y 4 extremadamente). La escala del dominio del funcionamiento sexual, fue respondida únicamente a mujeres sexualmente activas, es decir, aquellas que estuvieron sexualmente activas en el último mes. La puntuación total de cada escala de dominio se calculó utilizando las puntuaciones medias de los ítems individuales, los valores más altos indican un impacto más severo.

Procesamiento de los Datos: la tabulación fue de tipo manual, las variables se distribuyeron de acuerdo con las categorías o códigos previamente definidos y representados a través de porcentajes y datos de frecuencias absolutas y relativas.

La representación gráfica se realizó en base a tablas, los cuales se realizaron de forma computarizada a través del Paquete Microsoft Excel 2020e IBM-SPSS versión 25, y para el análisis estadístico, se utilizó estadística descriptiva e inferencial SPSS versión 20: frecuencias, porcentaje, desviaciones estándar y estadística inferencial a través de Chi-cuadrado (χ^2) e índice de correlación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

A través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional se seleccionaron 61 pacientes menopáusicas de la población de Amuay, municipio Los Taques, Estado Falcón, a quienes se les evaluó la presencia del síndrome genitourinario y su impacto en la calidad de vida, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1. Características sociodemográficas y biológicas de la población menopáusica de la comunidad de Amuay.

Edad (años)	FRECUENCIA (N61)	PORCENTAJE (%)
46-50	10	16,39
51-55	6	9,85
56-60	9	14,75
61-65	12	19,67
66-70	15	24,59
71 y más	9	14,75
Edad X 61,9 años (min 46, máx.78) Std. Error: 1,093. DE: 8,538		
Estado Civil		
Casada	50	81,97
Soltera	4	6,56
Viuda	4	6,56
Unión Libre	3	4,91
Nivel de Instrucción		
Primaria completa	16	26,23
Secundaria incompleta	19	31,15
Secundaria completa	11	18,03
Universitario	15	24,59
Ocupación		
Ama de Casa	51	83,6
Docente	3	4,92
Secretaria	3	4,92
Lic Enfermería	2	3,28
Ing. Química	1	1,64
Turismo	1	1,64
Paridad		
Nulípara	2	3,28
I G	3	4,92
II - III G	31	50,82
IV G y mas	25	40,98
Tipo de Menopausia		
Fisiológica	60	98,36
Quirúrgica	1	1,64
Edad X 46,15 (min 35 máx. 53) Std. Error: ,463 DE: 3,614		

Fuente: Goncalves Maria; Chávez Diego; Mora Jesús; López Cirmar (2024).

Se evaluaron 61 mujeres menopáusicas, pertenecientes a la comunidad de Amuay, Municipio Los Taques, seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional; En relación a las Características sociodemográficas y biológicas tal como se observa en la tabla 1, la edad promedio fue de 61,9 años, con una edad mínima de 46 y máxima de 78, con 8.53 DE, predominó el grupo etario 66 a 70 años, con 24,59 % (15 mujeres), resultado que difiere los estudios consultados como referencia, donde la edad promedio oscila entre $49,1 \pm 5,8$, y 58,1 años. En cuanto al estado civil, 81,97% son casadas y el 31.15% tienen secundaria incompleta, características que predominaron en el estudio realizado por Martínez, L., (España, 2019) quien encontró predominio de estado civil casada en 72,8% (182 mujeres), y con estudios secundarios, 36% (90 mujeres)

En relación a la ocupación 83,6% son amas de casa, variable que no fue estudiada en las investigaciones de referencia. En lo referente a la paridad Castro, A., Mendoza, V., Blanco, A., (México, 2019) encontraron una media de 3,9 hijos $\pm 1,8$, resultado que difiere del encontrado en Amuay 2024, donde predominaron las mujeres con II –III Gestas en 50,82% (31). Se observó que 98,36% de las mujeres, refiere menopausia fisiológica, con edad promedio de aparición para la muestra de 46,5 años, edad mínima de 35 y máxima de 53 años con 3,614 DE, dato similar a la estadística nacional (rango entre $48,7 \pm 4,6$ años en Venezuela) y al encontrado por Moral, E., Delgado, J., Carmona, F., (España, 2018) 89,8% presentaban principalmente menopausia natural.

Tabla 2. Calidad de Vida de la población menopáusica con Síndrome Genitourinario.

Síndrome Genitourinario	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	59	96,72
No	02	3,28
DOMINIOS		
Actividades Diarias	FRECUENCIA (N59)	PORCENTAJE (%)
Nada	0	0
Un poco	21	35,59
Moderada	35	59,32
Bastante	3	5,09
Extremadamente	0	0
Bienestar Emocional		
Nunca	15	25,42
Rara vez	7	11,86
A veces	17	28,82
Con bastante frecuencia	14	23,73
Muy a menudo	6	10,17
Función sexual		
Nada	0	0
Un poco	12	20,34
Moderada	31	52,55
Bastante	10	16,95
Extremadamente	1	1,69
No aplica	5	8,47
Autopercepción e imagen		
Nada cierto	2	3,39
Un poco cierto	10	16,95
Algo cierto	24	40,68
Mayormente cierto	22	37,29
Definitivamente cierto	1	1,69

Fuente: Goncalves Maria; Chávez Diego; Mora Jesús; López Cirmar (2024).

En relación a la calidad de vida, evaluada en 59 (96,72%) pacientes que fueron diagnosticadas con síndrome genitourinario de la menopausia, 59.32% afirmó que presenta una moderada afectación en la actividad física, 28.82% manifiesta que a veces presenta afectación en el bienestar emocional, 52.55% expresa una afectación moderada en relación a la función sexual y el 40.68% afirman que es algo cierto que se ve afectada a nivel del dominio de autopercepción e imagen, (tabla 2), datos que

se encuentran en concordancia con los presentados en España, 2018 por Moral, E., Delgado, J., Carmona, F., quienes expresan que los mayores impactos se produjeron en las escalas de dominio del funcionamiento sexual, la autopercepción y la imagen corporal.

Tabla 3. Correlación entre Síndrome Genitourinario y calidad de Vida de la población menopáusica.

Correlación		
	SGU	Calidad de vida
Correlación de Pearson.	1	-,321*
SGU Sig. (2-tailed)		,013
N	59	59
Calidad de vida Correlación de Pearson.	-,321*	1
Sig. (2-tailed)	,013	
N	59	59

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Existe una correlación estadísticamente significativa entre la presencia del síndrome genitourinario y la afectación de la calidad de vida en las pacientes menopáusicas de la comunidad de Amuay, $p = ,013$; (tabla 3), correlación que difiere del estudio de Castro, A., Mendoza, V., Blanco, A., (México, 2019) donde no observó asociación entre las etapas de la menopausia y el Síndrome Genitourinario.

CONCLUSIONES

Se evaluaron 61 mujeres, 59 presentaron Síndrome Genitourinario, con edad promedio de 61,9 años, en su mayoría ama de casa, casadas, con secundaria incompleta, multíparas; con menopausia fisiológica en promedio a los 46,5 años.

Se observó afectación en todos los dominios de calidad de vida evaluados, con predominio moderado en la actividad diaria y en la función sexual; con cambios algo ciertos en su autopercepción e imagen y en el bienestar emocional.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia del síndrome genitourinario y el impacto en la calidad de vida en las pacientes menopáusicas de la comunidad de Amuay, dado por una $p < 0.05$.

RECOMENDACIONES

Realizar charlas informativas sobre los signos y síntomas del Síndrome genitourinario y las opciones de tratamiento disponible.

Incluir la guía diagnóstica del Síndrome genitourinario en la consulta integral en los ambulatorios para realizar diagnóstico precoz y establecer el tratamiento oportuno.

Establecer enfoques terapéuticos personalizados, individualizando a cada una de las pacientes y así determinar la necesidad de valoración en una consulta especializada.

BIBLIOGRAFIA

- Angulo, F y Calderón, L. C., (2017). *Síndrome genitourinario en la menopausia: tratamiento con plasma rico en plaquetas*. Disponible en URL: https://www.sogvzla.org/wpcontent/uploads/2023/03/2017_vol77_num3_8.pdf
- Arañó, P et al. (2009). *Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con Incontinencia Urinaria Mixta*. Disponible en URL: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000400011&lng=es
- Baquedaño L, et al. *Síndrome genitourinario de la menopausia*. Disponible en URL: https://editorial.ugr.es/ebook/129597/free_download/

Barcia, J. M. (2011). *Síntomas vasomotores en la mujer climatérica*. Disponible en URL:

<https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5684/Proyecto%20definitivo.pdf?sequence=1>

De la Hoz, E. y Orozco, H. (2018). *Abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome genitourinario en la menopausia*. Disponible en URL:

<https://doi.org/10.15517/rmucr.v11i2.34580>

Díaz, V. y Saavedra, M. (2021). *Ciclo sexual femenino. Unidades de Apoyo para el Aprendizaje*. Disponible en URL:

https://repositorio-uapa.cuaieed.unam.mx/repositorio/moodle/pluginfile.php/2480/mod_resource/content/4/UAPA-Ciclo-Sexual-Femenino/index.html

Duarte, M y Vargas, S (2020). *Tratamiento local del síndrome genitourinario en la menopausia*. Disponible en URL: <http://revistamedicasinergia.com>

Erekson, E. A., et al. (2013). *VSQ: un cuestionario para medir los síntomas vulvovaginales en mujeres posmenopáusicas*. Disponible en:

<https://doi.org/10.1097/GME.0b013e318282600b>

Escribano J, et al. (2016). *Tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia mediante láser fraccionado CO2: una opción terapéutica emergente*. Disponible en URL: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000200011>

Huang, A. J., et al. (2015). *Cuestionario sobre el impacto diario del envejecimiento vaginal: una medida multidimensional del impacto de los síntomas vaginales en el funcionamiento y el bienestar de las mujeres posmenopáusicas*. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000281>

Martínez, L. (2020). *Efectividad de una intervención en salud sexual a mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia en la mejora de su calidad de vida*. Disponible en URL: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/11062>

Mendoza L, (2019) *Recurrencia en prolapso de órganos pélvicos*. Disponible en URL: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20388/144814486700

- Monterrosa A, Redondo V y Monterrosa-Blanco A. (2021). *Evaluación del síndrome genitourinario de la menopausia con el Vulvovaginal. Symptoms Questionnaire en afrodescendientes del Caribe colombiano*. Disponible en URL: <https://doi.org/10.24245/gom.v89i2.4746>
- Monterrosa, A.; Portela, K. (2014). *Manejo de la atrofia vulvovaginal posmenopáusica*. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 79(6), 489-501. Disponible en URL: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000600006>. (consulta 22 de septiembre 2023)
- Moral E, et al. (2018) *The impact of genitourinary syndrome of menopause on well-being, functioning, and quality of life in postmenopausal women*. Menopause. Disponible en URL: <https://europepmc.org/article/med/29944636>
- OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en URL: <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>
- Palacios S, et al (2019). *Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. Disponible en URL: https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n2/09-AE_Sindrome-menopausia.pdf
- Pizzi R y Parilli M. (2018). *Consideraciones generales*. Disponible en URL: <https://sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/5Capitulo.pdf>
- Pou, A. (2021). *Conocimiento sobre el síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM) en pacientes de 50 años o más que acudieron a la consulta de ginecología oncológica en el Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Distrito Nacional, durante junio 2021* Disponible en URL: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/581>

Silva, A. y col. (2018). *Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climática*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 44(1), 1-14. Recuperado en 19 de junio de 2025, Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100003&lng=es&tlng=es.

Torres A, Torres J. (2018). *Climaterio y menopausia*. Disponible en URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ Portador de la Cédula de Identidad N.º: _____, residente de la Comunidad de Amuay, Municipio Los Taques, sin coacción ni violencia alguna, en completo reconocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el presente estudio: IMPACTO DEL SÍNDROME GENITOURINARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION MENOPÁUSICA DE AMUAY.

Autores: Goncalves Maria; Chávez Diego; Mora Jesús; López Cirmary.

declaro lo siguiente:

1. Haber sido debidamente informada de manera objetiva, clara y sencilla, de todos los aspectos relacionados con el estudio.
2. Que mi participación, en el estudio, será anónima.
3. Que la información obtenida será confidencial y solo será utilizada con fines académicos, y bajo ningún concepto en perjuicio de cualquiera.
4. Que podré retirarme del estudio cuando así lo desee.
5. Que cualquier inquietud o imprevisto que pueda tener con relación a la investigación será resuelto oportunamente por parte de la responsable de la investigación comunicándose a los siguientes números: _____

Por tanto, acepto las condiciones estipuladas en el mismo y autorizo a la vez a los autores para la realización del estudio, pudiendo ser revocada dicha autorización en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa. Así lo declaro en la comunidad _____ a los: (____) Días del mes de _____ del 2023.

Los autores quienes formarán parte de la investigación estarán presentes y pueden ser ubicados en el ambulatorio CMPT III OLIMPIA DIAZ.

Participante CI: _____

Testigo

Fecha: / /

ANEXO 2.

IMPACTO DEL SÍNDROME GENITOURINARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION MENOPÁUSICA DE AMUAY.

Goncalves Maria; Chávez Diego; Mora Jesús; López Cirmary.

PARTE I: DATOS DE IDENTIFICACION		
Nombre y Apellido: _____ Cedula: _____		
PARTE II: CARACTERISTICAS BIOLOGICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS		
Edad: _____ Ocupación: _____ Grado de Instrucción: _____ Edo Civil: _____		
Paridad: _____ FUR: _____ Menopausia: Si _____ No _____ Terapia Hormonal: No _____ Si _____		
¿cuál? _____ Pareja Actual Si _____ No _____		
PARTE III: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SGM		
Criterios de inclusión: síntomas		
Para tener SGM debe tener AL MENOS dos de estos síntomas	SI	NO
1. ¿Tiene sequedad vaginal?		
2. ¿Tiene sensación de ardor/escozor vaginal?		
3. ¿Presenta incontinencia urinaria?		
4. ¿Dolor en las relaciones sexuales?		
5. ¿Irritación, ardor o escozor de la vulva?		
6. ¿Tiene disuria o molestia al orinar?		
7. ¿Aumento de la frecuencia urinaria?		
8. ¿Infecciones urinarias a repetición?		
9. ¿Disfunción sexual asociada a falta de deseo?		
Criterios de inclusión: signos		
Para tener SGM debe tener AL MENOS UNO de estos signos	SI	NO
1. ¿Tiene adelgazamiento de epitelio vaginal?		
2. ¿Tiene pérdida de elasticidad vulvovaginal?		
3. ¿Tiene pérdida de rugosidades vaginales?		
4. ¿Tiene erosiones vaginales?		
5. ¿Tiene friabilidad cervicovaginal?		
6. ¿Disminución de la secreción vaginal?		
7. ¿Disminución de los labios mayores y menores?		
8. ¿Estrechamiento del introito vaginal?		
9. ¿Prolapso de la mucosa de la uretra?		
10. ¿Reducción del glande del clítoris?		
11. ¿Dolor o irritación a la exploración en consulta?		
El diagnóstico se basa en la presencia de al menos dos (2) síntomas o de un (1) signo y un (1) síntoma, que sean considerados como molestos y que se asocien a la menopausia y no se deban a otra causa		

PARTE IV: Cuestionario sobre el impacto diario del envejecimiento vaginal. (DIVA)

A. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida los síntomas vaginales como sequedad, dolor, irritación o picazón le hicieron sentir incómodo o interfirieron con su capacidad para:

<i>Actividades de la vida diaria</i>		0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Extremadamente
1	¿Caminas a tu velocidad habitual?					
2	¿Usas la ropa o ropa interior que deseas?					
3	¿Utiliza el baño o se limpia después de ir al baño?					
4	¿Sentarse por más de una hora?					
5	¿Duerme bien por la noche?					

B. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas vaginales como sequedad, dolor, irritación o picazón le hicieron sentir:

<i>Bienestar emocional</i>		0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Con bastante frecuencia	4 Muy a menudo
6	¿Deprimida o decaída?					
7	¿Avergonzada?					
8	¿Frustrada o resentida?					
9	¿Está mal consigo mismo?					

C. Las siguientes preguntas se refieren al impacto de sus síntomas en las relaciones sexuales vaginales, así como en otros tipos de actividad sexual como la autoestimulación o la masturbación. Durante las últimas cuatro semanas, ¿se han afectado síntomas vaginales como sequedad, dolor, irritación o picazón?

<i>Funcionamiento sexual</i>		0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Extremadamente
10	¿Su deseo o interés en tener relaciones sexuales u otros tipos de actividad sexual (incluida la autoestimulación o la masturbación)?					
11	¿Con qué frecuencia tuvo relaciones sexuales u otros tipos de actividad sexual (incluida la autoestimulación o la masturbación)?					
12	¿Su capacidad para excitarse durante la actividad sexual (incluida la auto-estimulación o la masturbación)?					
13	Su capacidad para ser espontáneo con respecto a la actividad sexual (incluida la auto-estimulación) y masturbación?					
14	La cantidad de placer que experimentó durante la actividad sexual (incluido el auto-estimulación o masturbación)					
15	¿Su deseo o interés en tener una relación sexual?					
16	¿Su confianza en que podría satisfacer sexualmente a su pareja?					
17	¿Su satisfacción general con su vida sexual?					

D. Las siguientes afirmaciones describen formas en las que sus síntomas vaginales pueden haber afectado sus sentimientos sobre usted y su cuerpo. Indique qué tan cierta ha sido para usted cada una de las siguientes afirmaciones durante las últimas cuatro semanas.



Pareja de adultos mayores sector Monseñor Iturriza Coro estado Falcón.
Fuente: Acosta (2017)

PLAN ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA EXTENSIONISTA Y DE INVESTIGACIÓN EN DOCENTES DEL PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA UNEFM 2023.

Maroly Quevedo¹, Josefingre Rujano², Yenifer Castillo³

marolyquevedo@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-6981-7532> ¹

josefingre@gmail.com <https://orcid.org/0009-0003-5350-8692> ²

yenifercast1@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-2851-0403> ³

UNEFM^{1y2} Secretaria de Salud Edo Falcón³

RESUMEN

A nivel universitario, la enseñanza y el aprendizaje son procesos continuos a cargo del docente, para desarrollar la docencia, extensión e investigación. Por eso, el objetivo del ASIS fue, desarrollar un plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023. El mismo, se aplicó entre los meses de marzo y abril 2023, bajo la metodología de Análisis de Situación de Salud, aplicando las técnicas de observación directa y sondeo de preguntas para identificar los problemas de la población de estudio. Al aplicar la técnica de ranqueo, el problema priorizado fue la inexistencia de una cultura de extensión, e investigación, por lo que se determinaron los factores causales y alternativas de solución, apoyados en una matriz FODA. La investigación se rige según Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER denominada gestión de salud y sublínea evaluación y fortalecimiento de la gestión de salud. La población estuvo conformada por dieciocho (18) docentes adscritos al programa de Gerontología y se concluyó que, es necesario orientar acciones en búsqueda de eficacia en las funciones básicas universitarias, integrando todos los actores de la institución y su interacción con el entorno; contribuyendo de tal manera a insertar exitosamente nuestra universidad en un ambiente más competitivo, requiriendo progreso continuo, eficiencia, eficacia y efectividad social.

Palabras clave: educación, universidad, priorización, necesidad, docencia, extensión.

STRATEGIC PLAN FOR STRENGTHENING AN EXTENSION AND RESEARCH CULTURE AMONG TEACHERS OF THE UNEFM GERONTOLOGY PROGRAM 2023.

ABSTRACT

At the university level, teaching and learning are continuous processes carried out by faculty members to develop teaching, outreach, and research. Therefore, the objective of the ASIS was to develop a strategic plan to strengthen an outreach and research culture among faculty members in the UNEFM 2023 Gerontology Program. The plan was implemented between March and April 2023 using the Health Situation Analysis methodology, applying direct observation and question-based survey techniques to identify problems facing the study population. When applying the ranking technique, the prioritized problem was the lack of an outreach and research culture, and causal factors and alternative solutions were determined, supported by a SWOT matrix. The research is governed by the Research Lines of the UNIGER Gerontological Research Unit called health management and subline evaluation and strengthening of health management. The population was made up of eighteen (18) teachers assigned to the Gerontology program and it was concluded that it is necessary to guide actions in search of effectiveness in the basic university functions, integrating all the actors of the institution and their interaction with the environment; contributing in such a way to successfully insert our university in a more competitive environment, requiring continuous progress, efficiency, effectiveness and social effectiveness.

Keywords: education, university, prioritization, need, teaching, extension.

INTRODUCCIÓN

La universidad es una institución social que participa activamente en el desarrollo económico, social y cultural de la sociedad. Para respetar este orden social, debe dedicarse a la preservación, desarrollo y promoción de la cultura, la cual se percibe como una función contenida en la ejecución de los procesos universitarios: docencia, investigación y extensión. Estos procesos, al vincularse, responden a la integración de las funciones centrales de la universidad, igualmente, son manifestaciones de la tarea mayor encomendada a las instituciones de educación superior, lo que ha llevado a un proceso que enriquece la docencia y la investigación en el mundo académico actual.

La docencia, la investigación y la extensión conforman los tres pilares fundamentales del quehacer universitario, interrelacionados para potenciar la formación integral y la transformación social. La docencia se entiende como una actividad intelectual que no solo transmite conocimientos, sino que también se enriquece mediante la investigación, la cual promueve la generación y aplicación de nuevos saberes.

La extensión, por su parte, conecta a la universidad con la sociedad, permitiendo que el conocimiento producido se transfiera y se utilice para resolver problemas reales y fortalecer el tejido social. Esta integración dinámica y sinérgica entre las tres funciones es esencial para que las instituciones de educación superior cumplan con su misión de formar profesionales capaces de enfrentar los retos contemporáneos y contribuir al desarrollo cultural, social y científico de la comunidad (Universidad Externado de Colombia, 2017)

Tomando en consideración lo antes planteado, Tünnermann (2001), define la extensión universitaria como una nueva interacción entre la Universidad y los demás componentes del cuerpo social, por medio del cual ésta asume y cumple su compromiso de participación en el proceso de creación de la cultura y de la liberación y transformación radical de la comunidad nacional (p.120). Dentro del mismo orden de ideas Medero (1999) incorpora, además, que la extensión que se realiza hacia

dentro de la universidad tributa al desarrollo integral de estudiantes, docentes y no docentes, quienes recíprocamente multiplican la cultura de la sociedad en su conjunto.

En lo que respecta a la investigación, Sampieri (2014, p.4), la define como un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema. Este tipo de investigación tiene como objetivo generar conocimientos y soluciones a problemáticas sociales, económicas, culturales y ambientales, entre otras, a través de la participación activa de la comunidad en el proceso investigativo, caracterizándose por ser interdisciplinaria y participativa, ya que involucra a diversos actores sociales en la definición de las problemáticas a abordar, la planificación y ejecución de las investigaciones, así como en la evaluación de los resultados obtenidos y su aplicación en la solución de dichas problemáticas.

De allí la importancia de crear un plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación en los docentes del programa de Gerontología, UNEFM 2023, ya que ello conforma un pilar fundamental para mejorar la calidad de docentes del programa, mejorando así la calidad de la formación académica y contribuyendo al bienestar de la sociedad.

DESARROLLO: Caracterización de la Organización

Reseña Histórica.

El Programa de Gerontología de la UNEFM se crea el 04 de julio de 1984, en sesión No 13.04.VII.84, Gaceta Oficial No 24 del 04.07.1984, en un primer momento para egresar Técnicos Superiores Universitarios (TSU) en Gerontología para el abordaje biopsicosocial del adulto mayor (envejecido) y la población general (envejeciente). Posteriormente, para el 2006 se aprueba la Licenciatura en Gerontología por el Consejo Nacional de Universidades CNU No 01 Acta 440, sesión ordinaria del 05.05.2006 Gaceta Oficial No 38.508 del 25.08.2006. Este programa a

nivel de plan de estudio tiene una misión conformada por cinco ideales, Visión y Competencias que a continuación resumen.

La primera misión es formar TSU en Gerontología, capacitados en investigación, educación y gerencia media, ejecutar y hacer seguimiento a programas para la población envejeciente a favor del bienestar integral, con la participación de los jóvenes en las actividades de orden familiar y comunal. La segunda misión es formar Licenciados en Gerontología como planificadores, investigadores en el contexto biopsicosocial de un país y continente que envejece; capacitados para gerencia, planificar, ejecutar y evaluar planes y proyectos de atención gerontológica, así como coactores de equipos sectoriales relacionados con el envejecimiento.

Mientras que la tercera misión es producir conocimiento con investigaciones gerontológicas, que atiendan las necesidades de la población a nivel regional y nacional; la cuarta es contribuir con la extensión universitaria, en la formación y capacitación gerontológica del personal en instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, con programas de envejecimiento acorde a la necesidades biopsicosociales; y la quinta misión, implica coordinar e integrar las políticas y programas relacionados con el envejecimiento, ofreciendo asesoría y asistencia en municipios tendentes a ser saludables, vinculando los sectores de educación, seguridad social, vivienda, trabajo, economía, recreación, deporte y otros, privilegiando tanto el enfoque preventivo como de promoción de la salud en la población adulta mayor.

En cuanto a la visión, este Programa de Gerontología quiere convertirse en: un centro transdisciplinario de docencia, investigación y extensión en el campo de la ciencia gerontológica, formador de profesionales de excelencia a todos los niveles, capaces de contribuir significativamente al mejoramiento de la calidad de vida de la población anciana bajo el principio de equidad. (Programa de integración del TSU a Lcdo en Gerontología, 2006, p.19).

Mientras que, se tiene como competencias del gerontólogo, el ser: investigador, coordinador de servicios en esta área, educador gerontológico y gerente social planificador; para este último, podrá planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar la gestión gerencial gerontológica para la coordinación de acciones de salud, educación, recreación, autogestión comunitaria. Resulta importante resaltar que el país envejece poblacionalmente, por eso, las misiones, visión y competencias están en proceso de revisión e investigación a nivel social, sanitario, educativo y gerencial para responder a las demandas de la población y al desarrollo del país. Por eso, en la actualidad la enseñanza de la gerontología está a cargo de un cuerpo docente interdisciplinario formado por gerontólogos, psicólogos, sociólogos, médicos, trabajadores sociales, administradores.

Aspectos geográficos.

El Programa de gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, funcional administrativa y académicamente en el complejo Académico los Borregales, ubicado en la calle Zamora, detrás del teatro armonía y el edificio Santa Ana, este anexo perteneciente al área Ciencias de la Salud, fue donado por Don Germán Borregales, su epónimo, y cuya construcción fue encargada al arquitecto Fruto Vivas. En su seno alberga aulas a estudiantes de los programas de Gerontología, ingeniería biomédica, medicina, así como los departamentos de desarrollo estudiantil de los programas antes mencionados, el laboratorio y consulta de Micología y Dermatología, laboratorio de entomología, entre otros.

Sus límites geográficos son los siguientes:

Norte: con la calle Urdaneta

Sur: con la calle Zamora

Este: con la calle Ayacucho

Oeste: con la calle hospital

Identificación de problemas, determinación de prioridades y factores causales. Problemas existentes.

La actividad docente constituye un elemento fundamental en la construcción del capital social de un país; esto se logra a través de la puesta en práctica de un conjunto de actividades que implican el desarrollo de procesos sistemáticos orientados a la enseñanza y el aprendizaje; pero para que esto ocurra se debe contar con profesionales docentes altamente capacitados e identificados con la misión de enseñar.

En Venezuela la actividad docente se lleva a cabo en todos los niveles y modalidades del sistema educativo; y en el caso particular del ámbito universitario, las universidades representan instituciones al servicio de la nación, por consiguiente de acuerdo a lo contemplado en el artículo 83 de la Ley de Universidades establece que la enseñanza y la investigación, así como la orientación moral y cívica que la universidad debe impartir a sus estudiantes, están encomendadas a los miembros del personal docente y de investigación.

De acuerdo a entrevistas y a un sondeo de preguntas realizadas de manera informal en el mes de marzo del 2023 al personal docente del Programa de Gerontología, se pudo determinar la presencia de algunas necesidades existentes, que motivaron a las investigadoras a intervenir, sobre la base de un proceso reflexivo y formativo. Al indagar sobre la identificación de los problemas existentes en el Departamento de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”, se observó la falta de participación por parte de los docentes adscritos al programa a desarrollar acciones periódicas relacionadas a la investigación y extensión universitaria; situación que requiere de atención y acción inmediata ya que es fundamental para alcanzar una verdadera formación integral de ciudadano.

Para abordar esta problemática identificada; el día **13 de marzo 2023** se le planteó la intención a la Directora del Programa de Gerontología Dra. Sandra Quintero, quien solicitó una reunión en el Complejo Académico Los Borregales para que se le presentará las intenciones de la intervención a realizar. Dicho esto, para el

día **14 de marzo 2023**, se llevó a cabo la primera reunión formal con la directora del Programa de Gerontología, a quien se le planteó el interés de las investigadoras para realizar una intervención en los docentes del programa de gerontología.

Tal reunión, estaba concatenada con los resultados obtenidos de un diagnóstico valorativo de la población a abordar. En dicha reunión, se acordó la presentación formal de la propuesta al personal directivo (Directora y Jefe del Departamento), así como, al responsable de extensión del programa de Gerontología; por lo que se le solicitó que en la reunión más próxima se pudiera colocar en agenda dicha actividad, quedando pautada para el día 11 de abril del año en curso.

El día 11 de abril 2023, se llevó a cabo la presentación del plan de intervención al personal directivo (Directora y Jefe del Departamento), así como también al personal docente del programa de Gerontología que asistió a la reunión pautada, donde se presentó el tema, propósito y plan de acción a desarrollar; otorgándole el aval para la ejecución del mismo. Posteriormente los días **24 y 31 de abril 2023**, las investigadoras realizaron la construcción del árbol de problema, el árbol alternativas de solución, el árbol de objetivos; y la matriz FODA provenientes de los mismos, para con ello organizar la estructura del trabajo y la presentación del mismo a al personal a quien va dirigido.

Determinación de prioridades.

Una vez obtenida la información de la población de estudio, se procedió a establecer la Determinación de prioridades; por lo que en el cuadro N 2, se describe la técnica de renqueo, en el cual se presentan quince problemas que fueron detectados por las investigadoras, estableciendo la prioridad de atención de los mismos.

Cuadro N° 1. Técnica de Ranqueo

Problema	A	B	C	D	E	F	Total	Prioridad
Sobrecarga laboral por la disminución del personal docente	1	1	2	0	1	0	5	XII
Los docentes no cuentan con salas sanitarias	1	1	2	1	1	0	6	VIII
Los docentes no cuentan con espacios adecuados para el desarrollo de las actividades académicas	1	1	2	2	1	0	7	III
Déficit en la distribución de cubículos	1	1	1	1	1	1	6	VII
Incumplimiento del horario de permanencia del personal docente	1	1	2	0	1	0	5	XIII
Deficientes equipos tecnológicos para el desarrollo de las actividades académicas	1	1	1	1	1	1	6	IX
Deficiencia de transporte para la movilización de los docentes para realizar las supervisiones	2	1	2	1	1	0	7	IV
Vulnerabilidad en la seguridad interna del Complejo Académico los Borregales	1	0	2	0	2	0	5	IVX
Desinterés de los docentes para la participar activamente en las actividades de extensión e investigación	2	1	2	2	1	2	10	I
Deficiencia en los procesos comunicacionales institucionales	1	1	2	1	1	1	7	V
Deficiencia de salas de lectura y bibliotecas	1	1	1	1	1	1	6	X
Las aulas disponibles para el dictado de las actividades son insuficientes	1	1	2	1	1	0	6	XI
Poca participación de los docentes en jornadas académicas	2	1	1	2	1	0	7	VI
Carencia de redes inalámbricas y de wifi para la búsqueda de información para el montaje de las actividades académicas	2	0	1	1	0	1	5	XV
Poca participación de los docentes en eventos científicos	2	1	1	2	1	1	8	II

LEYENDA

A: Frecuencia: Más – Menos- repetir

B: Tendencia: Ascendente-Descendente

C: Gravedad: Mayor o menor

D: Disposición de recursos: con factibilidad de solución de acuerdo a los recursos existentes

E: vulnerabilidad: Más o Menos

F: Coherencia: C

CRITERIOSDe 0 a 2 puntos

2: cuando el criterio se cumpla a cabalidad

1: Cuando el criterio se cumpla en parte

0: cuando el criterio no se cumpla

Una vez realizada la técnica de ranqueo, el problema con mayor prioridad de atención fue el desinterés de los docentes para la participar activamente en las actividades de extensión e investigación, situación en la cual las investigadoras intervendrán, mediante la realización de actividades que minimicen la permanencia

de este problema en el personal; y que pueda presentarse en otro departamento de la UNEFM.

Las actividades de extensión académica, con fecha 30 de julio de 1997 según resolución de Consejo Universitario 001.965.097, se aprueba el Reglamento de esta Área en el que se concibe según el Artículo 3, como el proceso multidireccional de divulgación, promoción, actualización y educación permanente de la Universidad con su entorno, mientras que en el Artículo 4 asume la producción universitaria como la actividad empresarial, industrial, financiera y en general, lo que signifique producción de bienes y servicios. Es un valioso instrumento el cual permite explorar nuevas modalidades educacionales, vinculando los recursos humanos y materiales de las instituciones de enseñanza superior con las necesidades específicas de la comunidad circundante, permitiendo reconocer las expresiones culturales y las necesidades sociales de la colectividad con objeto de incorporarlas en la docencia e investigación.

Como parte de dicho compromiso, las universidades tienen criterio normativo de labores extensionales e investigaciones. Cabe destacar que la extensión es una de las funciones básicas del sistema universitario, en diversos niveles y con distinta orientación. No obstante en la actualidad se ha evidenciado una disminución de dichas actividades de extensión e investigación en el programa de gerontología, de la Universidad nacional Experimental Francisco de Miranda, presentando carencias, y retrasos en el desarrollo en el área investigativa, así como la falta de planificación y control, perdiendo con ello credibilidad, dado a lo expuesto, surge la necesidad de indagar e investigar el porqué de dicha situación, buscando causa efecto de esta problemática, a continuación se describe detalladamente.

Determinación de factores causales.

A continuación, se presenta la figura N 1 en la cual se describen los factores causales del problema encontrado, así como también las posibles causas que lo originan y los efectos que puede producir el mismo en la población de estudio.

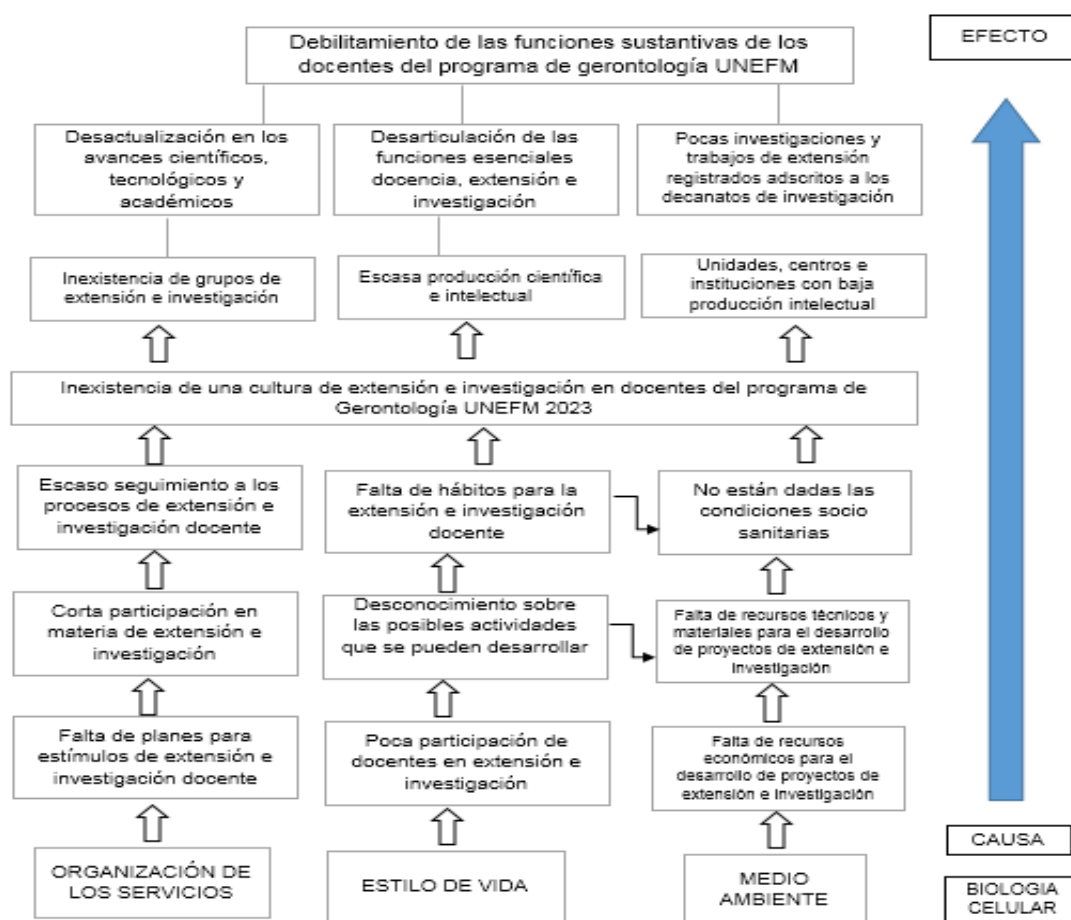


Figura N 1. Árbol de Problema. Fuente: Propia (2023)

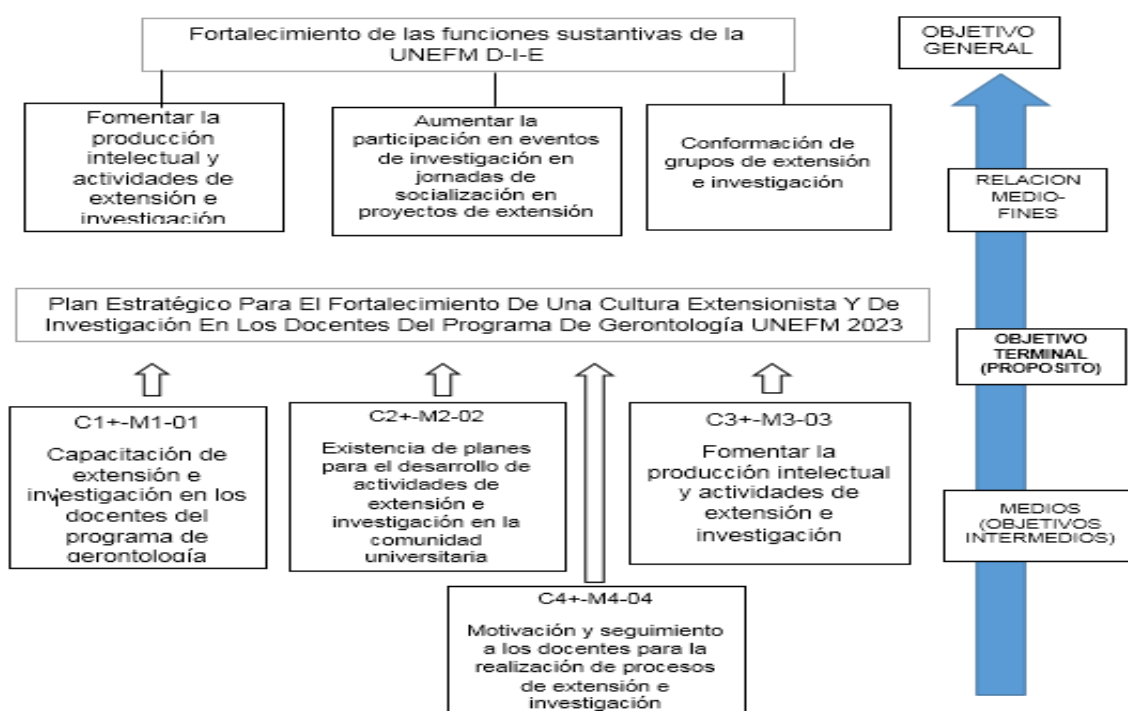


Figura N 2. Árbol de alternativas de solución. Fuente: Propia (2023)

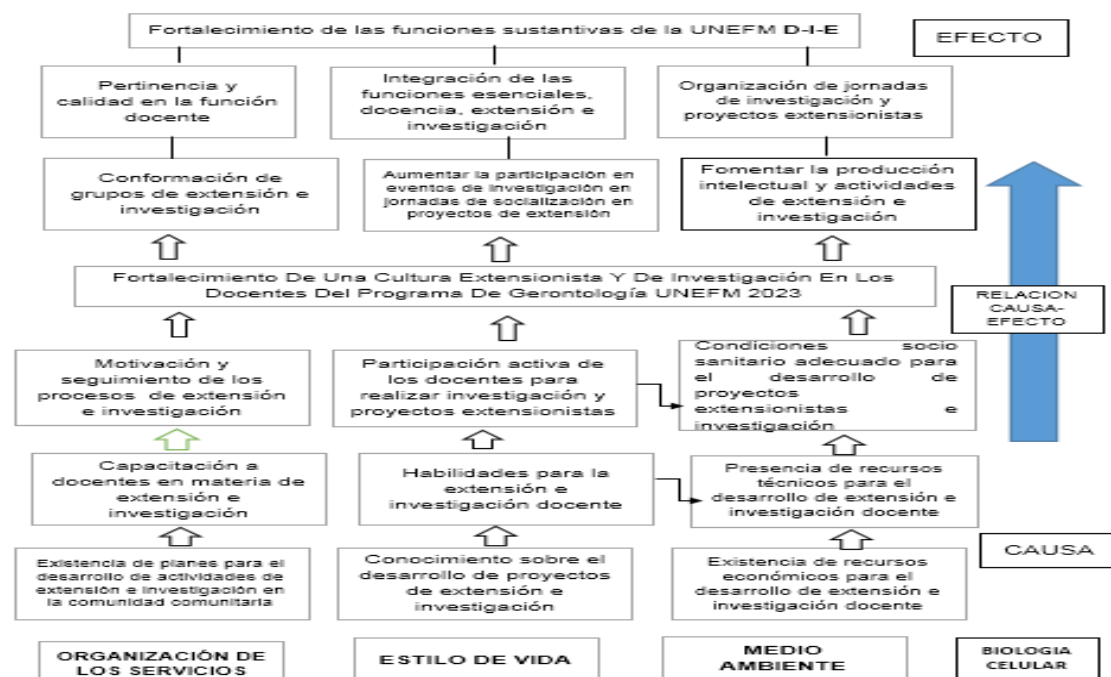


Figura N 3. Árbol de objetivos. Fuente: Propia (2023)

Determinación de alternativas de solución**Filosofía de la organización.****Misión**

Brindar acciones formativas con el propósito de promover la extensión y la investigación de los docentes del Programa de Gerontología de la UNEFM de forma efectiva, oportuna, eficaz, permitiendo la vinculación activa de la triada Universidad – Docente – Comunidad; coadyuvando a través de estrategias formativas y prácticas la prevención factores de riesgo que puedan atentar contra la calidad de vida y bienestar de la población, fundamentado en los principios éticos de atención integral humanizada.

Visión

Ser el programa académico de la UNEFM modelo de excelencia a nivel nacional en materia de extensión e investigación, contribuyendo al avance del conocimiento y al desarrollo de la comunidad universitaria y la región.

Valores

Responsabilidad, ética, compromiso, integridad, sensibilidad, sentido de pertenencia y profesionalismo.

Objetivos estratégicos.**Objetivo General.**

Fortalecer una cultura extensionista y de investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023.

Objetivos Específicos.

- Motivación y seguimiento a los docentes para la realización de procesos de extensión e investigación, brindando confianza en la comunidad universitaria haciendo los procesos burocráticos y administrativos moderados, fortaleciendo las funciones sustantivas de la UNEFM docencia, extensión e investigación.

- Capacitación en materia de extensión e investigación en los docentes del programa de gerontología desde la unidad de investigación de gerontología con el apoyo de los decanatos de investigación y extensión para fomentar la producción intelectual y actividades de extensión e investigación.
- Existencia de planes para el desarrollo de actividades de extensión e investigación en la comunidad universitaria a través del apoyo de docentes y las nuevas políticas públicas a favor de la educación, aumentando la participación de los docentes en eventos de investigación y jornadas de socialización en proyectos de extensión.
- Fomentar la producción intelectual, actividades de extensión e investigación en búsqueda de la calidad académica de los docentes del programa de gerontología, definiendo las competencias y/o roles ligados a la docencia, investigación y extensión favoreciendo la conformación de grupos de extensión e investigación.

Cuadro N 2. Matriz Foda

	F - La unidad de investigación de Gerontología - Calidad académica de los docentes del programa de gerontología	D - Deserción de los docentes - Desconfianza de la comunidad universitaria
O - La unidad de investigación de gerontología. - Nuevas políticas públicas a favor de la educación	FO M1: Capacitación de extensión e investigación en los docentes del programa de gerontología F: <u>Desde</u> La unidad de investigación de Gerontología O: <u>Con el apoyo</u> de los decanatos de investigación y extensión F: <u>Para</u> Fomentar la producción intelectual y actividades de extensión e investigación	DO M2: Existencia de planes para el desarrollo de actividades de extensión e investigación en la comunidad universitaria D: <u>A través</u> del apoyo de docentes O: <u>Y las nuevas</u> políticas públicas a favor de la educación F: <u>Y por ende</u> Aumentar la participación de los docentes en eventos de investigación y jornadas de socialización en proyectos de extensión

A - Falta de definición de competencias o roles ligados a la docencia, investigación, y gestión. - Procesos burocráticos y administrativos excesivo	FA M3: Fomentar la producción intelectual y actividades de extensión e investigación F: <u>a través de</u> calidad académica de los docentes del programa de gerontología A: <u>Dentro de este contexto</u> definir las competencias y/o roles ligados a la docencia, investigación y gestión F: <u>Favoreciendo la</u> Conformación de grupos de extensión e investigación.	DA M4: Motivación y seguimiento a los docentes para la realización de procesos de extensión e investigación D: <u>Brindando</u> confianza en la comunidad universitaria A: haciendo los procesos burocráticos y administrativos <u>moderados</u> F: <u>De esta manera</u> Fortalecer las funciones sustantivas de la UNEFM Docencia, Extensión E Investigación.
--	---	--

Fuente: Quevedo, Rujano y Castillo (2023)

PLAN DE INTERVENCIÓN

Cuadro N 3. Descripción de plan de acción n 1

Objetivo Estratégico: Motivación a los docentes para la realización de procesos de extensión e investigación, brindando confianza en la comunidad universitaria haciendo los procesos burocráticos y administrativos moderados, fortaleciendo las funciones sustantivas de la UNEFM docencia, extensión e investigación.			
Actividad	Personal responsable	Recursos	Tiempo
A1) Socialización Plan estratégico, con la directora, Jefe del Departamento y enlace de extensión del programa de Gerontología; para aprobar su aplicación. A2) Presentación del Plan estratégico al personal docente del programa de Gerontología.	Maestranes: ✓ Maroly Quevedo ✓ Josefingre Rujano ✓ Yenifer Castillo	<u>Humanos:</u> Personal directivo y docentes del programa de gerontología. <u>Materiales:</u> video beam, computadora, hojas, bolígrafo, cámara fotográfica.	Abril 2023
Resultados obtenidos: •Aval del personal directivo del programa de gerontología para la aplicación del plan estratégico con el personal docente. •Aprobación del personal docente. •Establecimiento de estrategias de ejecución del plan estratégico.			

Cuadro n 4. Descripción de plan de acción n 2

Objetivo Estratégico: Existencia de planes para el desarrollo de actividades de extensión e investigación en la comunidad universitaria a través del apoyo de docentes y las nuevas políticas públicas a favor de la educación, aumentando la participación de los docentes en eventos de investigación y jornadas de socialización en proyectos de extensión			
Actividad	Personal responsable	Recursos	Tiempo
A3) Elaboración de pre-test. A4) Aplicación de pre-test a docentes del programa de gerontología UNEFM 2023. A5) Interpretación de los resultados del pre-test.	Maestranes: ✓ Maroly Quevedo ✓ Josefingre Rujano Yenifer Castillo	Humanos: Personal directivo y docentes del programa de gerontología. Materiales: Computadora, hojas, bolígrafo, cámara fotográfica.	Abril 2023
Resultados obtenidos: - Grado de conocimiento que posee el personal docente del programa de Gerontología UNEFM, en lo que refiere extensión e investigación - Interés y aplicabilidad por participar en el plan estratégico para el fortalecimiento de la extensión e investigación “De la mano con la extensión e investigación” .			

Cuadro n 5. Descripción de plan de acción n 3

Objetivo Estratégico: Capacitación en materia de extensión e investigación a los docentes del programa de gerontología desde la unidad de investigación de gerontología, con el apoyo de los decanatos de investigación y extensión para fomentar la producción intelectual y actividades de extensión e investigación.			
Actividad	Personal responsable	Recursos	Tiempo
A6) Conversatorio informativo dirigido a los docentes del programa de gerontología UNEFM, sobre la importancia de la extensión e investigación como parte de la actividad docente universitaria. Contenido temático : -Que es la extensión. -Importancia de la extensión en el ámbito académico universitario, -Objetivos de la extensión universitaria. -Representación de un trabajo de extensión docente del programa de gerontología. -Que es la investigación. -Importancia de la investigación en el ámbito universitario. -Objetivos de la investigación.	Maestranes: ✓ Maroly Quevedo ✓ Josefingre Rujano Yenifer Castillo	Humanos: Personal directivo y docentes del programa de gerontología. Materiales: video beam, computadora, hojas, bolígrafo, cámara fotográfica.	Abril 2023

-Líneas de investigación del UNEFM.			
Resultados obtenidos: • Capacitar al 100% de los docentes adscritos al Programa de Gerontología, para incentivar a la realización de extensión e investigación como parte de la actividad docente universitaria.			

Cuadro n 6. Descripción de plan de acción n4

Objetivo Estratégico: Fomentar la producción intelectual, actividades de extensión e investigación en búsqueda de la calidad académica de los docentes del programa de gerontología, definiendo las competencias y/o roles ligados a la docencia, investigación y extensión favoreciendo la conformación de grupos de extensión e investigación.			
Actividad	Personal responsable	Recursos	Tiempo
A7) Elaboración de un blogueer informativo sobre la sobre la importancia de la extensión e investigación como parte de la actividad docente universitaria. A8) Aplicación de posttest.	Maestranes: ✓ Maroly Quevedo ✓ Josefingre Rujano Yenifer Castillo	Humanos: personal directivo y docentes del programa de gerontología. Materiales: Hojas, bolígrafo, lápices, computadora, cámara fotográfica.	Abril 2023
Resultados obtenidos: • Conocimiento adquirido con el plan estratégico para el fortalecimiento de la extensión e investigación “De la mano con la extensión e investigación”.			

DESARROLLO DE ACTIVIDADES

1.- Relatoría de actividades.

Actividad: A1 y A2

Socialización con el personal directivo del Programa de Gerontología y presentación del Plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación.

Propósito: Dar a conocer al personal directivo y los docentes el programa denominado “Plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023”.

Descripción de la actividad: Durante los días 13 y 14 del mes de marzo se realizaron reuniones con el personal Directivo del Programa de Gerontología UNEFM, Dra. Sandra Quintero (Directora del Programa de Gerontología UNEFM);

Lcdo. Yamil Camacho (Jefe del Departamento de Gerontología UNEFM); y la Lcda. Helianny Antequera (Enlace de extensión del programa de Gerontología UNEFM); con la finalidad de solicitar la aprobación para la ejecución del Análisis de Situación de Salud titulado: Plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023 “De la mano con la extensión y la investigación”.

Una vez otorgado el aval por el personal directivo, las investigadoras procedieron a presentar el plan estratégico al personal docente del Departamento de Gerontología; el cual se mostró interesado y motivado a participar; culminado con el establecimiento de las líneas de acción a desarrollar en la siguiente sesión. Las investigadoras emplearon como estrategias didácticas “lluvia de ideas” para de esta manera lograr cumplir con el objetivo estratégico de motivar al personal docente, crear confianza y fortalecer el grupo laboral.

Actividad: A3, A4 y A5

Propósito: Determinar el grado de conocimiento, interés y aplicabilidad que posee el personal docente del programa de gerontología UNEFM en lo que refiere a extensión e investigación, así como el interés de participar en el plan estratégico “De la mano con la extensión y la investigación”.

Descripción de la actividad: Para la semana del 20 al 24 de marzo del año 2023 las investigadoras, a través de un proceso de revisión de la literatura, llevaron a cabo la realización de un pre test (instrumento de recolección de datos); el cual se le explica al participante la intención del mismo; así como también los fines por los cuales se aplica. El pre test estuvo conformado por nueve (9) ítems; de las cuales ocho (8) poseen opciones de respuesta dicotómicas (sí y no); y una (1) policotómica (Muy buena, buena, regular y deficiente).

Posterior a la elaboración del pre test; se procedió el día 11 de abril 2023, se procedió a la aplicación del mismo; para lo cual se citó una encuentro en el complejo académico Los Borregales, al personal docente, previa convocatoria realizada por el

grupo interno de profesores; actividad que se llevó a cabo para así poder determinar el conocimiento que posee el personal docente a que refiere extensión e investigación, así como, determinar el grado de interés en participar aplicando dicho instrumento a 15 de los 20 docentes que se encuentran adscritos al programa de gerontología.

Una vez obtenido los datos se procedió al análisis e interpretación de los resultados; se obtuvieron los siguientes resultados obteniendo que el sexo predominante entre los docentes del programa de gerontología está representado por el sexo masculino; y las edades están entre 41-45; 46-50 y 51-más representados con un 20% para cada uno; seguidamente aquellos con edades entre 31-35 y 36-40 para cada uno; y solo el 6,6% tienen entre 25-30 años de edad.

Seguido de la distribución frecuencial con respecto a la profesión que poseen los docentes del programa de gerontología, donde el 53,3% son gerontólogos; el 20% son trabajadores sociales, y el 6,6% psicólogos, Promotor social, Lcda. en idiomas y relacionista industrial. Dichos datos permiten evidenciar que aunque es un programa académico del área ciencias de la salud existe un equipo multidisciplinario, que de acuerdo a Leal (2006) representan un conjunto de profesionales de diversas áreas del saber, que coinciden entre sí en el objetivo final, aportando cada uno en su área de conocimiento; en el caso particular del programa de gerontología es formar de manera integral al profesional que se encargará de la atención biopsicosocial del adulto mayor.

Con respecto a la distribución frecuencial de acuerdo a los años en la docencia de los docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023, el número de años que el personal docente tiene desarrollando actividades docentes, donde el 33,3% posee entre 10 – 13 años, seguidamente se encuentran aquellos entre 17-más años con un 26,6%; un 13,3% tiene entre 7 – 9 años; y solo el 6,6% tiene 1-3 años. Estos datos nos permiten inferir que es un personal preparado que se ha dedicado a la docencia unos en la Universidad Experimental Francisco de Miranda, otros en otras universidades del estado.

La distribución frecuencial de acuerdo a la interrogante realizada al personal docente sobre ¿Sabe usted qué es la investigación?; donde un 100% respondieron de manera afirmativa. Dentro de las concepciones sobre este tema hacían relación que es un proceso de adquisición de conocimientos a través del uso de métodos científicos; que están enmarcados en el uso de paradigmas cuantitativos como cualitativos, que se desarrollan para la solución de problemas, o intentan dar explicación a la aparición de ciertos fenómenos.

Estas concepciones guardan relación en algunos aspectos planteado por Arenas, Toro y Vidarte (2000); el cual plantean que la investigación se asume como un proceso social que busca dar respuesta a problemas del conocimiento, los cuales pueden surgir de la actitud reflexiva y crítica de los sujetos, con relación a la praxis o la teoría existente. Por consiguiente, estos datos nos permiten inferir que los docentes del programa de gerontología tienen claro que es la investigación.

Mediante la muestra de la distribución frecuencial de acuerdo al ítem ¿Sabe usted qué es la extensión?, donde el 93,3% respondieron de manera afirmativa; mientras que el 6,6%. Dentro de las concepciones acerca de este tema, los docentes hacían referencia que abordan de forma estratégica alguna necesidad o problemática que amerite tratamiento académico; otro considera que son actividades que se llevan a cabo en las comunidades cercanas a la universidad, buscan ampliar el rango de acción del docente en el cual se logra la integración, la participación productiva y social; así como también contribuir con el desarrollo social de las comunidades.

Estos datos e información suministrados por los docentes permiten inferir que tienen claro los aspectos esenciales de la extensión. Dentro del mismo orden de ideas es necesario señalar que la extensión universitaria es de vital importancia, ya que promueven la interacción entre la universidad y la sociedad en diferentes expresiones de la cultura, donde se busca el acervo humanístico y científico orientado un conjunto de actividades para su fin (Vega, 2002).

De acuerdo al ítem ¿Conoce usted cuáles son las principales áreas y líneas de investigación del área ciencias de la salud y del Programa de Gerontología de la

UNEFM?; el cuadro n 13 muestra que el 73,3% respondió de manera positiva; mientras que el 26,6% respondió que no las conoce. Las líneas de investigación son enfoques que abarcan conocimientos, inquietudes, que permiten el desarrollo de proyectos en un eje o tema central de estudio; por lo que conocerlas permitirá orientar de manera efectiva los estudios, las mismas establecidas por cada universidad pero que buscan la solución de uno o varios problemas, permitiendo generar conocimientos.

Cabe resaltar que esta investigación se rige según Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM Área Prioritaria de Desarrollo: Ciencias de la Salud bajo el área Salud y envejecimiento línea Gestión de salud y sublínea Evaluación y fortalecimiento de la gestión de salud.

La distribución frecuencial del ítem ¿Ha realizado usted alguna investigación en el último año?, donde el 80% respondió de manera afirmativa, mientras el 20% no ha realizado. De acuerdo a los que realizaron investigaciones son bajo la figura de tutorías académicas a estudiantes, mientras que un porcentaje mínimo lo han realizado como requisito para la obtención de un nuevo escalafón académico; en consideración a esto el artículo 98 de la ley de universidades 1970, contempla que se denominará investigadores y docentes a aquellas personas que por el valor de sus trabajos o investigaciones o por el mérito de su labor profesional, sean encargados temporalmente por la universidad para realizar funciones docentes o de investigación; el desempeño de estos cargos serán credencial de mérito para el ingreso al escalafón del profesorado ordinario.

De acuerdo al ítem ¿Ha realizado usted actividades de extensión?, se muestra que el 80% de los profesores respondieron de manera afirmativa, mientras que el 20% no lo hace. En relación a los que respondieron de manera afirmativa lo han hecho a través de las tutorías de trabajos de servicio comunitario, y solo una de ellas lo ha hecho a título personal, a través de actividades constantes y permanentes en las comunidades específicas del municipio mediante programas de promoción del envejecimiento activo.

De acuerdo al ítem ¿Considera usted que en el programa de Gerontología se fomentan las actividades de extensión y la investigación?, donde el 93,3% respondieron de manera afirmativa, mientras el 6,6% respondieron de forma negativa. Es necesario señalar que de manera directa solo cuatro docentes se encuentran realizando actividades de extensión de manera personal, otro lo hacen de manera indirecta en actividades sociales, educativas y comunitarias desarrolladas en las unidades curriculares que imparten, a nivel investigativo se alienta a la producción y a la divulgación científica a través de los recursos con los que se cuenta, entre ellos la revista Gerociencia donde se realiza la divulgación y promoción de la investigaciones referentes al estudio del envejecimiento, vejez y todo lo referente al tema , así como otras de su interés.

En lo que respecta al al ítem ¿Cómo valora la calidad de la extensión y la investigación realizada por el programa de Gerontología UNEFM? El muestra que el 53,3% del personal docente lo considera buena, el 40% muy buena y solo el 6,6% manifestó que regular.

De acuerdo al ítem ¿Considera usted que en el programa de Gerontología UNEFM se ha promovido la extensión y la investigación en el campo de la gerontología?, el 93,3% de los docentes respondieron afirmativamente mientras que el 6,6% de manera negativa. El personal hacía referencia a que desde el programa siempre se les incentiva a participar en eventos tales como congresos nacionales e internacionales, tanto en materia de atención al adulto mayor, como otros de orden biopsicosocial, necesarios para actualizar conocimientos.

De acuerdo a las recomendaciones que los docentes proponen para fortalecer la extensión y la investigación en los docentes el programa de Gerontología; se tiene en primer lugar aquellas relacionadas a la capacitación; en segundo lugar aquellos que consideran de importancia la promoción de eventos científicos, en tercer lugar aquellos que consideran importante Fortalecimiento de actividades del decanato de extensión, Motivación al personal docente; mientras que otro grupo considera importante la Activación de grupos de investigación, así como también la difusión de guías didácticas u otros materiales de cómo realizar trabajos de extensión, y por

último están aquellos que consideran oportuno el establecimiento de enlaces con otros centros de investigación.

A través de estas informaciones aportadas por lo docentes puede verse la intención de llevar a cabo acciones positivas que contribuyan al desarrollo de la extensión y la investigación en los docentes, aspectos que fueron tomados en consideración por las investigadoras, para proponer Plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023 titulado “De la mano con la extensión e investigación”; y que pueda servir de referencia para futuras intervenciones en esta temática.

La actividad: A6 consta de un Conversatorio informativo dirigido a los docentes del programa de gerontología UNEFM, sobre la importancia de la extensión e investigación como parte de la actividad docente universitaria, cuyo **Propósito es** Promover la importancia de la extensión y la investigación como parte de la actividad docente universitaria.

Descripción de la actividad:

El día 12 abril del 2023; se llevó a cabo la actividad; en pro de Capacitar en materia de extensión e investigación a los docentes del programa de gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), contando con el apoyo de la encargada de extensión Profesora Helinny Antequera; bajo la modalidad semipresencial. Para el desarrollo de la actividad, se empleó como estrategia didáctica una *Conversatorio informativa*, donde se trataron los siguientes aspectos: generalidades de la extensión y la investigación, marco legal que fundamenta la función docente; importancia de la extensión e investigación como parte de las funciones sustantivas del docente universitario. Una vez finalizado el primer conversatorio, la Dra Sandra Quintero abordó el tema de la investigación en el ámbito universitario; en el cual señalo el concepto de investigación, propósitos e importancia, finalizando con la presentación de las líneas de investigación de la UNEFM; haciendo énfasis en las pertenecientes al área de ciencias de la salud y las

del programa de gerontología. Concluido el encuentro los participantes, realizaron a las ponentes una serie de interrogantes: duración del tiempo de los trabajos de extensión, estructura de los diseños de los trabajos de extensión; aplicabilidad y pertinencia de la investigación gerontológica; interrogantes que fueron respondidas por las docentes invitadas al encuentro. .

Actividad: A7y A8

- Elaboración de un Blogger informativo sobre la sobre la importancia de la extensión e investigación como parte de la actividad docente universitaria en el programa de Gerontología.
- Aplicación de post test.

Propósito:

Difundir a la comunidad universitaria y al público en general, la importancia de la extensión e investigación gerontológica.

Determinar el conocimiento adquirido a través del conversatorio *informativo* acerca de la extensión y la investigación como parte de la actividad docente universitaria.

Descripción de la actividad:

Dando continuidad al desarrollo de las actividades planificadas; se llevó a cabo la actividad n 7; se desarrolló bajo la modalidad virtual; las investigadoras elaboraron un BLOGGER informativo en el cual se dispuso el tema abordado; y se publicarán periódicamente las actividades de extensión e investigación que se realicen en el programa de Gerontología de la UNEFM. Posterior a dicha actividad; aplicó nuevamente el instrumento de recolección de datos (postest) como parte de la actividad n 8, cuyos resultados arrojaron que los docentes participantes poseen una visión más positiva y clara acerca de la importancia de la extensión y la investigación y su aplicabilidad dentro de las funciones sustantivas docentes.

CONCLUSIONES

El Plan estratégico para el fortalecimiento de una cultura extensionista y de investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023. “De la mano con la extensión e investigación” emerge de la necesidad de fortalecer las funciones de extensión e investigación, mediante la capacitación a docentes, la importancia y determinación de planes de desarrollo en la realización de mencionadas actividades.

Así cómo, fomentar la producción intelectual, el trabajo en equipo entre docentes y la comunidad con ello mejorar el nivel académico, brindando apoyo y recursos adecuados, y por ende empoderar al personal docente en la realización de actividades, estableciendo nuevas políticas y/o planes a favor de la educación a nivel superior que favorezcan la participación de los docentes en eventos de investigación y jornadas de socialización.

Concluyendo, que es ineludible orientar acciones en búsqueda de eficacia en las funciones básicas universitarias, integrando todos los actores de la institución y su interacción con el entorno; contribuyendo de tal manera a insertar exitosamente nuestra universidad en un ambiente más competitivo, requiriendo progreso continuo, eficiencia, eficacia y efectividad social.

RECOMENDACIONES.

Una vez realizado el Análisis de situación de salud, en el cual se llevó a cabo un plan denominado “De la mano con la extensión y la investigación”; se proponen las siguientes recomendaciones:

- Proporcionar apoyo y recursos adecuados al departamento de extensión e investigación, motivando la participación y ejecución de actividades extensionistas e investigación.
- Fomentar el trabajo en equipo y/o colaboración entre el personal docente y los investigadores del departamento de extensión.

- Reconocer el trabajo y la contribución del personal docente y colaboradores en el departamento de extensión e investigación. Celebrar los éxitos y los logros.
- Promover la cultura de extensión e investigación a través de estrategias, favoreciendo los impactos positivos y/o exitosos de estos en la comunidad universitaria y externa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arenas, B; Toro, J; y Vidarte, J. (2000). Concepto de investigación. Universidad autónoma de Manizales. Vol 8, ISSN 0121-6538.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Número de la Gaceta: N° 24 de fecha 04 de julio de 1984, sesión No 13.04.VII.84.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Consejo Nacional de Universidades (CNU, 2006) No 01 Acta 440, sesión ordinaria del 05.05.2006 Gaceta Oficial No 38.508 del 25.08.2006
- Leal, A. (2006). Equipos multidisciplinarios: el siguiente paso de la ciencia. Universidad Alberto Hurtado. Editorial Journal of Technology Management & Innovation. Vol 1, num 2. Santiago, Chile.
- Ley de Universidades con su Reglamento. Gaceta oficial n 1.429. Extraordinario del 8 de septiembre de 1970. República Bolivariana de Venezuela.
- Medero Hernández, Natividad Norma. (1999). La Extensión Universitaria: Conceptualización para un proyecto (Tesis en opción a la Categoría Académica de Máster en Educación por el Arte y la Animación Sociocultural). Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, Ciudad de La Habana.
- Petit, A. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA.

- Programa de integración del TSU a Lcdo en Gerontología (2006) Programa de Gerontología. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro estado Falcón Venezuela.
- Reglamento de Extensión UNEFM. 30 de julio de 1997 según resolución de Consejo Universitario 001.965.097.
- Revista Gerociencia Año III Vol I N° 5. Enero a Junio 2019 Depósito legal. FA2017000074 Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela
- Sampieri Hernandez, R (2014). Metodología de la Investigación. Books medicos.org. VI Edición. Editorial Mc Graw Hill. BetsSellers. México.
- Tünnermann Bernheim, Carlos. (2001). El nuevo concepto de extensión universitaria. En Memorias V Congreso Iberoamericano de extensión, México 2000. "Sociedad, Educación Superior y Extensión: Balance y perspectivas". ANUIES. Colección Documentos, México.
- Universidad Externado de Colombia. (2017). Relación entre docencia, investigación y extensión. Recuperado de <https://www.uexternado.edu.co/comunicacion-social-periodismo/relacion-docencia-investigacion-extension/>
- República Bolivariana de Venezuela, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Vicerrectorado Académico, Decanato del Área de Investigación, Desarrollo e Innovación. (s.f.). *Líneas de investigación*. Recuperado de <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-experimental-francisco-de-miranda/metodologia-de-la-investigacion/lineas-de-investigacion-de-la-unefm-area-csalud/15946222>
- Vega, J. (2002). La extensión universitaria: función integradora del quehacer universitario en el presente siglo. Editorial Investigación & desarrollo. Vol 11. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

ANEXOS

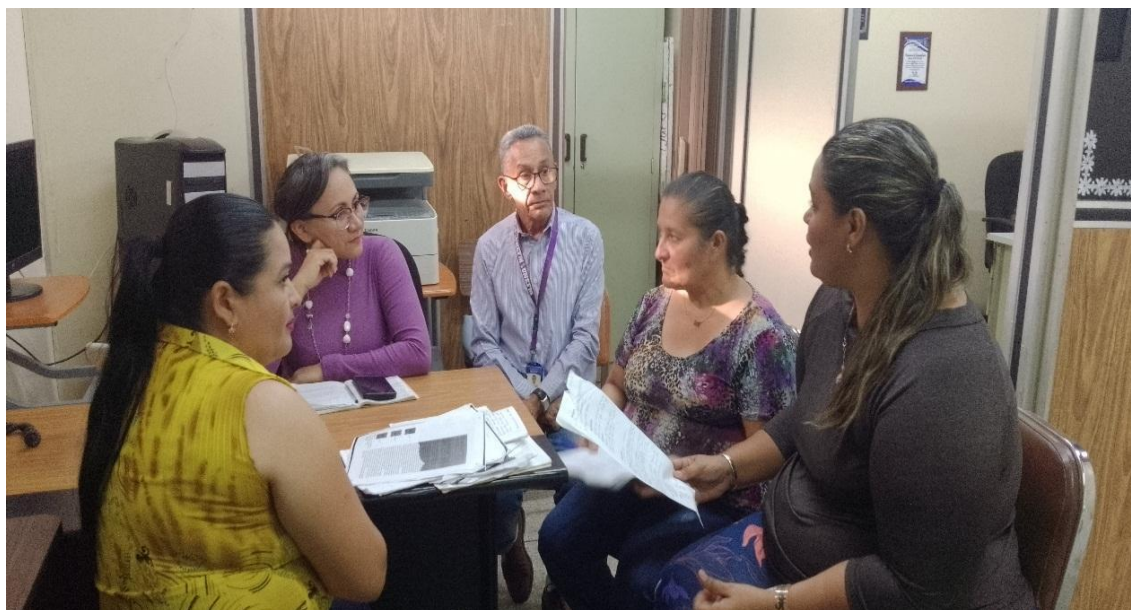
ANEXO N 1

Fachada de Identificación del Complejo Académico Los Borregales



ANEXO N 2

Reunión con el personal directivo y enlace de extensión del Programa de Gerontología



Anexo 3

Presentación de la Propuesta al personal docente del Programa de Gerontología UNEFM

ANEXO 4

Instrumento de Recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DOCENTE SOBRE EL PLAN PARA EL
FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA EXTENSIONISTA Y DE INVESTIGACIÓN
EN DOCENTES DEL PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA UNEFM 2023**

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el conocimiento, aplicabilidad y pertinencia de un plan estratégico para fortalecer la extensión y la investigación en docentes del Programa de Gerontología UNEFM 2023. Elaborado por las maestrantes en salud pública **Lcda. Maroly Quevedo MSc, Lcda. Josefingre Rujano y Lcda. Yenifer Castillo**, siendo la Tutora Académica Dra. Esther Añez. La información obtenida en dicho instrumento será utilizada sólo para fines académicos.

IDENTIFICACIÓN PERSONAL**Sexo****Edad**

Profesión: _____.

Años en la docencia: _____.

Escala: _____.

1. ¿Sabe usted qué es la investigación?

Si _____, no _____.

Explique

2. ¿Sabe usted qué es la extensión?

Si _____, no _____.

Explique

3. ¿Conoce usted cuáles son las principales áreas y líneas de investigación del área ciencias de la salud y del Programa de Gerontología de la UNEFM?

Si _____, no _____.

Explique

4. Ha realizado usted alguna investigación en el último año.

Si _____, no _____.

De ser afirmativo diga cuál

5. Ha realizado usted actividades de extensión.

Si _____, no _____.

De ser afirmativo diga cuál

6. Considera usted que en el programa de Gerontología se fomenta las actividades de extensión y la investigación.

Si _____. no _____.

De ser afirmativo diga cuál

7. ¿Cómo valora la calidad de la extensión y la investigación realizada por el programa de Gerontología UNEFM?

Muy Buena _____.

Buena _____.

Regular _____.

Deficiente _____.

8. ¿Considera usted que en el programa de Gerontología UNEFM se ha promovido la extensión y la investigación en el campo de la gerontología?

Si _____. no _____.

Explique

9. Mencione 3 recomendaciones a través de las cuales se puede fortalecer la extensión y la investigación en los docentes el programa de Gerontología.

1)

2)

3)

Gracias por su valioso tiempo y respuestas

ANEXO 5 Aplicación del Pretest



ANEXO 6 Conversatorio



ANEXO 7 Blogeer Informativo



ANEXO 8

Aplicación del pos test



NORMAS EDITORIALES

La Revista GeroCiencia, constituye un marco referencial para la construcción del conocimiento integral de las ciencias humanas en el ámbito de la Gerontología orientado a las áreas de Educación, Gerencia, Salud, Ciencia y Tecnología. Por esta razón a continuación se precisan las normas editoriales de la Revista.

Instrucciones para autores

La Revista GeroCiencia, es una Revista Científica Electrónica de Gerontología, en las áreas de educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología, dicha revista ofrece la publicación de investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, revisiones documentales, experiencias sistematizadas y estudios de investigadores invitados relacionados con los ámbitos de competencia de la Revista (los cuales previa revisión del comité editorial, puedan ser arbitrados). Todo artículo o trabajo debe ser enviado con carta de autorización de publicación firmada por el o los autores. Las producciones deben ser originales e inéditas que no hayan sido enviados a otras revistas.

Los artículos que no sean considerados como contribución científica original para su publicación serán notificados por el equipo editorial a él o los autores.

1. Normas generales de la Revista GeroCiencia:

1.1. La Revista publica investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas en las áreas o contextos gerontológicos educativo, demográfico, artístico, biológico, psicológico, sociales-comunitarios, salud, gerenciales, metodológicos, tecnológicos, culturales, antropológicos.

1.2. Las producciones (investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas) deben ser enviados, así como comunicaciones relacionadas con

asuntos editoriales al Director Editor correo:
revistaelectronicaGeroCiencia@gmail.com

1.3. Las producciones deben estar escritos en idioma Español y el resumen en Español e Inglés con un máximo de 150 palabras, también debe incluir palabras clave no mayores de cinco (5) palabras que no estén contenidas en el título.

1.4. Los artículos o trabajos deben ser remitidos en original en formato Word, no debe exceder de 20 cuartillas.

1.5. Para la identificación de los artículos o trabajos, él o los autores deben adjuntar resumen curricular del autor o autores no mayor de 15 líneas por cada uno, que incluya: formación profesional, cargos desempeñados, e-mail, experiencia laboral e información relevante.

1.6. Los artículos o trabajos enviados serán sometidos a evaluación por el equipo editor de la Revista y estará conformado por tres o más árbitros quienes emitirán un veredicto que será inapelable.

1.7. Los artículos o trabajos que sean aceptados pasan a ser de esta Revista y no pueden ser publicados en otra revista o medio de divulgación. Igualmente, se deja claro que, los conceptos u opiniones emitidas por los autores no representan los intereses personales de la comisión editorial. Por tanto cada autor se hace responsable de los conceptos y opiniones emitidos.

1.8. Los artículos o trabajos que no cumplan con los requisitos serán notificados al autores o autores una vez dado el veredicto de los árbitros.

1.9. Cada autor debe estar identificado con su nombre, institución de afiliación, correo electrónico y ORCID (Open Researcher and Contributor Identification). Si no tiene ORCID se puede registrar, sin costo alguno, en <https://orcid.org/>

2. Normativas para la Presentación de los artículos o trabajos:

2.1. Los artículos o trabajos deben ser transcritos a computadora, a espacio 1.5, hoja tamaño carta, enumeración arábica superior derecha, en letra Arial 12 color negro. Márgenes: izquierdo 3cm; mientras que el margen superior, derecho e inferior 2,5cm.

2.2. Los artículos o trabajos deben contener la siguiente estructura, centrado en negrilla con mayúscula minúscula: título en español (no mayor de 15 palabras) en mayúscula sostenida, los subtítulos en mayúscula minúscula, los títulos de cada apartado dentro del texto en mayúscula sostenida, año de ejecución del artículo o trabajo (no debe ser mayor de 5 años considerando la fecha actual de publicación), a un espacio del título el autor o autores (primer apellido, primer nombre), dirección institucional (institución donde labora), correo del o los autores, resumen (no debe exceder las 150 palabras con interlineado sencillo), palabras clave (no mayor de 5 palabras clave), el Resumen en inglés debe presentar los mismos criterios que el español. En cuanto al contenido de los artículos o trabajos debe contener: introducción (se plantea la idea o problema de estudio y objetivos), referencia teórica sustentadora, metodología utilizada, resultados, discusión y análisis de los resultados, consideraciones finales y referencias bibliográficas (no menor de 15 referencias). En cuanto a los artículos académicos (entre 10 y 20 páginas), revisiones documentales (entre 5 y 10 páginas), reportes de caso (entre 10 y 20 páginas), experiencias sistematizadas (entre 10 y 20 páginas), cuya naturaleza es expositiva-reflexiva debe por lo menos contener resumen (inglés y español), introducción, desarrollo y conclusiones o reflexiones y referencias bibliográficas.

2.3. En el contenido del artículo o trabajo no deben utilizarse letras mayúsculas intercaladas, excepto para los nombres propios.

2.3.1. Las tablas, figuras, diagramas y fotos, deben ser de alta calidad y deben estar incluidas en el texto, identificadas con números arábigos (sin usar símbolo N°) debe considerar la secuencia de la presentación de las tablas, figuras, diagramas y fotos presentadas en el artículo y trabajos. El título de las tablas, se coloca encima de las mismas, mientras que el título de figuras, gráficos y fotos se coloca debajo. Incluir en el texto con la mención correspondiente, es decir, las tablas, figuras, diagramas y fotos deben estar referidas en el texto.

2.3.2. En los artículos deben emplearse abreviaturas internacionales convencionales, en caso de utilizar abreviaturas particulares debe aclararlas en el texto posterior a la cita. El lenguaje debe ser técnico acorde al nivel y metodología.

2.3.3. Los nombres científicos deben escribirse en letra itálica (cursiva) y debe mencionarse completo la primera vez, luego se menciona usando la inicial del género más la especie.

2.3.3. En cuanto a las Citas que deben presentarse en los artículos o trabajos se deben considerar los siguientes aspectos:

- El texto del artículo o trabajo debe ajustarse a las normas APA (American Psychological Association) 2012.

- Citas textuales mayor de 40 palabras deben tener interlineado sencillo a 5 espacios izquierda y derecha.

- Citas parafraseadas deben ser intercaladas en el texto y encerrada entre comillas ("). La cita no debe ser mayor a 40 palabras.

- Toda cita textual debe llevar autor(es) año entre paréntesis (año y numero de página), no así en las citas parafraseadas.

Libros

Segal, S y Giuliani, D. (2010) *Modelización en el aula: posibilidades y necesidades*. México: Libros del Zorgal.

- Libros con más de seis autores se coloca luego del sexto autor y otros.

Autor corporativo

Departamento de Educación. (1998) *EducationReform in Puerto Rico*. Hato Rey (San Juan de Puerto Rico): Autor.

En caso de reimpresiones

Rorschach, H. (1921/q970). *Psicodiagnóstico (7ma Reimpresión)* Buenos Aires, Argentina: Paidos.

Tesis de grado u otro similar

Quintero, S (2012) *La gerontología educativa en la competencia educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores. Caso*

UNEFM Coro. Trabajo de grado presentado para optar al título de magister scientiarum en docencia para educación superior. Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt. Núcleo Coro: Estado Falcón Venezuela.

Periódicos y/o Revistas

López, J (01 de diciembre de 2007) *Crea y administra tu propio foro con phpBB*. España: Todo Linux, 83, pp. 12-17.

Internet

Castilla, A (28/07/2007) *Enganchadas a final Feliz repostaje: El éxito de la novela romántica*. Disponible en URL: http://www.elpais.com/articulo/semana/Enganchadas/final/final/feliz/elpepuculbab/20070728elpbabese_1/Tes[consulta 23 de junio de 2008]

Medios audiovisuales

NationalGeographicSociety (Productora) (1987). *In the shadow of Vesuvius*. [Video]. Washington, DC. USA: NationalGeographicSociety.

Importante

Las conversaciones personales, cartas, conversaciones telefónicas, etc (fuentes vivas) no publicadas no deben ser listadas en la referencia debido ya que no pueden ser consultadas por los lectores.

3. Normativas sobre el Arbitraje.

3.1. El artículo o trabajo científico, debe ser enviado al Director Editor, quien enviará al Comité Editor para su revisión y visto bueno, una vez revisado se convocará al Comité de Redacción y Consejo de Asesores de ser necesario para definir los árbitros correspondientes.

-La evaluación de los artículos y trabajos deben responder a los siguientes criterios: coherencia del discurso, claridad en la exposición de ideas, adecuada organización

del discurso escrito, pertinencia de las referencias bibliográficas, aportes al conocimiento del objeto, apropiada elaboración del resumen y abstract, pertinencia del título en relación a la relevancia que se presenta, estricto apego a las Normas editoriales.

-Si el artículo o trabajo es aprobado con observaciones por parte de los árbitros, las mismas serán enviadas al (los) autor (es) para su corrección en caso que así lo exija el comité. Después de realizar las correcciones y ajustes sugeridos por los árbitros, los autores devolverán la versión corregida en formato digital como en su primer envío al correo destinado para tal fin.

-Si el artículo o trabajo no es aprobado, el o los autores recibirán comunicación indicando la no aceptación para publicación.

-Aprobado el artículo o trabajo el o los autores recibirán fecha posible de publicación, así como envío del ejemplar de la revista digitalizado.

-Las opiniones, comentarios u opiniones emitidos en los artículos y trabajos son estrictamente responsabilidad del o los autores.

-El Comité Editor se reserva el derecho de los arreglos de estilo que considere conveniente.

-Lo no previsto en las presentes normas será resuelto por el Director Editor y el Comité Editor.

Instrucciones para árbitros de la Revista y colaboradores.

Estimado Arbitro Colaborador, reciba un cordial saludo desde la Revista GeroCiencia (*revista científica electrónica de gerontología, educación, gerencia, salud, ciencia y tecnología*). Agradecemos su valioso apoyo con nuestra revista. En el documento que le fue enviado, agradecemos su atención al estricto apego a las normas de edición de la Revista GeroCiencia, para la revisión del artículo o trabajo enviado. En caso contrario no consideraremos las observaciones realizadas por su persona.

La Revista GeroCiencia, busca el mejoramiento de la calidad investigativa en torno al tema del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento en los distintos ámbitos o áreas

planteadas en las normas editoriales, por tanto, resulta importante que cada artículo o trabajo ofrezca un aporte significativo a esta revista.

A continuación, presentamos un instrumento cualitativo para evaluar el artículo o trabajo científico.



Adulto Mayor sector Pantano Abajo Coro estado Falcón. Fuente: Propia (2021)

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
“FRANCISCO DE MIRANDA”
 DECANATO DE INVESTIGACIÓN Y
 AREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA GERONTOLOGÍA
 Coro - Venezuela
 Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER



Título del estudio:

Planilla de arbitraje

Criterios	Excelente (2 puntos)	Muy bueno (1,5 puntos)	Bueno (1 punto)	Regular (0,5 puntos)	Deficiente (0 puntos)	Observaciones
1. Pertinencia del título del artículo o trabajo.						
2. Adecuada redacción del resumen.						
3. Claridad, coherencia y originalidad del discurso.						
4. Adecuada organización del artículo o trabajo.						
5. Calidad de las referencias bibliográficas citadas.						
6. Aportes del artículo o trabajo al conocimiento del objeto de estudio.						
7. Estricto apego a las normas editoriales.						
8. Apreciación general del documento.						
9. Lenguaje de acuerdo con el nivel del documento						
10. Correspondencia con la línea de investigación.						

Veredicto:

- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado sin ninguna modificación _____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con ligeras modificaciones _____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con importantes modificaciones _____
- El artículo o trabajo evaluado no puede ser publicado _____
- Observaciones _____

**Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas
UNIGER. Programa de Gerontología de la UNEFM
Área Prioritaria de Desarrollo: Ciencias de la Salud**

Área de Investigación	Línea de Investigación	Sublínea de Investigación
Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos	Promoción de salud	Estilos de vida saludable
		Nutrición en el adulto mayor
	Prevención de enfermedades	Abordaje gerontológico de las patologías neurológicas en adultos mayores
	Rehabilitación y habilitación	Rehabilitación y habilitación en el adulto mayor
		Autonomía y funcionalidad en el adulto mayor
		Discapacidad y salud
Salud y envejecimiento	Gestión de salud	Evaluación y fortalecimiento de la gestión de salud
		Administración gerontológica
	Dinámica psicosocial	Integración familiar del adulto mayor
		Participación del adulto mayor
		Demografía gerontológica
		Recreación y tiempo libre
		Dinámica social de la vejez y envejecimiento
		Educación gerontológica
		Gerontología educativa
		Dinámica sociocultural de la vejez
		El adulto mayor y las tecnologías de información y comunicación
	Derechos humanos	Orientación gerontológica
		Envejecimiento activo
		Derechos humanos, ocupación y diversidad
		Derechos humanos y salud
	Economía política y calidad de vida	Economía en la vejez
		Sistemas de seguridad social
		Políticas públicas y formación social y ciudadana
	Entornos físicos saludables	Entornos físicos saludables para el adulto mayor
	Apoyo social	Sistemas de apoyo en los adultos mayores
	Apoyo social	Asistencia al adulto mayor en etapa terminal
		Cuidadores formales e informales
	Epidemiología de la vejez	Demografía en la vejez

RESUMEN TÉCNICO DE COMITÉ:**DIRECTOR-EDITOR**

Dra. Sandra Quintero. PhD. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias Gerenciales (Sumacunlaude UNEFA), Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB) Magister Scientiarum en Pedagogía Crítica (UNEKR 2021), Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior (Sumacunlaude UNERMB 2012) Licenciada en Gerontología (Magnacunlaude UNEFM 2008). Especialista en Desarrollo de la gestión educativa Universitaria (2021) Magister en Pedagogía Crítica Universidad Kléber Ramírez. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual Universidad Kléber Ramírez. Cursante Doctorado en Ciencias de la Salud UNEFM. PEII-A2. Directora Programa Gerontología (2016-2023) y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER (UNEFM). Presidenta de la Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO y Coordinadora de la Investigación Multicéntrica de la Red PANAMGERO. Locutora universitaria. Docente Titular. Presidenta Fundación Somos Geroactivo. Tutora pregrado y postgrado. Autora de los Libros: -Gerontología Ciencia para la vida 2013. -Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años 2015. -Pensando las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan. 2017 entre otros. Columnista Diario Nuevo Día con "Gerontología al Día". Publicación en REDALYC.ORG. Revista Multiciencias y otros. Conferencista nacional e internacional. Miembro del Consejo Editor QMayor. Áreas de conocimiento educación gerontológica, gerontología educativa, envejecimiento activo, cultura y vejez, medios de comunicación social y adulto mayor.

COMITÉ EDITOR

Lcda. Belen Cásares. MSc. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Licenciada en Gerontología. Maestría Gerencia en Recursos Humanos de la Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt". Licenciatura en Comunicación Social UBV, TSU en Producción de medios de comunicación. Doctorante en Ciencias de la Comunicación UNEFM. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Organizadora de eventos científicos y comunitarios. Conferencista en eventos científicos. Formada en desarrollo social, multidiversidad, aprovechamiento energético ONCTI entre otros. Facilitadora de talleres de formación laboral en INCESS. Facilitadora curso de inducción para estudiantes de Gerontología. Autora del estudio Educación Ambiental con adulto mayores de Coro estado Falcón. Premio mención al mejor trabajo en las jornadas de investigación UNEFM 2015. Cumlaude grado 2017. Área de conocimiento: envejecimiento activo y educación ambiental.

Dr. Nohé Ramón Gilson. MSc. PhD. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Lcdo en Comunicación Social mención Desarrollo Social. Lcdo. Teología. Lcdo. Filosofía. Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB). Magister Scientiarum en Gerencia de la Tecnologías de Información y comunicación. Doctor en Ciencias Sociales UNEFM. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual Universidad Kléber Ramírez. Docente Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM, Programa de Medicina y Programa Artes Audiovisuales. Autor de libros como *Semillas de Esperanza* (2003), *Poemas para el Alma* (2012), *Candelaria Virgen Amada* (2017), *San Antonio Patrono Bendito* (2017), *Valorando la profesión del periodista* (2017). Reconocimientos: Premio Municipal de Periodismo "Salomón Maduro Ferrer" (2016), Premio Regional de Periodismo "Carlos Martínez Bueno" (2016), Premio Regional de Periodismo mención Interpretativo "Lino Revilla" (2015). Miembro Fundación Somos Geroactivo. Conferencista e Investigador PEII A-1. Locutor Universitario. PEII-A1. Área de conocimiento: medios de comunicación social y adulto mayor. Apropiación social de las tic. Artes audiovisuales.

COMITÉ REDACCIÓN**Lcda. Josefingre Rujano. MSc. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)**

Venezolana. Licenciada en Gerontología, Magister Scientiarum en Salud Pública, Maestrante en Gerontología y Desarrollo Humano, Miembro activo de la Fundación Geroactivo. Cursante del Doctorado Gestión de la creación Intelectual (UPTKR), Docente del Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda", Diplomado en Salud mental DRIE - HGD AVG. TSU en Administración de Mercadeo Agrícola (IUTAG) Diplomado en Salud Mental. (DRIE). Conferencista Nacional e Internacional. Miembro de la Red Iberoamericana de Gerontología "1 de agosto" (Argentina)

Otros miembros forman el comité editorial**CONSEJO ASESORES****Lcda. Maroly Quevedo MSc (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)**

Venezolana. Lcda. en Gerontología. Magister Scientiarum en Recursos Humanos. Magister Scientiarum en Salud Pública. Doctorante de Ciencias de la Salud UNEFM. Docente Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Miembro Fundación Somos Geroactivo. PEII-A1. Memoria de VIII Jornadas de Investigación de la UNEFM. Conferencista y organizadora de eventos a nivel nacional e internacional. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Tutor y jurado de estudios de Gerontología. Área de conocimiento: prácticas

gerontológicas integrales, gerencia en gerontología, intervención social, Economía Política en la Vejez.

Dr. Jairo Villasmil (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Psicólogo (1990). Lcdo en Comunicación social mención desarrollo social (1999). Maestría en Ciencias mención desarrollo comunal (1995). Doctorado en Educación (2010). Formación en Gerencia social comunitaria, planificación y diseños de sitios web, como escribir y publicar artículos científicos. Experiencias: Miembro asesor de la junta tratamiento postpenitenciario, Tutor y asesor de estudios de postgrado en materia gerencial como educativa. Publicaciones Revistas y artículo científicos en Revista Ciencias sociales y educativas UNEFM, Revista Laurus, Revista Educación UPEL. Conferencista nacional e internacional. Director de currículo de la UNEFM.

Lcda. Carlina García (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezuela. Licenciada en educación mención lenguas extranjeras. Docente de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" administra las unidades curriculares Inglés I y II en el Programa de Gerontología.

Dra. Ivonne Medina. PhD. (Univ. Nac. Exp. Politécnica de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana. UNEFA-Venezuela).

Venezolana. Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB). Ingeniero Civil UNEFM. Especialista en Control Fiscal mención Auditor. Docente e investigadora de UNEFA. Auditora Interna del MPP Tránsito Terrestre (Jubilada). Cursante Doctorado en Pedagogía Crítica y Alternativa Universidad Kléber Ramírez. Más de 25 años de Experiencia en el Campo de la Gerencia. Cursante del Doctorado en Ciencias Gerenciales UNEFA.

Dr. Gilberto Ereú. PhD. (Iglesia Evangélica Nueva Canaan-Venezuela)

Venezolano. Pastor de la Iglesia Evangélica Nueva Canaan, Caujarao Municipio Miranda estado Falcón. Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB) Director de Misiones transculturales. Exdirector del Instituto Bíblico Falcón. Educador, Administrador, Contador Público. Doctor en Ciencias Gerenciales Universidad Nacional Experimental de la Fuerzas Armadas UNEFA. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual UPTKR. Miembro de la Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez.

Nota: Varios árbitros y miembros del comité de redacción son asesores en esta edición.

RESUMEN TÉCNICO DE ÁRBITROS**Dra. PhD. Neris Ortega. (Univ. Carabobo Venezuela)**

Venezolana. PhD Enfermería, salud y Cuidado Humano. Enfermera. Universidad de Carabobo. Master en Cuidado Intensivo: Mención Médico quirúrgico, UC /2000. Especialista en Investigación en drogas. USP-Brasil/ 2005. Prof. Titular Universidad de Carabobo/Facultad de Ciencias de la Salud/ Dpto de Enfermería en Salud Integral del Adulto. Publicaciones: *Resiliencia a la violencia como fenómeno complejo del cuidado humano* año 2015, *Aproximación a la persona humana como aspecto esencial para la comprensión del fenómeno de la resiliencia* año 2014 entre otras.

Dra. Maribel Thamara Osorio. (Univ. Central de Venezuela. Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias de la Educación. Licenciada en Enfermería. Especialista en Docencia en Educación Superior. Especialista en Salud Ocupacional. Maestría en Docencia en Educación Superior. Maestrante en Bioética. Cursando postdoctorado educación, ambiente y sociedad. Universidad Pedagógica Libertador. Directora de la Escuela de Enfermería de la UCV y Directora del Postgrado de Enfermería Oncológica UCV. Editora de la Revista Venezolana de Enfermería. Miembro de la Asociación de Revistas Médicas de Venezuela. Miembro del equipo editorial de la Revista de la Facultad de Medicina UCV. Miembro del equipo de investigadores Fundación Ciea-Sypal. Publicaciones: *Cuidados de enfermería en biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama*. Revista Venezolana De Enfermería, 2015; Volumen 2, Número 1. [Http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/9381/9189](http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/9381/9189). Investigación y Enfermería. Revista Venezolana De Enfermería, Volumen 1, Numero 1; 2014. [Http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/8257/8156](http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/8257/8156). Conferencista nacional e internacional.

Dr. Jairo Boscan (Universidad del Zulia LUZ-Venezuela)

Venezolano. Docente titular de la Universidad del Zulia LUZ sede Puto Fijo estado Falcón. Dedicación exclusiva. Licenciado en educación mención ciencias sociales área historia de Venezuela de LUZ, diplomado en estudios avanzados en gestión y desarrollo turístico sostenible de la universidad de Malaga. Actualmente tesista del doctorado de educación de la Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt UNERMB.

Dra. Miriam Bazán (Ministerio de Salud-Perú)

Peruana. Médico cirujano. Miembro. PhD. en Educación, Msc. en Administración y Diplomado en Docencia Universitaria en la Universidad Alas Peruanas. Fundadora y ExPresidenta de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Directora de la Escuela Profesional de Gerontología Universidad Alas Peruana. Área de conocimiento: Dinámica Social de la Vejez y el Envejecimiento. Educación Gerontológica, Gerontología Educativa. Conferencista nacional e internacional. Graduada del curso de especialización en servicios para la tercera edad en la familia y la comunidad en Haifa-Israel. Coautora del libro: "Perfiles de envejecimiento: Gerontología para la vida activa, una propuesta regional".

Dra. Claudia Mendoza (UnivAut Tlaxcala México)

Mexicana. Docencia en Educación Formal, No formal e Informal. Académica Universitaria. Investigación en Gerontagogía. Programación en Áreas de Asistencia, Bienestar y Desarrollo Social. Intervención Socioeducativa y Sociocultural en Grupos Vulnerables. Doctora en Estudios Migratorios, Desarrollo e Intervención (Universidad de Almería; Almería, España, 01 febrero 2017). Maestra en Animación Sociocultural e Intervención Socioeducativa (Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España, enero 2009). Licenciada en Educación Social (Universidad Autónoma de Tlaxcala; Tlaxcala, México:2006). Área de conocimiento: Intervención Socioeducativa en Adultos Mayores (LGAC Individual) Inclusión social de personas con discapacidad (LGAC Cuerpo Académico). Coordinadora del programa educativo Licenciatura en Atención Integral al Adulto Mayor Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano (Universidad Autónoma de Tlaxcala; México, vigente. Publicaciones: La educación Inclusiva. Reflexiones desde Latinoamérica. México: Castellanos Editores. Espacios para hablar y compartir sobre la intervención social y educativa en grupos vulnerables: Vol.I.(pp. 149-156) Almería, España: Enfoques Editoriales. Entre otros. Conferencista nacional e internacional.

Magister. Sergio Flores (Univ del Valle de Toluca. México)

Mexicano. Maestro en Ciencias de la Educación (Univ. del Valle de México). Licenciado en Gerontología (Univ. Estatal del Valle de Ecatepec). Doctorante en Educación (Univ. Rey Juan Carlos, España). Actualmente es Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Líneas de investigación estructuración de diseños curriculares en planes y programas universitarios en gerontología. Coordinador de los Libros: "Perfiles sobre envejecimiento, Estrategias gerontológicas en acción" (2014), UNEVT. "Perfiles sobre envejecimiento, "Gerontología para la Vida Activa. Una propuesta Regional" (2017), Fondo editorial UAP, Perú. Miembro activo de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A. C. Miembro fundador y Secretario de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Autor de varios libros a nivel internacional. Forme parte del Consejo Técnico de Posgrados en la Universidad Iberoamericana, Campus Ciudad de México. Integré el Grupo de evaluación de Planes y Programas de Estudios ante el Comité Interinstitucional para la Formación, Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud. Actualmente desempeño el cargo de Director de Plantel Niños Héroes 222, CESCJUc, Ciudad de México.

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Ecuatoriana. Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Docencia alumnos de pregrado en la Universidad Metropolitana de Quito Ecuador. Miembro del Capítulo Provincial de Medicina Familiar. Conferencista nacional e internacional. Publicaciones: Cuidados de enfermería y efecto por separación del vínculo familiar en pacientes pediátricos con quemaduras. Revista

Cultura de los Cuidados. Aprobada para publicación 2do cuatrimestre 2019/agosto-septiembre/volXXIII/No.54.

Dra. Marisa Silvana Zazzetta (Univ. Fed. São Carlos Brasil)

Brasileña. Doctorado en Servicio Social - Escuela Superior de Sanidad (1990), Licenciatura em Servicio Social Universidad Nacional de Entre Rios (1993), Maestría em Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande de Sur (1996). Actualmente docente em Universidad Federal de São Carlos en Curso Licenciatura de Gerontología, y el Programa de Postgrado em Enfermería (Maestría y Doctorado), y el Programa de PostGrado de Gerontologia (Maestría). Árbitro de revistas: Revista Aquichan, Revista Brasileira de Geriatria y Gerontologia, Revista Estudios Interdisciplinarios de Envejecimiento, Revista Interface-Comunicación, Salud, Educación. Publicaciones: Jesús, Isabela Thaís Machado de Orlandi, Ariene Angelini Dos Santos; Zazzetta, Marisa Silvana .Burden, profile and care: care givers of socially vulnerable elderly persons. Revista Brasileira de Geriatria y Gerontologia, v. 21, p. 194-204, 2018. Jesús, I. T. M.; Orlandi, Fabiana De Souza; Zazzetta, M. S. Frailty and cognitive performance of elderly in thecontext of social vulnerability. Dementia & Neuropsychologia, v. 12, p. 173-180, 2018. Jesus, Isabela Thaís Machado de Diniz, M. A. A; Lanzotti, R. B.; Orlandi, Fabiana De Souza ;Pavarini, S.C.I.; Zazzetta, M. S. Fragilidade E Qualidade De Vida De Idosos Em Contexto de Vulnerabilidade Social. Texto e Contexto. (UFSC Impresso), v. 27, p. e4300016, 2018. Entre otros.

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno. (Univ. Nac de Colombia. Colombia)

Colombiana. Enfermera, Especialista en prevención del maltrato infantil, Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Doctora en Enfermería. Profesora Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Secretaria del Capítulo UpsilonNu de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International, Miembro vitalicio de la International Association for Hospice and Palliative Care. Miembro de la Red Latinoamericana de Investigadores en Cuidado al Paciente Crónico y la Familia. Miembro del Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico clasificado en A en Colciencias. Investigadora reconocida por Colciencias. Autora de 34 artículos publicados en revistas indexadas y dos capítulos de libro.

Master. Laura Inés Salatino. (Univ. Maimonides Argentina)

Argentina. Master en atención integral centrada en la persona AICP Universidad de Vic Barcelona, España. Especialista en Psicogerontología de la Universidad Maimónides; Licenciada en Gerontología de la Universidad Maimónides. Docente a Cargo Curso de Psicogerontología: El Modelo de Atención Integral y Centrado en La Persona, Universidad Maimónides. Universidad Maimónides, Licenciatura en Gerontología, Titular de la Cátedra Gerontología Social III, modalidad a distancia. Conferencista nacional e internacional 2018: V Congreso Latinoamericano de Universidades con Carrera en Gerontología "Construcción del Rol Profesional, de la Teoría a la Práctica", 2017: VII Congreso Latinoamericano de Psicogerontología:

Avanzando en la inclusión, la integración y la interdisciplina, Santiago de Chile, expositor en la mesa redonda “Aislamiento social y perceptivo en el adulto mayor” con la ponencia “Prevención del aislamiento en la vejez” entre otros.

Magister. Yeis Miguel Borré (Univ. Met de Barranquilla-Colombia)

Colombiano. Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en Salud. Magíster en Investigación con énfasis en Docencia. Candidato a Doctor en Investigación y Docencia. Universidad Metropolitana de Barranquilla (Docente Investigador del Programa de Enfermería) Universidad Libre Seccional Barranquilla (Docente Jornada laboral completa – Líder Grupo de Investigación en Salud Pública). Publicaciones Sánchez C, Urbina A, Borré-Ortiz YM. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad de atención de Enfermería y satisfacción del paciente en población de México. Rev. Paraninfo digital, 2017; 27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/015.php>. Borré-Ortiz YM. Editorial: La Producción Científica en Ciencias de la Salud ¿un asunto de cantidad o calidad? Rev. Biociencias. 2017; 12(2). <https://doi.org/10.18041/2390-0512/bioc..2.2553> entre otras.

Master. Juleiky García Beracieto. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Cubano. Licenciado en Enfermería. Máster en Urgencias médicas en atención primaria de salud, con experiencia laboral en el área de la docencia, la investigación, la publicación de artículos científicos, el postgrado y la atención primaria de salud en área prehospitalaria en emergencias médicas, cuidados críticos. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Estrategias educativas en la educación superior. Revista de Información científica de Guantánamo. Cuba. 2018.

Lcdo. Luis González MSc. (BARALT – Venezuela)

Venezolano. Licenciado en Administración de Empresa y Licenciado en Contaduría Pública. Magister Scientiarum en Gerencia Financiera. Profesional de la administración y contaduría, diseñador y facilitador de procesos formativos comunitarios por más de 35 años, en organizaciones sociales como el grupo social CESAP, Emisora Comunitaria La Rosa de San José 92.3FM. Más de 10 años de profesor agregado en ejercicio en pregrado y posgrado en procesos académicos, administrativos, investigación y extensión, en Misión Sucre, UNERMB, UPTAG y UCSHC. Ha coordinado equipos de trabajo, del centro de investigación Gestión del Conocimiento (CIGEC) de la UNERMB. Experiencia de 25 años en atención y servicio al cliente en organizaciones de servicios telecomunicaciones ERICSSON, en el Hotel Amazonia Jefe de RRHH y en el Instituto Nacional de Estadística, supervisor Regional y del IPC.

Dra. Linda Martínez (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Docente de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM, Coro, Venezuela. Docente Titular Dedicación Exclusiva con 17 años de experiencia en el Departamento de Física y Matemáticas en el Área de Conocimiento Estadística. Doctorante en Ciencias Sociales (UNEFM 2024),

Especialista en la Gestión Académica Universitaria (UNEFM 2022), Magister Scientiarum en Educación Superior (UNERMB 2015), Lcda. En Educación Matemática Mención Informática (UNEFM 2006).

Dr. Omar Antonio Vega. (Univ. Manizales-Colombia)

Colombiano. Doctor en Ingeniería Informática: Sociedad de la información y el Conocimiento Ingeniero agrónomo, magíster en educación. docencia y magíster en orientación y asesoría educativa, doctor en sociedad de la información y el conocimiento. Profesor universitario durante 24 años, recientemente pensionado). Investigado asociado y evaluador de Minciencias, evaluador en revista y eventos académicos. Asesor en procesos de investigación científica. Editor independiente. Arbitro en revistas como Ciencias e Ingeniería, Información Tecnológica, Journal of Infrastructure, Policy and Development (JIPD), Archivos de Medicina, Comunicar, Facultad de Ingeniería UPTC, Trilogía Tecnología, Ciencia y Sociedad.

Dr. Carlos Miranda Videgaray (Univ. Aut. Chiapas-México)

Etnólogo, Maestría en Psicodrama, Doctorado en Antropología. Ha sido consultor para el Banco Mundial sobre demanda de servicios de salud. Ha coordinado investigaciones sobre cultura y salud. Ha publicado artículos en revistas especializadas de México, Argentina, Holanda, Perú, Inglaterra. Coordinador del Seminario Permanente de Actualización en Temas Gerontológicos, docente en la Licenciatura en Gerontología y Editor de la Revista Gerontología Latinoamericana, de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

Esp. José Guarapana (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano egresado de la UCLA, Venezuela, con especialización en Neurocirugía y Cirugía de Columna Vertebral en el Hospital Domingo Luciani (IVSS). Doctorante en Ciencias de la Salud (UNEFM) y Magíster en Neuroftalmología por la Universidad Tecnológica TECH. Especialista en la Gestión Académica Universitaria UNEFM. Jefe del Servicio de Neurocirugía y demás subespecialidades quirúrgicas del Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, fundador y docente del Postgrado Asistencial de Neurocirugía. Profesor instructor de Clínica Quirúrgica y Coordinador Académico del Decanato de Ciencias de la Salud en UNEFM, así como Jefe del Programa Académico de Postgrado en Neurocirugía. Miembro activo de la Sociedad Venezolana de Neurocirugía (SVNC), la Federación Latinoamericana de Sociedades de Neurocirugía (FLANC) y el Grupo Latinoamericano de Estudios Neuroendoscópicos (GLEN). Ex directivo del Comité de Cirugía Espinal de la SVNC. Colegiado en el Colegio de Médicos del Estado Falcón, Venezuela (N.º 3035) y en el Colegio de Médicos de Salamanca, España (N.º 373707988). Registro profesional MPPPS: 32679

Esp. María de Luz Goncalvez. (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano, UNEFM. Especialista en Ginecología y Obstetricia, UCV. Diplomado en Salud Pública, UNEFM. Adjunto II Servicio Ginecología y

Obstetricia. IVSS. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Punto Fijo, Estado Falcón. Docente de pre y postgrado UNEFM. Coordinadora de Estudios de postgrado en Ginecología Obstetricia, UNEFM, extensión Paraguaná IVSS.

Psic. Esp. Waldemar Piña (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Psicología (Licenciado Magna Cum Laude, Universidad Yacambú) y Medicina (Médico Cirujano, UNEFM). Con expertise se profundiza con dos maestrías internacionales en Salud Pública y Gestión Sanitaria, y Psicología Industrial, Organizacional y Gestión de Recursos Humanos, junto con una maestría en Educación mención Ciencias de la Salud (UCLA). Ha ocupado roles de liderazgo como Director de Psicodar c.a., Gerente de Protección Nacional en Fundación CESVI – ETS, y Coordinador del Departamento de Evaluación y Capacitación en la Secretaría de Salud del Estado Falcón. Su experiencia incluye también la práctica como Psicólogo Clínico y de la Salud en el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken y la docencia universitaria en Neurociencias y Organizaciones Transcomplejas.

Dra. Letty Moreno (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias Gerenciales, MSc en Educación Abierta y a Distancia, Esp. en Gerencia Empresarial, Diplomado en Diseño Curricular, Ingeniero de Sistemas, Postgrado en Teología Bíblica. Ha desempeñado cargos gerenciales durante 24 años. Escritora de varios artículos arbitrados. Ponente y organizadora en varias Jornadas de Investigación. Cargo actual: Responsable de Postgrado en el Centro Local Falcón de la Universidad Nacional Abierta. Docente escalafón agregado de la UNEFM dedicación exclusiva.

Dra. Maryoly Blando (UNEFM-Venezuela)

Doctora en Ciencias Gerenciales. Maestría en Gerencia Pública. Especialista en Gestión de la Salud Pública. Especialista en Enfermería en cuidados intensivos pediátricos. Licenciada en Enfermería. Diplomado en Docencia Universitaria. Diplomado de investigadores y tutores. Diplomado Liderazgo para el cambio auspiciado por Consejo Internacional de Enfermería. Doctorando en Ciencias de la salud. Expresidenta Colegio de enfermeras. Forme parte del Comité de bioética Hospital universitario Dr. Alfredo Van Grieken. Participación como jurado/tutora de proyectos y trabajo de grado a nivel de pre y posgrado. Conferencista/participante en eventos científicos regionales y nacionales. Docente de la universidad del Zulia en pregrado. Coautora de diseños de Diplomados y programas de Formación UNEFM. Autora de artículos académicos. Formo parte del equipo de revisores Revista Ciencia crítica. Docente en maestría de Salud Pública UNEFM. Actualmente desempeño como Docente en el PNF enfermería UNEFM ocupando el cargo coordinadora del programa.

RESUMEN TÉCNICO DE AUTORES**Alicia María Delgado Rodríguez (Unidad Psicoeducativa Carlos Martínez Bueno. Coro estado Falcón Venezuela -Venezuela)**

Venezolana. Licenciada en Educación Especial. Mención: Dificultad del Aprendizaje (Universidad Nacional Abierta - Centro Local Nueva Esparta), Especialización en Planificación Educacional (Universidad Valle del Momboy), Especialista en Atención Integral a las personas con Autismo (Universidad Nacional de los Andes-Convenio Iberoamericano), Diplomado Internacional Atención y Desarrollo Integral de la Personas dentro de la Neurodiversidad y sus familias. 2023 (Universidad de Grendal / Fundación Mochila de Sueños del Joven Simón), Especialista en Dirección y Supervisión Educativa (Programa Nacional de Formación Avanzada y Especializada en Dirección y Supervisión Educativa 2018-2019. Universidad Nacional Experimental del Magisterio-UNEM). Labora en Unidad Psicoeducativa Carlos Martínez Bueno. Coro estado Falcón Venezuela.

Alain Samuel Pasión Salas (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Especialista Cardiología Practica Profesional libre ejercicio. Cardior 2013- actualidad. Médico Adjunto Centro Cardiovascular Regional Falcón. Octubre 2010- 2020. Docente Post-Grado Cardiología Hospital Universitario Coro 2010-actualidad. Residente PostGrado Universitario de Cardiología Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Caracas 2002- 2005. Residencia Asistencial Programada de Medicina Interna Hospital de Clínicas Caracas. Diciembre 2000- Diciembre 2002. Docente Pregrado Medicina en Practica Medica Integral 2014- actualidad Médico Interno Departamento Emergencia y Medicina Crítica. Hospital Universitario Coro,. Enero- Diciembre 2000. Asesor Médico Cardiovascular AstraZeneca Venezuela Mayo 2006 – Junio 2009. Médico Coordinador Ambulatorio Rural tipo II "Quebrada de Hutten". Municipio Zamora Estado Falcón. 1998- 1999. Entre las publicaciones están: Opportunities for improvement in anti-thrombotic therapy and other strategies for the management of acute coronary syndromes: Insights from EPICOR, an international study of current practice patterns Eur Heart J Acute Cardiovasc Care . 2016 Feb;5(1):3-12. doi: 10.1177/2048872614565912. Epub 2015 (INVESTIGADOR). Disección extensa de la aorta. Avances Cardiol 2012;32(2):204-206. Foramen oval permeable, con aneurisma del septum interatrial ocluido por trombo biauricular Avances Cardiol 2010;30(2):183-184. Cardiomioplastia Celular: ¿Una alternativa Terapeutica?. Avances Cardiológicos. 2005; 25(4): 91-108. Síndrome de Trousseau A propósito de un caso. Clínica Médica H.C.C Volumen VII. Número1. Entre otras

Norka Tahiry Otero Diaz (UNEFA-Venezuela)

Venezolana. Maestría en Gerencia de Recursos Humanos de la Universidad de la Fuerza Armada (UNEFA) Núcleo Falcón, Licenciatura en Enfermería en la Universidad de los Llanos Centrales (UNERG), Licenciada en Administración en la Universidad del Zulia (LUZ), Abogado en ejercicio: Universidad de Falcón (UDEFA), Técnico Superior Universitario en Relaciones Industriales del Instituto Universitario de Tecnología Alonso Gamero, (IUTIRLA), Punto Fijo Falcón. Venezuela. Actualmente curso el Doctorado en Ciencias Gerenciales en la Universidad de las Fuerzas Armadas (UNEFA) Núcleo Falcón, y me desenvuelvo en el campo de la enfermería desde hace 32 años dentro del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra, de la Península de Paraguaná. He desempeñado cargos supervisores del Distrito Sanitario en Paraguaná, tengo 15 años ejerciendo como Presidente del Colegio de enfermeras de Paraguaná y laboro como docente universitaria en el programa de Licenciatura en Enfermería de la UNEFA Núcleo Falcón; he participado en diversos proyectos entre ellos un proyecto de 72 viviendas para enfermeras que lleva mi nombre y mi apasionada área de interés es la ética dentro del ejercicio de la Enfermería como elemento esencial del cuidado humano.

Amelia Celia Colina Salazar (UNEFA-Venezuela)

Venezolana. Doctorado en Educación por la Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt. (UNERMB) Estado Zulia. Venezuela, con una maestría en Telemática por la Universidad Rafael Bellosillo Chacín (URBE) Estado Zulia, Venezuela y soy ingeniera en computación por la misma URBE del Estado Zulia. Me desenvuelvo como profesora universitaria e investigadora en la Gerencia de Tecnologías de la Información y he participado en diversos proyectos para el área de la TICs en conjunto con las ciencias sociales. Desde 2006 laboro en la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA) y he transitado por las ciencias de la educación a la par de la Tics. Mis áreas de interés son: e-learning, sistemas tutores inteligentes, formación docente. Soy miembro del comité académico de los programas de postgrado de la UNEFA y he sido jurado evaluador de trabajos de investigación y revisora de artículos en diversos congresos y revistas del área.

José Luis Gotopo López (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano, egresado de la ULA, Venezuela, con especialización en Neurocirugía y Cirugía de Columna Vertebral en el Hospital Universitario Antonio María Pineda. Especialista y Docente del Postgrado de Neurocirugía del Hospital Universitario Alfredo Van Grieken.

José Enrique Rincón Peña (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano egresado de LUZ, Venezuela, con especialización en Neurocirugía y Cirugía de Columna Vertebral en el Hospital Domingo Luciani (IVSS).

Especialista y Docente del Postgrado de Neurocirugía del del Hospital Universitario Alfredo Van Grieken. Miembro activo de la Sociedad Venezolana de Neurocirugía (SVNC), la Federación Latinoamericana de Sociedades de Neurocirugía (FLANC).

Márquez Duque, Marianyely Estefania (Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezolana).

Venezolana. T.S.U. en Enfermería. Instituto Universitario de Tecnología Juan Pablo Pérez Alfonso 2015-2018. Médico Cirujano, UNEFM. 2024. Cursos: Nudos y Tipos de Sutura en el cuerpo humano Dra. Maria Teresa Hernández - Cirujano General 2023. Citología y Colposcopia Postgrado de Ginecología y Obstetricia - HDRCS 2023. Medico Rural (Art 8) ASIC. Adolfo Martínez Guzmán Médico Cirujano Cargo Actual.

Quevedo Rivero, Wileydis Karina. (Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezolana).

Venezolana. Médico Cirujano, UNEFM. 2024. Medico Rural (Art 8) ASIC. Raúl González Castro. Cargo Actual.

Sánchez Campos, Alvary Jose (Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezolana).

Venezolana. Médico Cirujano, UNEFM. 2024. Cursos: RCP y entubación endotraqueal IVSS - Hospital Dr. Rafael Calles Sierra 2017. Citología y Colposcopia Postgrado de Ginecología y Obstetricia - HDRCS 2023. Medico Rural (Art 8) ASIC. Raúl González Castro. Cargo Actual.

Chávez Colina, Diego Edixon (Univ. Nacional Experimental Francisco de Miranda. Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano, UNEFM. Médico en Consultorio Médico Popular "El Oasis".

Mora Hurtado, Jesús Enrique (Univ. Nacional Experimental Francisco de Miranda. Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano, UNEFM. Médico Ambulatorio Olimpia Díaz. Amuay, Municipio Los Taques. Cursos: Curso virtual mhGAP Humanitario, OPS, Curso Virtual sobre el manejo de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular en la atención primaria de salud. OPS. Simposio ACMI en las universidades, Capitulo Central 2024, Asociación Colombiana de Medicina Interna. Diplomado en Medicina Ocupacional. UPEL. 2025.

López Polanco, Cirmary Nataly (Univ. Nacional Experimental Francisco de Miranda. Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano, UNEFM. Médico Ambulatorio Olimpia Díaz. Amuay, Municipio Los Taques. Cursos: Actualización para el manejo del dolor y sus alternativas. Curso Virtual sobre el manejo de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular en la atención primaria de salud. OPS, septiembre 2023. Taller teórico práctico de reanimación en el paciente politraumatizado, RCP y manejo de vía aérea.

Yenifer de Jesús Castillo Sánchez

Venezolana. Lcda en enfermería, Especialista en enfermería quirúrgica. Magíster en salud Pública (UNEFM), Enfermera en Hospital tipo 1 Materno Infantil Dr. José María Espinosa.

ÍNDICE DE ARTÍCULOS

Título del artículo	Autor(es)	Pág.
LA NEURODIVERSIDAD EN LA VEJEZ: UN ENFOQUE INNOVADOR PARA EL BIENESTAR	Alicia Delgado	11
INNOVACIONES TECNOLÓGICAS EN RCP: MEJORANDO LA RESPUESTA EN EMERGENCIAS DOMICILIARIAS DEL ADULTO MAYOR	Alaín Pasión	22
EL SENTIR EMOCIONAL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO INVISIBLE DEL ADULTO MAYOR	Norka Díaz y Amelia Colina	37
CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO VENEZOLANO (2014–2024)	José Guarapana, José Gotopo y José Rincón	61
RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES MENOPÁUSICAS Y NO MENOPÁUSICAS DE “BUENA VISTA”, MUNICIPIO FALCÓN, ESTADO FALCÓN	María Goncalves, Marianyely Márquez, Wileydis Quevedo y Alvary Sánchez	81
IMPACTO DEL SÍNDROME GENITOURINARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION MENOPÁUSICA DE AMUAY	María Goncalves, Diego Chávez, Jesús Mora y Cirmary López	104
PLAN ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA EXTENSIONISTA Y DE INVESTIGACIÓN EN DOCENTES DEL PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA UNEFM 2023.	Maroly Quevedo, Josefingre Rujano y Yenifer Castillo	124



GEROCIENCIA

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL

"FRANCISCO DE MIRANDA"

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

