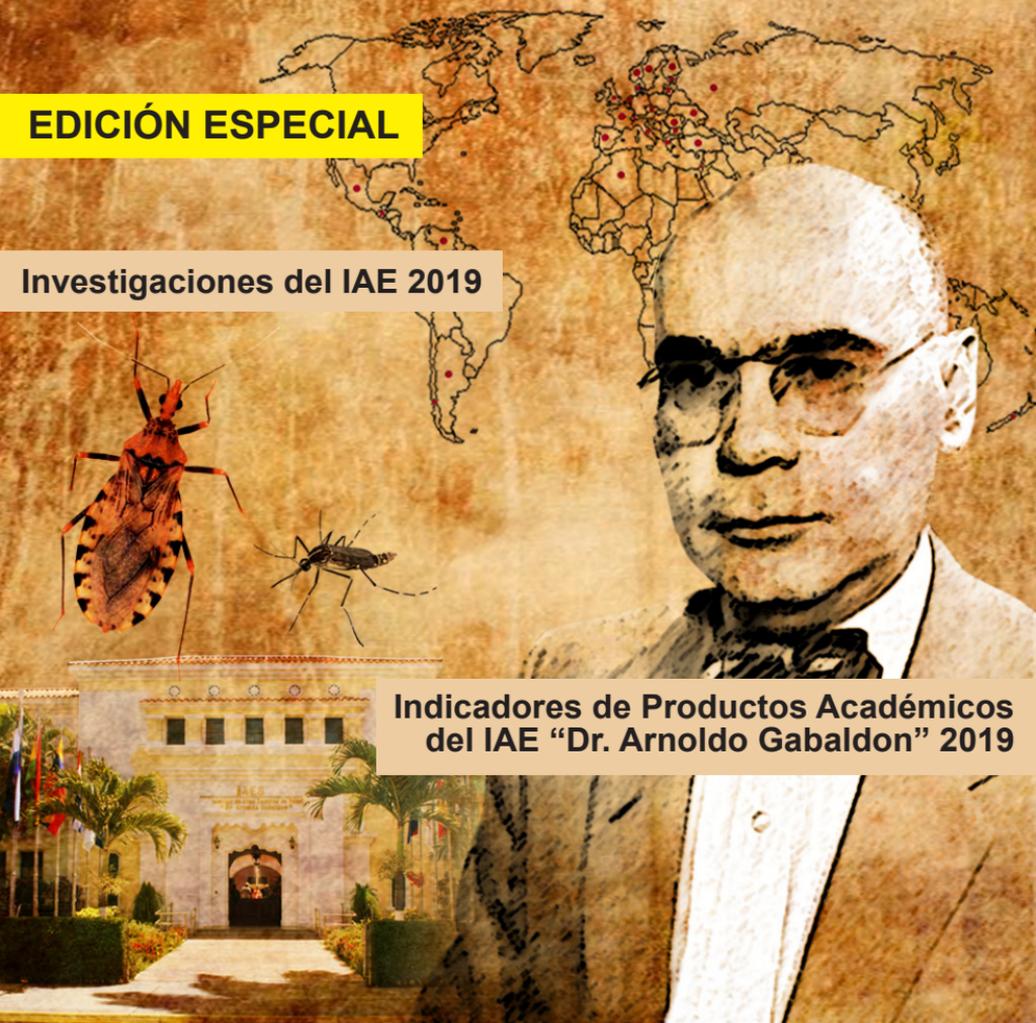


Boletín Informativo Sala Situacional

EDICIÓN ESPECIAL

Investigaciones del IAE 2019

Indicadores de Productos Académicos del IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" 2019



EDITORIA

Dra. Fanny Dávila

Coord. de Sala Situacional de Salud del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

COMITE EDITORIAL

- Dra. Fanny Dávila

- Econ. Yndira Rondón

- Ing. Diflor Domínguez

- Dra. Dora Manzanilla

- Lcdo. Oswaldo Flores

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

- Lcdo. Oswaldo Flores

Dirección de Gestión de Información del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Depósito Legal: pp201003AR674

ISSN: 2244-839X

Para contacto: Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon",
Av. Bermúdez Sur. Telfs.: (0243) 232.5633 - 0833 - Fax: (0243) 232.6933. Ext. 141.
Apartado Postal 2171-2113, Maracay 2011. Estado Aragua, Venezuela.

e-mail: sasit.iaes@gmail.com

Impreso en: S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" / Venezuela

Fecha: Junio 2016

Tiraje: 100 Ejemplares

Nota del Editor: Algunos artículos que aparecen en el Boletín Informativo reflejan los puntos de vista del autor y no necesariamente el punto de vista de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon".

www.iaes.edu.ve

Contenido

Editorial	5
Investigaciones del IAE	7
Indicadores de Productos Académicos IAE Dr. Arnoldo Gabaldon	66

El Boletín Informativo de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon" es creado como un órgano destinado a divulgar la información de salud que contribuya con el conocimiento en el área y permita apoyar los trabajos científicos y la gestión de los servicios de salud, que buscan a su vez, diseñar y aplicar intervenciones estratégicas costo/efectivas de alto impacto social y así mejorar la calidad de vida de la población y la superación de las inequidades y las brechas sociales. Este boletín estará a su disposición en formato impreso y digital.

Editorial

Se presenta en esta oportunidad la Edición Especial 2019 publicando tres artículos desarrollados bajo el Paradigma Postpositivista, con Enfoque Cualitativo, entendiendo que es un esquema teórico o una vía de percepción y comprensión del mundo que un grupo de investigadores ha adoptado, y este nos devela en cada investigación una realidad única e irrepetible, implica la comprensión no la medición.

El Primer artículo se titula, *Vivencias de las Personas con Infertilidad Relacionadas con las Técnicas de Reproducción Asistida*, desarrollado en el Área de Género y Salud y en la Línea de Investigación, Género, Ciudadanía y Participación, esta busca incorporar la perspectiva de género en la comprensión e interpretación de la realidad con un enfoque de derechos humanos para contribuir a dar respuestas a las necesidades e intereses de la población femenina y a las necesidades e intereses de los hombres.

Con esta investigación se pudo comprender una situación puntual, el efecto de la infertilidad, develando esta realidad desde la percepción de sus actores, desde lo vivido, lo particular, dentro de un todo integrado que da razón a sus experiencias, de allí que fue necesario conocer las vivencias de quienes padecen de infertilidad desde una visión más humana, sensibilizándose con los desajustes emocionales que ocasionan, y no vistos como una tasa más en el área de la medicina o en las estadísticas socio demográficas, que suelen ser sólo un número huérfano de interpretación sensibilizada hacia lo social y lo humano.

Seguidamente se presenta, *El Imaginario Colectivo de las Trabajadoras de Carpintería sobre la Doble Presencia y el Impacto en su Salud*, este fue construido desde el área de Trabajo y Salud y en la Línea de Investigación Salud Mujer y Trabajo, esta línea está enfocada a identificar los factores de riesgos y problemas de salud relacionados con el trabajo desde la perspectiva de género con la finalidad de establecer programas de prevención efectivos en pro de la salud de la mujer trabajadora.

Es de resaltar, que el artículo expone la complejidad de las dinámicas de vida que caracterizan a la mujer y más aún aquellas que deben encarar las vicisitudes diarias de un empleo como es el caso de la carpintería, se consiguió adentrarse en la realidad de las trabajadoras de carpintería por medio de sus experiencias y vivencias, generadas desde sus narrativas.

Como último artículo se presenta, *Género y Embarazo desde la Joven Mirada de las y los Adolescentes*, el mismo abarco el Área de Género y Salud y la Línea de Investigación, Género, Ciudadanía y Participación, se pretende con las investigaciones en esta línea, la transversalización del enfoque de género en las políticas, estrategias y acciones que garantice equidad en las condiciones de calidad de vida y salud de todas las mujeres y hombres del país.

Es de destacar que se plasmo magistralmente la experiencia de las y los adolescentes relacionadas a género y embarazo, se lograron conocer a través de sus protagonistas, sus percepciones, opiniones y experiencias expresadas a viva voz, lo que permitio comprender desde sus miradas como han sido las construcciones de género en sus entornos y cómo influyeron en el embarazo y más aún en la adolescencia.

Dra. Fanny Dávila

Investigaciones del IAE

Vivencias de las Personas con Infertilidad Relacionadas con las Técnicas de Reproducción Asistida.

Autoras: Iliana Isramir Bolívar La Rosa y Nelisa Miguelena Piñero

Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE). Maracay, estado Aragua. Venezuela.

RESUMEN

Socioculturalmente se han asignado a las personas algunos roles que determinan su función en la humanidad, como ser madre o padre, sin embargo, cuando esto no ocurre genera desajustes emocionales por no poder cumplir con el rol impuesto. Desear y tener un bebé no va necesariamente de la mano, el momento más difícil para la persona es asumir que hay una dificultad para tener un hijo y el instante más desgarrador es cuando confirman su preocupación al oír la palabra, infertilidad, que aparece en sus vidas al no concretarse la concepción luego de mantener relaciones sexuales durante un año sin protección anticonceptiva; hecho el diagnóstico comienza la oleada de experiencias en torno a esta enfermedad y al acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida, por medio de esta Investigación Cualitativa, Postpositivista de Modalidad Hermenéutica, se pretendió revelar las Vivencias de las Personas con Infertilidad en relación a las Técnicas de Reproducción Asistida, sumergirse en esta realidad poco conocida pudo ser posible por medio de entrevistas de profundidad a informantes claves que narraron sus experiencias develando que la infertilidad trastocó sus planes de vida desde el momento del diagnóstico, sobrellevar las emociones que derivaron de esta enfermedad, así como lidiar con la presión social que demandaba un hijo en sus vidas fueron parte de las vivencias que quedaron cortas ante el desamparado en la asistencia médica especializada del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela, que no ofrece servicios de Reproducción Asistida, lo que por derecho social les corresponde.

Descriptor: Infertilidad, Inseminación artificial, Fecundación *In Vitro*.

INTRODUCCIÓN

La reproducción humana ha sido determinante desde siempre para la perpetuación y supervivencia de la especie, socioculturalmente la mujer ha sido y es considerada como símbolo de fertilidad y el hombre de virilidad, de modo que todo inconveniente que pudiera presentarse para la concepción de un hijo era motivo de deshonra y vergüenza. Esas etiquetas han sido asignadas desde siempre basado en culturas, costumbres y creencias que consideraban la descendencia como la perpetuación del linaje y la evolución de la civilización, reforzado además en anécdotas bíblicas.

Así lo confirma Gutiérrez (2014), que manifiesta:

Al revisarla historia de las diferentes culturas, es claro como en muchas de ellas, partiendo de las características físicas, se asigna al hombre la función de proveedor de alimento y bienes materiales, y a la mujer la función de la fertilidad y del ser madre (p.8).

Por tanto, y a razón de esto se confirma que las mujeres se han estigmatizado como dadoras de vida, responsables de “parir”, trayendo hijos al mundo a través de la maternidad, relacionado además con su capacidad fecundadora que ha sido concluyente para condenarla y responsabilizarla de la infertilidad (aunque no sea ella quien padezca de esta condición) porque obviamente el embarazo es un resultado visible, y al no mostrarlo evidencia problemas en la concepción. Por su parte, el hombre es catalogado como el macho viril, el varón, al que se le adjudica además una condición, la de supremacía sobre las mujeres, otorgándole al cuerpo masculino la función de procreador de vida, originando así una condena moral por parte de la sociedad al mostrar incapacidad para engendrar, creando un sufrimiento en el hombre que muchas veces no se permite expresar, por los tabúes que siguen vigentes en la actualidad, lastimando su ego sobre todo si se pone a prueba frente a amigos, familiares y/o entorno social.

Y es que la procreación de un hijo es un tema arraigado en la sociedad, por lo tanto nada prepara a la persona para enfrentar la posibilidad de no lograrlo, Esta desagradable realidad es una situación difícil de comprender para quien no ha transitado por este camino

tortuoso que muestra señales que develan un nombre, infertilidad, término que se incrusta en la mente de quienes la padecen y sin quererla se convierte en protagonista de sus días.

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado por el Ministerio de Salud de Chile en su Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad 2015), conceptualizar la infertilidad como: “es una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas” (p. 7), además es el principal problema de la salud reproductiva, y es totalmente lo opuesto a la fertilidad, que es la capacidad de parir un recién nacido.

Una vez confirmada la sospecha de que algo ocurre con la fertilidad de la persona lo lleva a reformular los planes de su vida, Llavona (2008), señala que:

Quando alguien quiere tener un hijo, el que se haga patente la incapacidad de lograrlo por el “procedimiento natural” que la humanidad ha seguido a lo largo de su existencia, en el momento de la vida que uno quiere, ha de producir sin duda una sorpresa y una cierta frustración. (p.159)

Saberse infértil, crea desajustes emocionales que van desde el dolor, culpabilidad, vergüenza, frustración, angustia, depresión y ansiedad ante el nuevo escenario que se les presenta, son una serie de emociones y sensaciones negativas al enfrentarse a una situación socialmente inaceptable, de allí que para abordar esta problemática, me encontré con diferentes investigaciones que confirmaron lo antes expuesto, como la de Ariza (2014), que planteó un estudio denominado La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir, en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, el propósito fue analizar los factores que coadyuvaban en la decisión a favor o en contra de un tratamiento reproductivo, se planteó explorar no sólo las disposiciones hacia la medicina, la maternidad y la tecnología, sino también cuáles habían sido las experiencias con la infertilidad o dificultad para concebir de las mujeres entrevistadas. Este estudio se mostró como la condición de infertilidad se convierte en un fenómeno psico-social que afecta emocionalmente y socialmente tanto al hombre como a la mujer,

pues no es un evento que pueda mantenerse en la privacidad de las personas afectadas, ya que el ser humano es el único ser vivo consciente de su reproducción en el planeta, lo que convierte este hecho en un acto de decisión personal y de cohesión social.

De igual manera, Vásquez (2013), realizó una investigación titulada Masculinidad en crisis en hombres infértiles: un estudio descriptivo desde las masculinidades y las perspectivas de género, en Concepción, Chile, su intención fue describir los conflictos en la identidad de género que presentan hombres infértiles, como resultado de un modelo de masculinidad dominante y hegemónica que prescribe la paternidad como ritual simbólico de un hombre completo, esta investigación reveló como el hombre en igual o mayor proporción se ve afectado emocional, psicológica y socialmente cuando sufre de infertilidad, esta situación lo obliga a recurrir a las Técnicas de Reproducción Asistidas al ver frustrada su misión de tener descendencia biológica, esta presión ha sido normada por patrones impuestos por el modelo patriarcal.

Pavicevic y Salces (2015), llevaron a cabo una investigación titulada Es un tema que hay que abordar, una vez que se declare la infertilidad como enfermedad: Estudio de los mecanismos discursivos utilizados por diputados chilenos para justificar sus posturas respecto de la reproducción asistida, en Santiago de Chile, Chile. La cual propuso comprender los argumentos utilizados por las y los diputados chilenos para justificar sus posiciones en el ámbito de las tecnologías de reproducción asistida en Chile. En referencia a esta investigación se destacó que las Técnicas de Reproducción Asistida, siguen siendo tema de discusión, es sorprendente que a pesar que el mundo ha evolucionado social, tecnológica, económica y culturalmente, existan-sobre todo en países subdesarrollados o en vías de desarrollo- limitantes mentales, religiosos o educacionales que obstaculizan la inclusión de estos tratamientos en los servicios de salud, coartando así el derecho a la concepción de quienes sufren de infertilidad, a quienes son solteros o a quienes tienen una orientación sexual distinta a los parámetros socialmente preestablecidos.

Siguiendo ese mismo orden de ideas, se presentó una investigación realizada por Mañas, García y Goretti (2014), titulado: Mujeres castellano-manchegas y reproducción asistida: Un estudio cualitativo desde el ámbito sanitario, en España, este estudio

cualitativo realizado sobre un colectivo de mujeres castellano-manchegas que demandan y reciben Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) permitió captar las percepciones y representaciones de estas mujeres en torno a una serie de dimensiones que estructuran su propio auto concepto, sus relaciones y su vivencia de un proceso que puede constituir la consecución o frustración de todo un proyecto vital. Sumergirse en el mundo de los tratamientos de fertilidad, ocupa una carga emocional que es proporcional no sólo con procesar el diagnóstico sino con el trato médico recibido, por ello la persona afectada espera que el especialista deje a un lado ese modelo hegemónico biologicista que lo mira como una estadística más, como un “órgano” al que hay que curar, y haga de sus consultas un encuentro más ameno y agradable.

La empatía médico-paciente debe ser una condición sin discusión durante el desarrollo de cualquier tratamiento médico, pues creará las bases para establecer la confianza hacia el profesional a cargo. En el área de la reproducción asistida mucho es lo que se habla del trato médico insensible, al punto que realizaron estudios más amplios del tema como el de:

Díaz y García (2013), que realizaron una investigación titulada *Percepción sobre la prestación de servicios de Atención a la Infertilidad desde una mirada Antropológica*. En La Habana, Cuba. La misma dio a conocer la percepción de usuarios y prestadores de salud, sobre la gestión y prestación de atención a la infertilidad en tres servicios en La Habana, concluyendo que existen limitaciones en recursos materiales y profesionales, es insuficiente la organización e integración de los servicios, lo que provoca fallas en la gestión y continuidad de la atención; evidenciándose que existen limitados profesionales en reproducción humana, así como escasa disponibilidad de recursos o equipos especializados para ofrecer servicios de calidad, traducándose en una mala gestión en cuanto a la correcta atención de las personas, motivo de abandono de estos tratamientos en muchos de sus afectados.

Igualmente, Díaz (2012), realizó un estudio titulado *Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud, en la ciudad de La Habana, Cuba*, la investigación fue cualitativa sustentado en teoría fundamentada, con un enfoque fenomenológico. Las conclusiones arrojaron que las parejas entrevistadas reafirmaron el deseo de ser padres, consideran

así mismo que la infertilidad es un problema de salud y que los conocimientos en torno a la infertilidad por parte de los médicos es incompleta e insuficiente en la atención de los servicios públicos, se responsabiliza a la mujer con la realización de las evaluaciones médicas para diagnosticar la infertilidad y hay un incremento en las consultas de fertilidad.

A nivel nacional, Nóbrega y Camacaro (2014), publicaron un artículo, titulado: Ausencia de políticas de salud del estado venezolano en materia de procedimientos de fertilización asistida: una mirada desde el género. Divulgado en la Revista Memoria Política. Nueva Etapa. En Venezuela. Éste mostró un análisis crítico desde la perspectiva de género, de los vacíos existentes en las políticas de salud del estado venezolano, en materia de procedimientos de fertilización asistida. Así mismo, exploró los significados y las representaciones sociales subyacentes en relación con la categoría maternidad, que se encuentran presentes tanto en el discurso social como en el discurso médico; y exponer una visión desde la perspectiva de género sobre las técnicas de reproducción asistida y la necesidad de dar a conocer la relevancia de incluir dentro de los debates de políticas en salud pública la atención médica especializada de fertilidad en Venezuela, específicamente, en reproducción asistida, ya que no existen entes públicos encargados de dar resolución a esos casos.

De manera que, una vez identificada la infertilidad como una condición en la vida de sus protagonistas, la persona deberá decidir si dar o no el paso hacia la asistencia en las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), abordado por especialistas en el área, debidamente capacitados en biomedicina reproductiva para evaluar, estudiar, orientar sobre las posibles causas que han imposibilitado la concepción de tan ansiado hijo, así como también planificar y proponer las herramientas que ayuden a arrancar de sus días la odiada infertilidad, a través de técnicas especializadas diseñadas para tratar cada caso dependiendo de la complejidad personal.

Las Técnicas de Reproducción Asistida revolucionaron la manera de concebir un hijo, dentro del área de la medicina reproductiva los tratamientos que se ofrecen de acuerdo a la complejidad del caso para tratar la infertilidad son: Relaciones dirigidas, Inseminación artificial, Fertilización in vitro y la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), la reproducción humana es una posibilidad

para quienes acceden a estas tecnologías, aun cuando fueron y siguen siendo cuestionadas por algunos grupos conservadores e iglesias; se abre una ventana al mundo a quienes padecen de infertilidad, se rompen cánones o patrones sociales, pues no solo podrán ser padres parejas heterosexuales, sino también homosexuales e incluso personas solteras, formas impensadas años atrás de ver la maternidad/ paternidad; sólo hace falta que la oferta de los servicios de salud gratuitos estén en consonancia con la demanda de sus usuarios, no sólo en Venezuela sino en el mundo entero, pues la Salud es un Derecho Universal, y debe proveerse los medios para conservarla.

En Venezuela 20 de septiembre de 2007, se decreta la Ley para protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. Capítulo III: De la Protección a la Maternidad y la Paternidad, Servicios médicos para la reproducción asistida en su artículo 20, refleja:

El ministerio del poder popular con competencia en materia de salud, incluirá dentro de sus unidades asistenciales el servicio de reproducción asistida, dotado del personal especializado, laboratorios y equipos de alta tecnología, dirigidos a mujeres y hombre que presenten limitaciones en su fertilidad con el objeto de garantizar el derecho a la maternidad y a la paternidad (p.5)

Siguiendo los lineamientos de este decreto, en el año 2010 se crea en la ciudad de Caracas en la Maternidad Concepción Palacios, en el Anexo Negra Matea un centro especializado en fertilidad, bajo la dirección del Dr. Enrique Abache, con la disposición de atender aproximadamente de 200-300 casos de infertilidad al mes, siendo el único servicio en el país que atendería de forma gratuita a personas con esta afección. Sin embargo, esto proyecto no progresó, posiblemente por la gran inversión financiera que este requería.

Al hablar del Estado Carabobo, encuentro que, la persona que sufre de infertilidad sólo llega a la fase de diagnóstico en los centros correspondientes a la salud pública, ya que estos no cuentan con los servicios especializados, ni el personal capacitado para continuar con el tratamiento, lo que los obliga a recurrir a centros de fertilidad privado distribuidos en la ciudad de Valencia, como lo son Centro Valenciano de Fertilidad y Esterilidad (CEVALFES) y el

Instituto Venezolano de Fertilidad (IVF). En relación al estado Aragua, la situación no es distinta en cuanto a la experiencia del paciente que es diagnosticado con infertilidad, pues se presentan los mismos inconvenientes del sistema de salud pública con respecto a estos procedimientos especializados, el cual una vez más llega hasta la fase del diagnóstico, de modo que el paciente cuando amerita hacerse los estudios específicos para identificar alteraciones en su fertilidad, encuentra un desamparo en los servicios gratuitos, teniendo que recurrir a los siguientes centros de fertilidad privados de la ciudad de Maracay, el Centro de Fertilidad Clínica Lugo (CenFer), y Centro de Fertilidad y Esterilidad Maracay (CEFESMAR).

Las personas con infertilidad encuentran una especie de "abismo" en cuanto a la resolución de su problema, y la justificación de ello es la disparidad entre la oferta de servicios especializados en relación a estas terapias y la gran demanda de personas que exigen su atención, creando desaliento al encontrarse en un camino sin salida, ya sea por los altos costos que asume la inversión de éstos servicios, así como la limitación de servicios con equipos especializados y profesionales capacitados en reproducción asistida en los distintos entes de la red del Sistema Público Nacional de Salud del país (SPNS), quedándose hasta la fase de diagnóstico inicial presuntivo, pues no se llega a la confirmación por no contar ni siquiera con los servicios de laboratorio especializados.

Aun cuando se contempla en La Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998, donde el Estado Venezolano está obligado a brindar atención especializada, tal como lo refleja su Artículo 31: "El tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización".(p.8), existe de esta manera un desamparo absoluto a un segmento de la población que se encuentra desasistido en la resolución de esta condición, situación que me motivó a realizar esta investigación como parte de ese grupo y ser un paciente más con diagnóstico de infertilidad.

Dicha realidad considero debe ser mostrada, evidenciada y visibilizada como un problema de salud pública donde se da a conocer apenas una parte de la difícil situación de salud, psicológica y social que implica la infertilidad y la ausencia absoluta en el SNPS de la posibilidad de ser asistido por derecho social en la reproducción

humana y alcanzar el anhelado sueño de la maternidad y por ende el cumplimiento del mandato social de la descendencia y “perpetuación del linaje” y “honor” a la fertilidad que, social y culturalmente es exigido sin importar todas las afecciones psicológicas, sociales y económicas que esto pueda generar en la persona con diagnóstico de infertilidad.

Es desde esta perspectiva entonces que me planteo las siguientes interrogantes interés de esta investigación: ¿Cómo se siente la persona con condición de infertilidad con respecto a los buenos deseos hacia la maternidad/ paternidad para cristalizar la felicidad de la pareja?, ¿Cómo se siente la persona con condición de infertilidad con respecto a la presión que ejerce el entorno social, familiar hacia la maternidad y la paternidad?, ¿Cuál es la sensación de quien es diagnosticado con infertilidad?, ¿A cuáles terapias alternativas recurren las personas con infertilidad para tratar su condición? y ¿Cuál es la percepción de la persona con infertilidad en relación al trato recibido por parte de los especialistas en reproducción asistida?

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

El estudio se desarrolló dentro del Paradigma Postpositivista, el cual me dio un aporte crítico de una realidad social, la infertilidad; y a través del enfoque Cualitativo, pude conocer múltiples perspectivas en torno a esta condición, que bajo la modalidad Hermenéutica, me permitió entenderla bajo la mirada de otros conocimientos, individuos, condiciones y estilos de vida de sus protagonistas.

El desarrollo metodológico de esta investigación permitió recoger toda la información necesaria, estructurada por la categorización de los datos que fueron contrastados con los fundamentos teóricos.

Los procedimientos metodológicos que la definieron, partieron desde la categorización, estructuración y triangulación de la información. Luego de organizada la información se logró la categorización, dichas categorías que emergieron se mostraron en estructuras individuales y general proceso el que denominamos Estructuración y por último, se realizó la Triangulación, con la

aplicación de tres perspectivas la de los informantes, los teóricos y mi persona.

Para dar a conocer las vivencias de las personas que sufren de infertilidad relacionadas con el acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida se seleccionaron tres (03) informantes claves, entre ellos dos mujeres de 35 y 42 años y un hombre de 40 años que han tenido dificultad para concebir de más de 4 años, las cuales fueron entrevistados empleando la técnica de saturación por informantes, la misma determinó el momento en el que los datos suministrados por ellos cubrieron todas las dimensiones abordadas durante la entrevista.

Como técnicas de recolección de datos y como instrumentos se empleó una Guía de entrevista en profundidad diseñada de acuerdo a los propósitos de la investigación, a partir de ellos se elaboraron las dimensiones abordadas en el transcurso de la conversación con los informantes claves, además se empleó el uso de grabadora digital y un cuaderno de anotaciones como instrumentos de recolección de información que acompañaron a esta técnica.

Para el desarrollo metodológico, se consideraron ciertos aspectos: el valor social o científico, es decir la importancia social que asumió la investigación; la validez científica determinada por la congruencia entre la metodología y el problema a estudiar por medio de los informantes claves, el instrumento empleado, así como el sustento teórico en el que se fundamentó la investigación; equidad en la selección de los informantes claves; protección de su identidad a través del uso de pseudónimos; inclusión de los principios de no maleficencia y beneficencia; aplicación del consentimiento informado que describió y explicó cómo se realizaría y desarrollaría la entrevista, así como también tuvieron el derecho de acceder o no a la investigación, a retirarse si así lo decidiesen.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

Contrastando las Experiencias Vividas desde la Infertilidad con los otros, de otros Lugares y de otros Tiempos...

CATEGORÍA 1

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES	
Reproducción Humana	<p>Aquiles: antes pensaba que era de la mujer, pero, en vista de lo que yo sufro, veo que es parte de los dos verdad, porque en este caso el que tiene el problema soy yo, y pudiera decir que es parte del hombre, pero en este momento según el conocimiento que tengo pienso que es parte de los dos la reproducción del Ser humano.</p> <p>Margarita: yo digo que están en ambas partes, tanto del hombre como de la mujer, no nada más de una sola parte.</p> <p>Lucero: La responsabilidad de la reproducción humana en el mundo es de hombres y mujeres.</p>	
TEÓRICOS	INVESTIGADORA	
<p>Antinucci y Villarino (2014), La procreación humana es un proceso sumamente complejo que implica la conjugación simultánea de numerosos factores (un óvulo, un espermatozoide, la posibilidad de su encuentro en el momento adecuado y condiciones propicias a nivel biológico para que el embrión se pueda implantar y desarrollar adecuadamente).</p> <p>Díaz (2012), Socialmente se le asignan a las mujeres, valores, responsabilidades y comportamientos particulares asociados a la maternidad, como parte de la reproducción biológica y social, expresada en el binomio mujer igual a madre, donde la figura del padre aparece como de apoyo y soporte, como proveedor y no como copartícipe responsable.</p> <p>Atacho, citado por Gutiérrez (2014), Al revisar la historia de las diferentes culturas, es claro como en muchas de ellas, partiendo de las características físicas, se asigna al hombre la función de proveedor de alimento y bienes materiales, y a la mujer la función de la fertilidad y del ser madre.</p>	<p>El discurso de los tres (03) informantes me confirmaron que la forma de concebir la reproducción humana definitivamente va a depender de lo complejo que se te ha hecho tener un hijo; al oír sus discursos no pude evitar sentirme identificada con sus percepciones, pues antes de ser diagnosticada con infertilidad, asumía sin lugar a dudas que como Mujer, era la total y absoluta responsable de traer hijos al mundo, un tabú absurdo que desvaneció al adentrarme en el complejo mundo de la infertilidad donde comprendí que en la reproducción humana se conjugan muchos factores, el encuentro de nuestras células (ovulo y espermatozoides) en un escenario ideal, con un organismo sano y receptivo.</p>	

CATEGORÍA 2

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
Infertilidad	<p>Aquiles: desde que nos casamos comenzamos a tener las relaciones normales del matrimonio y habíamos notado que pasaban los meses, 6 meses, 8 meses, 1 año y no quedaba, y continuaban los meses, y comenzamos a preguntarnos, si es que lo estábamos haciendo fuera de las fechas adecuadas.</p> <p>Margarita: después de los dos años de no estar cuidándome con ningún método y qué tenía mis relaciones constantes, y que nunca salía embarazada.</p> <p>Lucero: como al año empecé a buscar porque no salía embarazada naturalmente y yo no me cuidaba, yo no tomaba pastillas anticonceptivas, no tomaba nada.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Según la OMS citado por Tómas (2015), define la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que se caracteriza por la no consecución de un embarazo clínico tras 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin anticoncepción.</p> <p>Giraldo (2010) citado por Alarcón et al. (2014), La infertilidad como tal es definida "como la incapacidad de concebir después de 12 meses de relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos, estando expuesta al embarazo sin conseguirlo.</p>	<p>A pesar de que ninguno aportó una definición exacta de lo que es la infertilidad, todos sin saber me conceptualizaron el término al responderme cuándo rozan con esta palabra, lograron darme una descripción que encaja perfectamente en la definición de infertilidad según la OMS, basados en el tiempo buscando bebés sin el uso de métodos anticonceptivos.</p>

CATEGORÍA 3

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
Terapias Alternativas	<p>Aquiles: tomé vino Sansón y lo mezcle con otros elementos como huevo de pato, ojo de ganado, alguna otra rama, y bueno también nos guiábamos por la luna, que si es mejor en luna llena, o cuarto creciente, tener relaciones en esas fases, entonces la fe comenzó a incrementarse y asistíamos a misas de bendición de vientre, a la iglesia.</p> <p>Margarita: haz esta posición, mira tómate esto, cómete esto”, que no hice yo? Dime tu que no comí, dime tú qué posición no practicamos.</p> <p>Lucero: tengas relaciones sexuales y que levante las piernas, que no te puedes levantar sino hasta el otro día, que tomes guarapos, que tomes hierbas, que tomes matas, que le pidas a cuanto santo hay.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Según Álvarez (2009), muchas pacientes, ante la circunstancia de no lograr su embarazo, están dispuestas a someterse a cuanta posibilidad de tratamiento convencional o no exista, o simplemente se ven en la necesidad de recurrir a alternativas que mantengan vivas sus esperanzas mediante creencias que ofrezcan subsanar el problema; y esto forma parte de la idiosincrasia de cada pueblo o cultura.</p> <p>Díaz (2012), La búsqueda de alternativas de solución ante el padecer de infertilidad por parte de la pareja, no cesa aun cuando deciden abandonar los estudios y tratamientos que les ofrece la medicina occidental. Es común la recurrencia y refugio en otras entidades “curadoras.</p>	<p>Los seres humanos somos tan peculiares, acudimos a cualquier medio para solventar nuestros problemas, y la infertilidad no escapa de ello, muchas son las terapias alternativas a las que recurrí al igual que ellos, tomé brebajes a base de hierbas y cortezas árboles preparados en distintos lugares de Venezuela (Delta Amacuro, Yaracuy, Guárico, Táchira, Aragua “Choroní y Cuyagua”) y de Cuba, la dieta rica en mariscos, no podía faltar, así como tener relaciones sexuales extremas, que incluían piernas en alto o parada de cabeza tras el acto íntimo, a nivel espiritual, me aferré a una fe inquebrantable, hice infinidad de promesa a cuanto santo aparecía relacionado con milagros de fertilidad, en fin, sólo al igual que mis luchadores, quedó la experiencia, pero nunca rindió frutos.</p>

CATEGORÍA 4

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
<p>TRA (Acceso a los Servicios Públicos)</p>	<p>Aquiles: Que no existen y que deberíamos tener apoyo a nivel público, que yo después de estar dentro de este mundo, he conocido varias personas, muchísimas personas que están con mi mismo problema y no han podido hacerse tratamiento porque no tienen el dinero.</p> <p>Margarita: sería bueno que éstas fuesen implementadas en instituciones para que todas las mujeres que no han podido tener bebé y que tengan la edad, la posibilidad de tener sus hijos.</p> <p>Lucero: No, ninguna yo creo que aquí en Venezuela no existe ninguna institución pública que se encargue de infertilidad. Claro que si me gustaría que existiesen en las instituciones públicas de salud, ya que actualmente las clínicas de fertilidad tienen un alto costo, o sea, los precios están muy altos.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Nóbrega y Camacaro (2014), en nuestro país no existe ningún centro público de salud que realice tratamientos de reproducción asistida, y considerando que solo existen centros privados que ofrecen este servicio a elevadísimos costos, podría considerarse que el tema implica (además de todo lo que ya ha sido planteado), una discriminación económica o inequidad para su acceso a aquellas mujeres de menos recursos que decidieran optar por ellos.(p.135)</p> <p>Ley para protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad en Gaceta oficial N° 38.773 (2007), en su Capítulo III: De la Protección a la Maternidad y la Paternidad, Servicios médicos para la reproducción asistida en su artículo 20, refleja: El ministerio del poder popular con competencia en materia de salud, incluirá dentro de sus unidades asistenciales el servicio de reproducción asistida.</p>	<p>La respuesta fue contundente al manifestar cómo fue el acceso a las técnicas de reproducción asistida en los servicios públicos "No existen y deberían existir", me uno a ese deseo, en Venezuela se hace cada vez más cuesta arriba acceder a estos tratamientos por autofinanciamiento, los costos son exorbitantes debido a la hiperinflación económica del país.</p> <p>Existe un vacío entre el diagnóstico de la infertilidad y el acceso a las TRA, la persona se encuentra desamparada, pues no hay oferta de estos servicios especializados de forma gratuita, y mucho menos hay capacitación y adiestramiento de personal en salud reproductiva como parte de una política pública que garantice además una atención médica completa para toda aquella persona que lo demande.</p> <p>A pesar de estar contemplado en la Ley para la protección de las Familias, la maternidad y la paternidad, así como en la Ley Orgánica de Salud, el derecho a acceder a atención especializada solo quedó en el papel, mas no en la práctica.</p>

CATEGORÍA 5

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
Trato Médico	<p>Aquiles: hay unos que fueron bastante humanos en el momento de atenderme, pero otro si fue bastante brusco de manera que tenía que aceptar mi condición, o también decían que era un tratamiento muy costoso.</p> <p>Margarita: Mercantilista es la palabra, son capitalistas... mientras que el último médico que asistí, si en verdad mira eso era un amor.</p> <p>Lucero: el primero pues no me gustó el Dr. era como que muy déspota, te trataba muy mal.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Díaz (2012), La atención que les ofrecen los proveedores de salud se dirige básicamente a la atención de la infertilidad como enfermedad puramente orgánica y no a la atención a la pareja infértil como personas que vivencia un padecimiento, lo que resta calidez al trato recibido.</p> <p>Oliveira (2010), El carácter técnico de los servicios de TRA tiende a deshumanizar la experiencia pro creativa, acentuando muchas veces los sentimientos de ansiedad y pérdida del control que las parejas, de por sí, experimentan.</p>	<p>Aceptar la infertilidad en tu vida es menos traumática o angustiante si vamos acompañados de profesionales sensibilizados con el tema, la empatía debe ser un requisito que debe surgir entre los profesionales de la salud (ginecólogos, biólogos, enfermeras, bioanalistas, psicólogos) y nosotros.</p> <p>Es imposible conectar con un profesional que sólo te mire como un objeto de estudio, como un abono a su cuenta de ahorro y no como un ser humano con mucha incertidumbre que recurre a sus servicios en búsqueda de soluciones y respuestas para alcanzar su deseo de ser madre/padre.</p> <p>Tal vez el trato empático no asegure el éxito, pero si hará más llevadera la experiencia de la infertilidad y el uso de las TRA.</p>

CATEGORÍA 6

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
Sensaciones	<p>Aquiles: como dije al principio sentía mucha tristeza, sin entender la respuesta, pudiera decir que fue desde la negación, ira, hasta un duelo, una aceptación muy dura y en este momento paz. Yo caí en una depresión porque me sentía avergonzado, derrotado.</p> <p>Margarita: se me derrumbo el cielo por completo, y el piso también, no tanto a mí, sino a mi pareja también, a mi esposo.</p> <p>Los sentimientos eran primeramente de miedo, pero siempre confiando en Dios sobre todas las cosas, luego era incertidumbre por no saber a qué me estaba ya enfrentando.</p> <p>Lucero: Mis sentimientos eran miedo, angustia, ansiedad a veces positivismo, a veces negativismo, muchos sentimientos encontrados, muchas ganas de llorar, a veces hasta deprimida. Afecta mucho emocionalmente que te digan que no puedes tener hijos.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Parada (2006), en ocasiones, uno de los pares decide ocultar sus emociones para apoyar al otro, pero también puede surgir el sentimiento de culpabilización, donde llegan a culparse uno al otro por su dificultad para concebir, generando rabia y resentimiento.</p> <p>Moreno y Guerra (2007) citado por Llavana (2008), "No es por tanto raro que, por lo general, encontremos expresiones emocionales de: aislamiento social y personal, culpa culpabilización, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja"</p> <p>Campos (2011), "En la narrativa privada muchas mujeres manifiestan sentimientos de desesperación, frustración, impotencia, pérdida de confianza."</p>	<p>Podríamos escribir un libro con las sensaciones que suscitan en relación a la infertilidad, si las clasificáramos serían de la siguiente manera: a) desde el momento que descubrimos que no podemos concebir, b) cuando somos diagnosticados, c) cuando lo manejamos con nuestras parejas y d) cómo lo sobrellevamos con nuestro entorno familiar, amigos, desconocidos, la opinión social en general.</p> <p>Dicen que la infertilidad, aunque no asume riesgo vital, quien la sufre la maneja como una enfermedad terminal, para lo que estoy totalmente de acuerdo, pareciera que se te va la vida al no poder comprender como siendo el cuerpo humano tan "perfecto" puedes llegar a ser parte de ese porcentaje mundial que no concibe un hijo de forma convencional. Ira, negación, tristeza, vergüenza, culpa, miedo son parte de los sentimientos que afloran con esta condición.</p> <p>Es imprescindible el acompañamiento psicológico que te permita sobrellevar una enfermedad que bajo la mirada de nosotros, los infértiles, asumimos como el fin del mundo.</p>

CATEGORÍA 7

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES	
Opiniones de la Sociedad	<p>Aquiles: comienzan los chistes pesados, verdad, que si soy mamón macho.</p> <p>Margarita:eres un "Mamón macho", no puedes tener hijos.</p> <p>Ay mira no pudo tener hijos, ay qué triste, ay qué triste quedarte solo el resto de tu vida, porque no vas a tener a nadie que te acompañe cuando estés viejito.</p> <p>Lucero: bueno, pero adopta o no te des mala vida, además la situación ahorita del país está muy difícil, para que tengas hijos", entonces hay unas veces que te dicen o que "ya estas vieja, ¿por qué ha pasado tanto tiempo?, que tu esposo no sirve, no funciona" o algunas veces tienes la contraria que para que vas a tener un hijo si ya la situación del país está muy difícil.</p> <p>Ay pero ha pasado tanto tiempo y no tienes hijos, ¿el problema es tu esposo?, ese es mamón macho, cambia de esposo (...)</p>	
TEÓRICOS	INVESTIGADORA	
<p>Goffman (2006), citado por Vásquez (2013), desarrolla la idea básica del estigma como: " un atributo personal profundamente desacreditador que exalta alguna diferencia con los demás, generando una discrepancia con lo que llama una identidad social, asociada con una categorización de las personas que se efectúa fundada en lo que es esperable o normal.</p> <p>Dyer et al. (2005) citado por Llavona (2008), destaca que en el mundo en desarrollo, la infertilidad produce "inestabilidad matrimonial, divorcio, pérdida de estatus social, abuso, pobreza y estigmatización y aunque los hombres no son inmunes al sufrimiento asociado a la infertilidad, las mujeres llevan la carga principal, son culpadas por la no concepción y son más vulnerables a las consecuencias negativas sociales y económicas.</p> <p>Atacho (2011) citado por Gutiérrez (2014), La reproducción y la posibilidad del ser fértil, forma parte de los deseos, e incluso de los mandatos sociales, de todas las sociedades del mundo y es, al mismo tiempo, el sueño que la inmensa mayoría de los seres humanos guarda celosamente.</p>	<p>Según los discursos, pareciera que valemos más socialmente si cumplimos con el rol de ser madre/padre. Al oír cada narrativa de mis informantes en relación a su experiencia y la opinión social no pude sino sentir aflicción, reafirmar tras sus vivencias que la sociedad es capaz de decir cualquier barbaridad, ya sea en juego o porque es su creencia, puede lograr trastocar la estabilidad emocional de las personas que padecemos de infertilidad. Expresiones de "mamón macho" fueron constantes en todos los discursos, un tipo de jerga usada en el venezolano para describir al hombre que "no da hijos", no pudiera decir que he sufrido etiquetas de ese tipo, pero he sido víctima de miradas compasivas que me han conmovido en los momentos más íntimos de mi soledad. Generalmente se sufre a escondidas, poco contamos al mundo, pero hoy por hoy estoy convencida de que hay que educar a la sociedad.</p>	

REFERENCIAS

- Alarcón, A., Montiel, C., Karame, A., Rivero, N. y Quintero, E., (2014). Desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles con tratamiento de reproducción asistida: hallazgos preliminares. *REDIELUZ*. **4(1)**: 25-32.
- Álvarez, J. (2009). *¿Infértil, Yo? Guía útil para parejas que desean un embarazo*. Caracas: Planeta.
- Antinucci, M., y Villarino, S. (s.f). *Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad*. Trabajo de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. Sexualidad, Salud y Sociedad - *Revista Latinoamericana*, **18**: 41-73. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.18.05.a>
- Campos, B. (2011). La falta de descendencia biológica. Una lectura social y feminista de la infertilidad de las mujeres. *Revista de Historia y Pensamiento de Géneros*, **1(4)**: 97-121.
- Díaz, L. (2012). *Impacto emocional y en la calidad de vida de las técnicas de reproducción asistida*. Trabajo de grado de maestría, Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Díaz, Z. (2012). *Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud*. Tesis doctoral, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
- Díaz, Z. & García, D. (2013). Percepción sobre la prestación de servicios de atención a la infertilidad desde una mirada antropológica. *Rev. Cub. Salud Pública*. **39(5)**: 850-863.
- Gutiérrez, L., (2014). *Una exploración sobre los estados mentales y las relaciones objetables de tres mujeres no fértiles*. Trabajo de grado de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

- Ley Orgánica de Salud. (1998). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36.578, noviembre 11, 1998.
- Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 38.773, septiembre 20, 2007.
- Llavona, L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*. **29(2)**: 158-166.
- Mañas, B., García, G. y Goretti, C. (2014) Mujeres castellano-manchegas y reproducción asistida: Un estudio cualitativo desde el ámbito sanitario. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. **18**: 161-179. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i18.50>
- Ministerio de Salud (2015). Programa Nacional Salud de la Mujer: Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad. Santiago de Chile: Autor.
- Nóbrega, D. y Camacaro, M. (2014). Ausencia de políticas de salud del estado venezolano en materia de procedimientos de fertilización asistida: una mirada desde el género. *Revista Memoria Política. Nueva Etapa*. **3**: 116-140.
- Oliveira, D. (2010). *Variables psicológicas de la infertilidad*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizontes para la intervención. *Revista Diversitas - Perspectiva en Psicología*. **2(1)**: 149-158.
- Pavicevic, Y. y Salces, M. (2015). "Es un tema que hay que abordar, una vez que se declare la infertilidad como enfermedad": estudio de los mecanismos discursivos utilizados por diputados chilenos para justificar sus posturas respecto de la reproducción asistida. En Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones". **8(2)**: 139-161. doi: dx.doi.org/10.12804/disertaciones.02.2015.08
-

- Tómas, P. (2015). *Revisión bibliográfica sobre la infertilidad, consecuencias que genera en la persona, en su relación de pareja y rol del psicólogo como terapeuta*. Tesis de grado publicado, Universitas Miguel Hernández, España
- Vásquez, M. (2013). *Masculinidad en crisis en hombres infértiles: Un estudio descriptivo desde las masculinidades y las perspectivas de género*. Tesis de maestría. Universidad del BíoBío, Concepción - Chile.

El Imaginario Colectivo de las Trabajadoras de Carpintería sobre la doble presencia y el impacto en su Salud

Autora: Mauro Paramo¹ y Daisy Camacaro²

¹Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE). Maracay, estado Aragua. Venezuela.

²Universidad de Carabobo.

RESUMEN

El presente estudio nace del interés de develar el impacto de la doble presencia en la salud de las trabajadoras de carpintería del Sector Pueblo Nuevo de Magdalena, a fin de visibilizar esta realidad y exponer a la luz facetas ocultas que guardan relación con sus estados mórbidos y así contribuir en el diseño de medidas preventivas para mejorar esta situación. El estudio empleó un Enfoque Cualitativo, enmarcado dentro una Investigación Fenomenológica Hermenéutica. Se contó con la Participación de cinco (5) Trabajadoras. La Técnica de Recolección de datos aplicada fue la de grupos focales. Las trabajadoras manifiestan frecuentemente síntomas inespecíficos como dolores de cabeza y alteración del sueño; mientras se reportaron daños específicos de hipertiroidismo. La doble presencia adquiere un carácter aún más adverso en este colectivo de trabajadoras al estar vinculada a un tipo de empleo de alto riesgo y aunado a las dinámicas desarrolladas en el ámbito doméstico-familiar comprometen recurrentemente sus esferas física y psicosocial.

Descriptor de Contenido: Género y Salud, Mujeres Trabajadoras, Percepción Social, Salud Laboral.

INTRODUCCIÓN

La doble presencia es el término empleado en 1978 por Laura Balbo para identificar la realidad del empleo y trabajo doméstico-familiar que deben encarar la mayoría de las mujeres en los tiempos actuales. Es una realidad compleja reconocida por aquella situación que atraviesa principalmente los grupos femeninos, y que se caracteriza por la combinación sincrónica y cotidiana del trabajo remunerado y el doméstico-familiar.

Este fenómeno expresa el problema de una dinámica de vida donde los colectivos masculinos y femeninos están presentes en el mercado de trabajo, y las tareas del hogar continúan ejecutándose mayoritariamente por las mujeres; entrecruzándose los espacios y momentos de ambas esferas productiva y reproductiva, por lo que en los espacios de reposición se mantienen activas realizando tareas exigentes. Situación que deviene al incorporarse al mercado laboral sin modificarse en esencia la división sexual del trabajo. Tema que genera un complejo entramado de vínculos con la organización de la familia y las estrategias de acumulación del capital (Kandel, 2006).

Con el auge de la era industrial se propicia la separación de la unidad de producción del núcleo familiar, al trasladarse estas a las zonas urbanas, por lo que la base del sustento deja de ser doméstico y se ubica mayoritariamente en la fábrica. En este contexto las tareas en torno de la familia se redefinieron, sin dejar de estar fundamentadas en las diferencias sexuales preexistentes (Anzorena, 2008); las mujeres en virtud de su función materna le son reafirmadas las responsabilidades que según el orden patriarcal, le corresponden por naturaleza: el hogar, procreación y atender a la familia. De esta manera se fueron profundizando distintos estilos de vida entre ambos sexos, y consolidando ciertas funciones sociales exigentes que recaen incesantemente sobre ellas y que son vistas como sus deberes naturales.

Si bien la sociedad patriarcal es la responsable de asignar a las mujeres los roles protagónicos en relación al hogar, estas relaciones de género son incorporadas y recompuestas en el nuevo orden económico. Kandel (2006) refiere, estableciéndose de esta forma, una jerarquización entre el trabajo productivo y el reproductivo.

El primero en la posición de prestigio, valorado por la sociedad al ser generador de riquezas mientras que el doméstico-familiar queda invisibilizado al no producir bienes ni servicios, sin embargo es en esta esfera con el aporte invaluable del trabajo de las mujeres, donde se da "...el proceso de reproducción de la mercancía fuerza de trabajo" Anzorena (2008), sin la cual sería imposible la generación de riquezas en la sociedad.

En este sentido la división sexual del trabajo se erige como constitutiva de una desventaja social que afecta acentuadamente a las mujeres, siendo el trabajo doméstico-familiar el núcleo de las desigualdades de género (Brunet y Santamaría, 2016).

Se ha evidenciado que la salud de ambos sexos es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos y fisiológicos) que se manifiestan en riesgos de enfermedad y desigual porque hay factores explicados por el género que influyen de manera injusta en la salud García (2011). Siendo entonces inapropiado continuar con los análisis en la salud laboral de las agrupaciones de trabajadoras siguiendo aquellos enfoques clásicos orientados por la norma masculina. Es por ello que en este trabajo nos proponemos develar el impacto en la salud de las trabajadoras de la carpintería del Sector Pueblo Nuevo de Magdalena, desde sus voces y sentires.

Al asumir que los efectos de los factores psicosociales y con ello la doble presencia presentan un periodo de latencia, entonces la exposición que causa el desarrollo definitivo de una enfermedad tiene lugar mucho antes de que ésta se manifieste. De aquí la importancia de examinar y actuar sobre esos determinantes, en el empeño de prevenir potenciales enfermedades ocupacionales.

Este fenómeno como agente de riesgo psicosocial tiene la capacidad de producir estrés (Hurtado, 2013). Y al ser este un depresor del sistema inmune según Ledesma, Pulido y Villegas (2012), minimiza el poder defensivo que tiene el organismo frente a potenciales enfermedades. Al tener presente que este tipo de exposición es característico de los grupos femeninos, plantea un interés adicional para ser abordado.

Y más aún cuando el conjunto humano base de este estudio, se desempeña en trabajos catalogados como precarios,

lo que implica que no gozan de la seguridad social y beneficios propios de otros empleos (Organización Internacional del Trabajo, 2012).

Ahora bien, la doble presencia reconocida como una “... propuesta para revisar teórica y empíricamente los estudios sobre el trabajo femenino en las sociedades industrializadas” refiere Torns (2001), que constituye una herramienta idónea por su capacidad de desentrañar aquellas facetas ocultas que guardan relación con los estados de salud-enfermedad de los colectivos de trabajadoras.

De allí que se planteó reconocer las experiencias y vivencias en las trabajadoras de la carpintería de Pueblo Nuevo, a partir de su imaginario colectivo entendido como “...todo aquello que nace y vive en la mente del humano y se traduce en la conducta, y en elementos y manifestaciones físicas y culturales” (Amaya y Villar, 2010). Por lo que los productos de sus narrativas permiten reconocer una realidad en sus distintas facetas de vida.

La línea de investigación se corresponde con Salud, mujer y trabajo. Es importante resaltar, que en el curso de la presente investigación bien pudo haberse analizado la doble presencia tanto en las mujeres como en los hombres, sin embargo, la permanencia de una sociedad jerarquizada, donde se genera una inequidad en el trabajo doméstico y familiar impuesto históricamente a las mujeres trabajadoras, proporciona elementos importantes para ser abordados.

El trabajo siempre ha estado ligado al ser humano; como forma de transformar la naturaleza para mejorar sus condiciones de vida. Sin embargo, es en los años 70, y luego de muchos años de haberse incorporado la mujer al mercado laboral, cuando se inicia el cuestionamiento al concepto de trabajo valorizando sólo el que se realiza en el ámbito productivo. Sólo la perspectiva de género comienza a considerar, develar y darle una justa medida al trabajo doméstico-familiar. En este sentido, cabría preguntarse ¿Cuál es el impacto de la doble presencia en la salud de las trabajadoras de la carpintería de Pueblo Nuevo?

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

Se reconoció el recorrido metodológico de la Investigación Cualitativa, enmarcada en la Fenomenología Hermenéutica, que nos permitió adentrarnos en las subjetividades de las participantes, donde expresaran sus vivencias y experiencias con total espontaneidad.

En la ubicación de las participantes se empleó la técnica de muestreo bola de nieve o cadena donde se identifican los casos de interés a partir de alguien que conozca otra persona que reúna las características requeridas por el tipo de estudio (Martínez y Salgado, 2012), sirviendo de enlace para incorporar a otras trabajadoras. En su selección se aplicó el siguiente criterio: se eligieron aquellas mujeres que tienen hijas e/o hijos, que estuviesen activas en el oficio de la carpintería y que sus residencias estuviesen localizadas en el mismo sector en donde se llevó a cabo la investigación. Siendo un criterio excluyente el hecho de que no tuviesen hijos o hijas.

De las siete (7) trabajadoras citadas para realizar el estudio, sólo cinco (5) de ellas pudieron concretarlo. Vale recalcar que son trabajos precarios por lo que las mujeres laboran sin firmar contrato de trabajo, siendo habitual que prueben suerte en empleos más atractivos, y abandonen sus antiguos centros de trabajo repentinamente; y lógicamente esto incidió en que sólo participaran cinco (5) trabajadoras.

En vista, que la presente investigación fijó adentrarse en la realidad de las trabajadoras de carpintería por medio de sus experiencias y vivencias, generadas desde sus narrativas; se empleó la técnica de los grupos focales, en la aplicación de esta técnica se siguió los siguientes pasos recomendados por Martínez (2006), selección del grupo focal y composición del grupo focal y planeación y la etapas a desarrollarse bajo esta técnica para cada grupo focal fueron apertura, desarrollo y cierre. Para el desarrollo del mismo previamente se diseñó un guion de preguntas generadoras en procura de desentrañar de forma más efectiva aquellas realidades en coherencia con el propósito de estudio, y se planificó una logística, la cual consistía en: una grabadora, bolígrafos, cuaderno de campo, y refrigerios.

Con el objeto de llevar a cabo el presente estudio, fue facilitado un local anexo a un taller donde labora una de las carpinteras, con las ventajas de contar con la privacidad que requiere este tipo de investigación, además de estar cercano a los talleres donde trabajan las otras participantes. De igual forma se contó con una lista para llevar la asistencia.

En cada una de las sesiones del Grupo Focal se recopiló gran cantidad de información, y basado, en las pautas propuestas por Nicolini (2015), para el análisis del contenido, se procedió de la siguiente manera:

El producto de estas grabaciones se transcribió de forma fidedigna; para luego comenzar la categorización de su contenido y análisis del mismo. En este sentido interpretativo del discurso se sucedieron cuatro fases o etapas: Preanálisis, Codificación, Categorización e Inferir, en esta última fase se hizo un análisis de los contenidos en relación a citas textuales de trabajos de investigación. Para luego sacar conclusiones sobre el estudio.

La participación se produjo de manera voluntaria, y se les explicó el carácter ético de la investigación a través de un consentimiento informado. Sus nombres fueron cambiados por los de: participante 1, participante 2, participante 3, participante 4 y participante 5; a fin de guardar el anonimato de cada una de ellas, además se les aclaró la libertad de abandonar la investigación en el momento que lo desearan.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

Entre las Cargas de la Carpintería y el Hogar...

"...Mis días libres, que es un solo día, lo agarro para descansar limpiando la casa profundamente, cocinando, atendiendo a mis hijos... sino tienes nada que hacer en el trabajo lo tienes que hacer en tú casa, o sino viceversa". Informante 2.

"...Tengo que llegar cansada de una jornada de ocho (8) horas y tener que atender mi familia: hacerles comida, atender y dejarles las cosas preparada del siguiente día a mi hija". Informante 4.

“...Los oficios en casa esperan por mí, porque mi esposo no los va a realizar”, Informante 3

“...Claro siempre se mezcla con el trabajo, este trabajo pues con el hogar”, Informante 5.

“...Uno está prácticamente como robotizado”, Informante 1.

“...Aquí el trabajo más fuerte es el fin de semana, o sea tú no tienes vida social...esos días debo trabajar aquí. Los sábados y domingos son los días más fuertes cuando atendemos a los clientes”. Informante 5

Las informantes develan el vínculo permanente que hay entre el trabajo de la carpintería y el trabajo doméstico y viceversa, pareciera que no hay desconexión. Lo que nos refleja el cumulo de tareas que deben desempeñar como parte de sus rutinas diarias de vida, como prácticas cotidianas, deben realizar actividades fuera del hogar tales como: llevar a hijos e hijas a la escuela, comprar comida y medicina, ser promotoras de salud, realizar trabajos comunitarios, entre otros; deben encargarse de promover las ventas del producto de su trabajo, como: sillas, mesas, muebles en general.

Último punto que llama la atención, ya que al desenvolverse los fines de semana muchas de ellas; como promotoras de ventas de los mobiliarios fabricados en talleres de carpintería; reducen aún más las horas libres que deberían dedicar para el descanso y esparcimiento, dejándolas de esta manera con mucho menos “tiempo para vivir” (Torns, 2001).

La mujer estimulada en su proceso de estructuración subjetiva percibe como normal la entrega hacia los otros. Desde la niñez recibe los primeros mensajes y asignación de funciones en torno a la familia y el hogar: cocinan, lavan, cuidan hermanos o hermanas; actividades que van a caracterizar las sucesivas etapas de sus vidas. Es decir, siendo hijas, madre o abuelas deben asumir un cumulo de tareas y roles impuestos por la sociedad patriarcal de manera natural. Lo que viene a determinar la saturación de cargas asumidas en el ámbito doméstico-familiar, no en vano comentó Engels “...el hombre es en la familia el burgués; la mujer representa en ella al proletariado” según Brunet y Santamaría (2016), para referirse a ese grado de jerarquía que se ha establecido históricamente ente los sexos.

Por su parte, la integración femenina a los ámbitos de la sociedad y mercados de trabajo ha estado marcada por la segregación de género; materializándose en trabas y barreras que algunas autoras han denominado suelo pegajoso y techo de cristal, para hacer referencia a las limitaciones antepuestas a sus intentos de desarrollo y crecimiento personal.

En este contexto, la mujer trabajadora; y en el caso concreto las de carpintería de pueblo Nuevo se sigue incorporando al mercado laboral condiciones desfavorables. Dado que la integración de los colectivos femeninos al mercado de trabajo es considerada complementaria o secundaria a su función central de reproducción que es asociada indisolublemente a lo doméstico-familiar. Por consiguiente, no es acompañada por una redistribución equitativa de aquellas tareas que le han sido asignadas históricamente en la esfera reproductiva.

Siguiendo la visión de Camacaro (2004), podemos decir que "... la calidez del hogar se transforma en la hoguera que quema los anhelos de las mujeres cuando se proyectan hacia un horizonte más allá del doméstico" planteamiento que confirma el peaje que continúan pagando las mujeres cuando trascienden más allá de los límites impuestos por la sociedad patriarcal. Constituyéndose en un reto físico y psicosocial articular las actividades en las esferas doméstico-familiar y de empleo; como se hace palpable en el grupo de trabajadoras del presente estudio.

Situación que se corresponde con los resultados encontrados por Cohen y González (2013), sobre un grupo de trabajadoras de la Universidad de Carabobo, donde se evidenció que la doble presencia se presenta de manera imperante, a medida que el aumento de las demandas sociales, familiares y laborales emergen de su día a día. Siendo alta la cantidad de actividades que deben realizar en relación al tiempo que tienen para elaborarlo. Sin embargo la doble presencia que experimentan las carpinteras de Pueblo Nuevo lleva a pensar que sus efectos son aún más adversos, al estar vinculada a un empleo además de exigente y precario caracterizado por altos niveles de riesgo.

Es indiscutible que el trabajo doméstico se ha naturalizado y también se ha mecanizado, dejando a las trabajadoras sin vida social, impedida por dos razones: la labor de la carpintería y el trabajo

doméstico-familiar. Es evidente que a este grupo humano se les ha negado la recreación, el descanso, el libre albedrío y sus derechos sociales.

Trabajo Rudo y Forzado, Su Impacto a la Salud...

"...En la carpintería se expone prácticamente todo, porque tus usas las manos y también los hombros, sufre la columna de tanto estar parada y en la otra parte por lo menos la parte respiratoria; porque si tú pintas con gasolina absorbes y hay también polvo". Informante 3.

"...Frecuentemente he sufrido dolores a nivel de garganta, de nariz, cansancio muscular, dolores en las articulaciones que es muy frecuente pues, por el tipo de trabajo". Informante 5.

"...A veces uno queda al final del trabajo que no puede levantar un pie para moverse porque son fuertes los dolores de la columna y otras partes del cuerpo. Porque ese trabajo es rudo, forzado". Informante 4.

"...Lo que más siento que afecta mi salud es cuando me dan los dolores fuertes de cabeza, y me dan a diario, lo que pasa es que apunta de pastilla me los quito". Informante 2

"...A mí me ha dado dolor de cabeza seguidamente, debe ser por el cambio de clima, ya que vengo de otro estado; pero me tendré que adaptar a esto". Informante 4.

"...Pero más que todo cuando se trabaja con los químicos se siente ardor en el estómago". Informante 1.

"...Al final de la tarde, se siente en el estómago como una ardezon". Informante 2.

"...Yo sufro de hipertiroidismo. Eso fue por el mismo estrés, y me atacó los nervios y a nivel cardiovascular". Informante 1.

Entre las sintomatologías y enfermedades manifestadas por este grupo humano, se encuentran: estrés, insomnio, problemas estomacales (sensación de llenura, pesadez y ardor en el estómago),

afecciones de la nariz y la garganta, hipertiroidismo, dolores musculares y de articulaciones; y dolores de cabeza; sobresaliendo estos últimos en virtud de su recurrencia.

En la intención de develar estos determinantes, es imprescindible caracterizar sus dinámicas de vida. Por un lado, el estar empleadas en puestos laborales altamente nocivos; ejecutando tareas exigentes y repetitivas; y por otra parte, la sociedad patriarcal al colocarlas como las principales responsables de las actividades doméstico-familiar, las condena a una serie de factores físicos y psicosociales que poseen el potencial de afectar sus estados de salud, como se detalla más adelante.

En el oficio de la carpintería se emplean objetos y medios de trabajo donde se forman atmosferas caracterizadas por la presencia de vapores químicos y aserrín, que tienen la capacidad de penetrar en el tracto respiratorio y afectar las vías respiratorias, tal como lo expresaron las trabajadoras. Y de hecho un estudio sobre las carpinterías de Magdaleno reveló trastornos a la salud por enfermedades irritativas de las vías respiratorias en trabajadores y trabajadoras (Sánchez, 2002).

Y es que en efecto, las partículas más gruesas que se generan mediante este proceso de trabajo (diámetro superior a 0,01 mm), que son la mayoría, quedan retenidas en la nariz, y allí pueden provocar diversos efectos: sinusitis, rinitis, obstrucción nasal, hipersecreción nasal, etc. Las partículas pequeñas pueden llegar a los pulmones y allí producir asma, bronquitis crónica, obstrucción respiratoria crónica y otros efectos refiere el Instituto, Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo (2011), develando de esta manera consecuencias severas por la exposición continua a este tipo de agente.

Es oportuno destacar que las trabajadoras al estar sometidas al binomio de cargas: la proveniente de las sustancias empleadas en los talleres de carpintería y la que tradicionalmente manipulan e inhalan en el ámbito doméstico, derivada de los productos de limpiezas empleados para asear y desinfectar, situación que se presenta por los roles sociales que cumplen los géneros según el Programa Nacional de las Naciones Unidas (2010), quedan supeditadas a una doble exposición de agentes químicos.

De allí que Davies y Henderson (2009), destacan que el género condiciona a las carpinteras a una mayor exposición de productos químicos bien sea por vía dérmica y respiratoria. Y al tener presente que en las actividades físicas livianas van consumiendo entre 1000 y 1200 litros de aire por hora, quedan a merced de desarrollar permanentemente sus procesos respiratorios en torno a estas atmosferas tóxicas; lo que incrementa las dosis toxicas percibidas y por ende su vulnerabilidad a sufrir patologías de las vías respiratorias, como resultado se permite vislumbrar la complejidad de la evaluación de riesgos químicos cuando se enmarcan en los grupos femeninos; ya que se generan focos de exposición adicionales a los centros de trabajo.

El grupo de estudio, manifestó padecer frecuentemente dolores de cabeza, situación que puede ser explicada al puntualizar que en el proceso de trabajo manipulan a diario sustancias químicas como: Thinner, gasolina, laca; donde sus vapores pueden causar: nauseas, dolores de cabeza, somnolencia, vértigo (Ficha Técnica de Seguridad elaborada por Grupo TRANSMERQUIM 2009 y INSHT 2003). Sin embargo otras evidencias nos llevan a pensar el origen multifactorial de esta sintomatología, ya que la manifestación física de este tipo de dolor sugiere la permanencia de estrés por tiempos prolongados lo que apunta hacia las potenciales señales primarias de un cuadro patológico (López, 2013).

En relación con los relatos ofrecidos por este colectivo de mujeres, se encontró resultados coincidentes en un estudio sobre las trabajadoras de la economía informal del Municipio San Diego, Marín (2013), donde observó que más de la mitad de las encuestadas presentó síntomas orgánicos inespecíficos que reflejan la presencia de estrés siendo los más frecuentes dolores de cabeza. De igual forma, en las trabajadoras a domicilio de las costuras de Ciudad de México se evidenció que entre los padecimientos más frecuentes se registró cefalea tensional (Pulido *et al.*, 2012). Lo que sugiere que los determinantes de estos dolores de cabeza relatados trascienden la naturaleza tóxica de los talleres de carpintería, para enmarcarse con aquellos condicionantes de vida que caracterizan a los grupos universales de trabajadoras.

Las afirmaciones anteriores nos aclaran que la mujer indistintamente de su contexto socio-laboral, está condenada

cotidianamente a realizar actividades complejas; que desgastan y comprometen su esfera psicosocial. Situación que podría agravarse en función de las características del ambiente laboral, de hecho las carpinteras asocian afecciones con los periodos en que manipulan sustancias químicas en el trabajo. Y efectivamente, la inhalación de vapores de gasolina genera malestar y embotamiento estomacal (INSHT, 2003). Confirmándose que "...de la interacción entre el objeto, los medios y la actividad, en una organización y división del trabajo determinada, surgen procesos peligrosos para la salud", es decir en el instante en que las carpinteras comienzan a interactuar con los objetos y medios de trabajo, sus puestos de trabajo adquieren características nocivas (Betancourt, 2007).

Asimismo, se debe tener en cuenta el nivel de estrés constante que caracteriza los estilos de vida de las trabajadoras al momento de considerar aquellos factores que determinan sus estados de salud. En el análisis de algunas dolencias concretas, las mujeres con estrés tienden a padecer más trastornos gastrointestinales o síndrome de intestino irritable. (Chial y Camilleri citado por Hurtado, 2012). El hipertiroidismo se refiere a un cuadro clínico donde se presenta hiperproducción de hormonas tiroideas por la misma glándula, (Infante y Turcios, 2012). Asimismo, los problemas tiroideos están relacionados con la exposición a contaminantes químicos ambientales, característicos de los talleres de carpintería. (Brunel, López y Moreno, 2012)

Es primordial según Rengifo (2015), poner de relieve las condiciones de trabajo y de vida en general que caracterizan a estas trabajadoras, ya que "...como en todas las enfermedades autoinmunes, hay un factor ambiental precipitante asociado al inicio de la enfermedad que puede ser un estrés físico o emocional" y en este sentido, se postula que el estrés, tanto agudo como crónico, como una de las principales causas para inducir un estado de supresión inmune, al que le sigue un estado de hiperactividad del sistema inmune, pudiendo desencadenar la aparición de enfermedades tiroideas autoinmunes (Escobar, 2007).

La situación es compleja. La doble presencia se ha naturalizado, lo que nos induce a pensar lo espinoso del camino que hay que recorrer a fin de transformar su origen y su impronta. De modo que se ha fortalecido la idea del fenómeno doble

presencia como consustancial del sexo femenino (Carrasquer, 2009). Esta naturalización hace que se puedan enmascarar o pasar desapercibidos aquellos determinantes de la salud de poblaciones de mujeres, por tanto, algunas enfermedades se le pueden considerar como efecto del proceso natural de desgaste biológico o se le puede atribuir a un agente externo que no explique por entero la realidad de género. De aquí la importancia de reconocer, comprender y analizar las dinámicas que envuelven las vidas de este colectivo humano.

Girando Sobre un Círculo Vicioso de Estrés y de Insomnio...

“...Uno tiene ciertos momentos de insomnio porque el cerebro no deja de trabajar. Uno se acuesta con aquella preocupación y se levanta con ella en la mente” Informante 2.

“...Me ha costado dormir muchas veces, porque ahorita en el caso que tengo, que mi mamá está enferma, oye se me hace como fuerte. Cuando yo estoy muy estresada no descanso” Informante 4.

“...Porque una de las cosas que es más atacada en esto es la mente oíste, el estrés que uno tiene de trabajo”. Informante 1.

“...A mí se me ha dificultado el sueño, en el sentido de cuando me dan los dolores de cabeza no se me quita de fácil”. Informante 2

En estos textos, se reconoció que las trabajadoras relacionan la alteración del sueño con el estrés, lo cual está en total correspondencia con lo que afirma el investigador Partinen cuando plantea que: “...el estrés es, probablemente, la causa principal de los episodios transitorios de insomnio” (Partinen, 1994). Reflejando un cuadro complejo para este colectivo ya que “...el estrés y las perturbaciones del sueño pueden influirse mutuamente”, es decir, que muchas de las carpinteras podrían estar girando sobre un círculo vicioso de estados perturbadores de sueño y niveles de estrés. (Gillin y Byerley, 1990).

Lo que genera un cuadro de alarma en las trabajadoras, seguramente surgidos por llevar una vida de múltiples facetas y responsabilidades, de alto desgaste físico y mental, al punto de tener poco o nulo tiempo para reponer las energías necesarias que requiere el organismo.

Situación que coincide con un estudio sobre la doble presencia en profesoras de la Escuela de Relaciones Industriales de la Universidad de Carabobo Cohen y González (2013), donde se corroboró que los síntomas psíquicos que prevalecieron entre ellas se evidenciaron dificultades con el sueño. De igual forma, en una investigación sobre Trabajadoras a domicilio de las costura de Ciudad de México Pulido *et al.* (2012), concluyeron que entre los padecimientos más frecuentes se encuentra los trastornos del sueño. La doble presencia, al tener la capacidad de afectar a uno de los mecanismos más eficientes que posee el ser humano para la reposición de energías; en su función de restauración corporal y neurológica, como lo es el sueño, se convierte en un agente altamente nocivo que atenta permanentemente contra la estabilidad psíquica de las carpinteras (Cano, Láñez y Miró, 2002).

Al asumir el estrés como una respuesta del organismo a las demandas física, psicológica o emocional y que desencadenan reacciones somáticas, orgánicas o funcionales para adaptarse a demandas exigentes con potenciales efectos patológicos se comprenderá que es uno de los riesgos más importantes que se generan por la doble presencia, por su condición de perturbar las capacidades del organismo de protegerse contra las enfermedades, al verse afectado el sistema inmune (Pulido *et al.*, 2012).

Lógicamente, que el insomnio de las carpinteras de Pueblo Nuevo quizás también obedezca a la suma de otros factores como: no contar con seguridad social, tener bajo sueldos, sostener en sus espaldas la responsabilidad administrativa y operativa de sus hogares y además, un ambiente laboral muy nocivo y exigente. Indiscutiblemente la recreación y tiempo libre son vitales en el bienestar físico y psicológico de las personas y en la prevención de estrés y fatiga crónica (Ledesma, Pulido y Villegas, 2012). En consecuencia, al no contar estos colectivos femeninos con aquellos espacios físico-temporales indispensables para un crecimiento personal armonioso y sano, la doble presencia se convierte en un elemento que atenta con la estabilidad psíquica de las trabajadoras; encauzándolas a niveles de vida exigentes, monótonos, poco estimulantes y estresantes.

Parir, Amamantar y Lijar...

“...Hasta lo último, yo antes trabajaba hasta lo último. Incluso, un día estaba lijando unos copetes y me dieron ganas de dar a luz, o sea, casi que tengo al niño allí en el trabajo pues” Informante 2.

“... He visto trabajando mujeres embarazadas y muchas siguen haciendo su trabajo normal con su barriga, pintan, liján, levantan y llevan su madera”. Informante 3.

“... Yo he tenido compañeras que han trabajado hasta el día o las semanas que van a parir, y después se incorporan otra vez y así”. Y a nivel de lo que es la lijada he visto en muchos talleres bastante muchachas amamantando y trabajando embarazadas”. Informante 5.

“...Yo como les dije al principio, lo mío es lijar y eso de pie y sentada un rato, inclinada, como sea porque es madera grande pues”. Informante 2.

“...La cadera también se ve afectada con estos trabajos, claro por el peso de la madera, porque uno tiene que levantar esos pesos y uno expone lo que es la cadera”. Informante.

En relación a estos relatos se evidencian dos (2) cuadros complejos, por un lado, el grado de exposición a que son sometidas las trabajadoras, al punto extremo de no contar con ningún día de reposo en su proceso de gestación. Y por otro lado la situación compleja en que muchas se ven envueltas al tener que amamantar a sus hijos o hijas en los mismos puestos de trabajo.

La mujer embarazada al estar activa en cualquier puesto de trabajo, supone un riesgo a su salud, condición que se agrava cuando las ocupa tareas de la carpintería, ya que en este oficio se dan la mayoría de los riesgos de la industria en general, aunque con una proporción mayor en equipos y donde el proceso de trabajo supone una actividad de mayor peligro (Parish, 2001).

En relación con las implicaciones de esta realidad, a continuación se analizan las características de las facetas del proceso de trabajo que tienen el potencial de comprometer la salud de las carpinteras en sus procesos de gestación.

En el transcurso de sus procesos de trabajo, deben cargar la madera hacia sus respectivos puestos de trabajo, teniendo que ejercer esfuerzos considerables, en este sentido se corroboró que el riesgo de sufrir aborto espontáneo está asociada al levantamiento de cargas superiores a los 10 kilogramos (Taskinen, Kyrrönen y Hemminki, 1994). Aunque esto no quiere decir, que las trabajadoras con pocos días embarazo escapan a esta situación, ya que realizar esfuerzos físicos superior a este peso (10 kilos) "...entre los días seis (6) y nueve (9) después de la fecha estimada de la ovulación presentaban el doble de riesgo de sufrir un aborto espontáneo" lo que nos hace pensar que muchas carpinteras se han expuesto en esta condición sin ni siquiera tener conciencia de ello (Hjollund *et al.*, 2000).

Estas evidencias no son las únicas, un estudio llevado a cabo en Noruega mostró que..."la preeclampsia era más frecuente entre aquellas mujeres cuyos trabajos implicaban levantar cargas pesadas de entre 10 y 20 kg. Demostrándose de esta forma que las trabajadoras al tener que ejercer pesos significativos alrededor de los 10 kilogramos se exponen extremadamente. Al tener presente que muchas de tareas en la carpintería, se desarrollan a un ritmo elevado de trabajo, el cual demanda de mayores esfuerzo, movimiento y energía los cuales están en función de los pedidos de mercancía que se dan constantemente, supone para un riesgo de sufrir preeclampsia. (Wergeland y Strand, 1997).

La posición más representativa en el proceso de lijado de la madera es la sentada. Al conjugar esta situación con el hecho corroborado de que trabajan durante la semana 34 de gestación presentan mayor riesgo de sufrir parto prematuro (Bonzini *et al.*, 2009). Al establecerse en las carpinterías de Pueblo Nuevo como un hecho normal que trabajen hasta apenas instantes de dar a luz, se generan las condiciones que ponen en peligro la vida estas trabajadoras y su descendencia. Y este cuadro adverso no culmina con el levantamiento de cargas, la posición adoptadas, y a los altos ritmos de trabajo señalados.

Uno de los factores de riesgo más característico de la doble presencia, es la generación de situaciones estresantes como lo han manifestado la mayoría de las participantes, en este sentido se ha evidenciado que este agente psicosocial aumentaba el riesgo

de preeclampsia. (Klonoff, Cohen, Cross y Pieper, 1996). Debe señalarse, que la propagación de agentes químicos característicos de estos talleres de carpintería "...pueden causar interrupciones del embarazo, bajo peso al nacer y partos prematuros. Las mujeres pueden pasarlos a sus hijos, antes de nacer y a través de la leche (PNUD, 2010).

En síntesis, y en función de las evidencias antes señaladas se busca orientar sobre los cuadros complejos de vulnerabilidad que atraviesan las trabajadoras de la carpintería del Sector Pueblo Nuevo de Magdaleno. Asumiendo que en pro de revertir esta realidad adversa; es necesario describirla, explorarla y visibilizarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya, S. y Villar, M. (2010). Imaginarios colectivos y representaciones sociales en la forma de habitar los espacios urbanos. Barrios Pardos Rubios y Rincón de Suba. *Revista de Arquitectura*, 12.
- Anzorena, C. (2008). Estado y división sexual del trabajo: las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 13, núm. 41. Extraído el 08 de Mayo de 2017 de: www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid...52162008000200003
- Betancourt, Ó. (2007). Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo. *IESS, Prevención es desarrollo*, 1(1). Extraído el 12 de Octubre de 2016 de: Ó Betancourt - IESS, Prevención es desarrollo, 2007 – dso.fmed.edu.uy
- Bonzini M., Coggon D., Godfrey K., Inskip H., Crozier S. y Palmer K. (2009). Occupational physical activities, working hours and outcome of pregnancy: findings from the Southampton Women's Survey. *Occup Environ Med.* **66(10)**: 685-90.
- Brunet, I. y Santamaría, C. (2016) La economía feminista y la división sexual del trabajo (pp. 61-86). Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California México. Extraído el 05 de Marzo

de 2017 de: www.scielo.org.mx/pdf/cultural/v4n1/2448-539X-cultural-4-01-00061.pdf

Cano, M., Iáñez, M. y Miró, E. (2002) Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2).
Extraído el 07 de Marzo de 2017 de: E. Miró, M.A. Iáñez, M.C. Cano-Lozano - *International Journal of Clinical...*, 2002 – redalyc.org.

Carrasquer, P. (2009). *La doble presencia. El trabajo y el empleo femenino en las sociedades contemporáneas*. Tesis doctoral en sociología, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Cohen, Y. y González, M. (2013) *Doble presencia: relatos de mujeres trabajadoras Universitarias*. Trabajo de Grado presentado para optar al Título de Licenciadas en Relaciones Industriales. Universidad de Carabobo, Bárbula, Venezuela.

Davies, P. y Henderson, J. (2009). Medición de sustancias peligrosas. Manual del estudiante. OH Learning. Extraído el 10 de noviembre de 2016 de: www.ohlearning.com/.../W505_Control_de_Sustancias_Peligrosas_Student_Manual_

Escobar I. D. (2007). Disfunciones tiroideas y estrés. *Acta Médica Colombiana*. **32(2)**: 37-38. Extraído el 12 de Octubre de 2016 de: ID Escobar - *Acta Médica Colombiana*, 2007-redalyc.org.

García, E. (2011) Acerca del género y salud. *Papeles del Psicólogo*. **32(3)**: 282-288.

Garduño, A. (2001). Para estudiar la relación entre el trabajo doméstico y la salud de las mujeres. *Salud de los Trabajadores*. Volumen 9 No 1.

Gillin, J. y Byerle, W. (1990). The diagnosis and management of insomnia. *New England Journal of Medicine*. **322**: 239-248.

Hjollund N., Jensen T., Bonde J, Henriksen T., Andersson A. y Kolstad H. (2000). Spontaneous abortion and physical strain around implatation: a follow up study of first pregnancy planners. *Epidemiology*. **11(1)**: 18-23.

- Hurtado, C. (2013). *Percepción de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad, variables de salud y conciliación de la vida laboral-familiar en trabajadores y trabajadoras*. Tesis doctoral en Cognición, emoción y estrés. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Instituto Colombiano del Deporte (2006). *Beneficios de la Recreación*. Bogotá, Colombia.
- Infante, A. y Turcios S.(2012) Hipertiroidismo. *Revista Cubana de Endocrinología*. **23(3)**: 213-220. Extraído el 10 de mayo de 2017 de: A Infante Amorós, SE Turcios Tristá - Revista Cubana de ..., 2012 – scielo.sld.cu
- Kandel, E. (2006). *División sexual del Trabajo ayer y hoy (1a ed.)*. Buenos Aires. Dunken. Extraído el 15 de marzo de 2017 de: www.rebelion.org/docs/202959.pdf
- Ledesma, B., Pulido, M. y Villegas, J. (2012). Estrés y sistema inmune en obreras maquiladoras hondureñas. *Revista Salud de los Trabajadores*. **20(2)**: 193-204. Extraído el 10 de febrero de 2017 de: MP Navarro, JV Rodríguez, BL Cano - Salud de los Trabajadores, 2012 - redalyc.org
- López, D. (2013). *Estrés: epidemia del siglo XXI. Cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. Editorial Lumen. Argentina.
- Marín, E. (2013). *La mujer en el trabajo informal y factores psicosociales en el área de servicio del Municipio San Diego-Carabobo*. Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Salud Ocupacional. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
- Martínez, M. (2006). *Los grupos focales de discusión como método de investigación*. México. Editorial Trillas.
- Nicolini, C. (2015). *Informe: el análisis de contenido como técnica de investigación*. Dirección de Estudios, Innovación Curricular y Desarrollo Docente. Unidad de Mejoramiento Docente. Extraído el 25 de mayo 2016 de: www.upla.cl/innovacioncurricular/wp.../Informe-Final-AT-14_-_Camilo-Nicolini.pdf
-

- Parish, J. (2001). Procesos de carpintería. En: OIT (Ed.). Enciclopedia de salud y seguridad en el Trabajo. (pp 86. 2-86-7). Madrid: Editores.
- Partinen, M. (1994). Sleep disorders and stres. *Journal of sychosomatic. Research.* **38**: 89-91.
- Sánchez, M. (2002). *Proceso de fabricación de muebles en talleres peridomiciliarios y situación de salud de trabajadores y habitantes. Pueblo Nuevo Estado Aragua.* Trabajo Especial de Grado. Universidad de Carabobo.
- Taskinen H., Kyyrönen P., Hemminki K., Hoikkala M., Lajunen K. & Lindbohm M.(1994). Laboratory work and pregnancy outcome. *J Occup Med.* **36(3)**: 311-319.
- Torns, T. (2001). *La doble presencia: ¿una propuesta para lograr la conciliación?*. Ponencia presentada en las Jornadas Doble jornada, doble presencia, Pamplona, 17. Extraído el 19 de mayo de 2016 de: [158.109.129.18/.../La%20doble%20presència,%20una%20proposta%20per%20acons](https://doi.org/10.158109.129.18/.../La%20doble%20presència,%20una%20proposta%20per%20acons).
- Villegas, A. (2012). *El rol de la mujer en el trabajo de la carpintería artesanal en la población de Magdalena Estado Aragua.* Trabajo Especial de Grado presentado para Optar al Título de Licenciada en Relaciones Industriales. Universidad de Carabobo, Bárbula, Venezuela.
- Wergeland E., Strand y K. Working (1997). Conditions and prevalence of pre-eclampsia, Norway 1997. *Int J Gynaecol Obstet.* **58(2)**: 189-196.

Género y Embarazo. Desde la joven mirada de las y los adolescentes.

Autoras: Carmen Alida Ortegano Varona¹ y Nelisa Miguelena Piñero¹

¹Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE), Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Maracay, estado Aragua. Venezuela.

RESUMEN

La sociedad establece construcciones de género y roles para la mujer y el hombre que deben cumplir dentro de la sociedad, sin embargo, cuando esto ocurre dándole beneficios más a un género más que a otro se crean trastornos emocionales por no poder cumplir con el rol impuesto, la historia de los adolescentes viaja por este sendero de imposiciones y decretos sociales permeados de sesgos de género, que lo conducen a un mundo de conflictos propios, donde no son niños ni adultos y deben enfrentar numerosos problemas socioculturales que además se vincula con el embarazo a temprana edad, en tal sentido, esta investigación se planteó develar las construcciones de género establecidas socialmente sobre lo masculino y lo femenino, en relación al embarazo en la adolescencia, desde el paradigma post positivista, con enfoque metodológico cualitativo, y empleando como método el hermenéutico. Se empleó la técnica de recolección los grupos focales, el cual alcanzó saturación y permitió la narración y posterior registro organizado de la información, respetando los principios éticos considerados y aplicados a través del consentimiento informado. Hallazgos obtenidos: las construcciones de género son un proceso sutil, pero que logra fundamentar los cimientos de la personalidad, el desarrollo de los adolescentes depende de un constructo social, que beneficia o limita las expectativas de vida relacionadas con los factores biológicos, psicológicos, y socioculturales, la educación sexual es una de las estrategias más sólidas en la prevención del embarazo, la presión social ejerce influencia en la toma de decisiones y en sus actos.

Descriptor de Contenido: Adolescencia, Género, Embarazo

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período en el que el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social ocurre inmediatamente posterior a la niñez y el inicio la pubertad, su duración varía según las diferentes fuentes científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20 años; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010), define adolescencia “como la etapa de la vida, que ocurre entre los 10 a los 19 años”.

En esta etapa de la vida surgen nuevas expectativas y necesidades entre los cuales se puede destacar la renuncia a la dependencia de los padres, la búsqueda de la autonomía e independencia, el cuestionamiento de las personas adultas sobre determinados comportamientos propios de la adolescencia, el interés por tener nuevas amistades acordes con sus intereses, la importancia de pertenecer a un grupo de amigos o amigas, de igual forma, la reafirmación de la identidad sexual y personal, mayor interés por los temas eróticos y sexuales, la búsqueda continua de información sobre el desarrollo de sus órganos sexuales, reproducción y acto de la función sexual. Esos diversos cambios propician el deseo exacerbado de conocer y experimentar nuevas sensaciones entre ellas el acto de la función sexual.

Los procesos de socialización en la adolescencia, se encuentran orientados por diversos preceptos sociales que se producen por el hecho de vivir inmersos en sociedad; donde, se transmiten valores, creencias, costumbres de generación en generación, que llevan una intención explícita en la educación que se debe proporcionar; en consecuencia, se naturaliza todo un conjunto de presunciones o estereotipos en relación a cómo deben comportarse las y los adolescentes sin ser cuestionados ya que surge de su proceso cultural, que simplemente se aprende desde sus diferentes contextos sociales.

Tomando en consideración que las representaciones de género en las y los adolescentes son construcciones de los contextos sociales, el Diccionario de Acción Humanitaria (2015), define género como “es una categoría que subraya la construcción cultural de la diferencia sexual, esto es, el hecho de que las diferentes conductas,

actividades y funciones de las y los adolescentes son culturalmente construidas, más que biológicamente determinadas". En tal sentido, estos procesos se encuentran estrechamente relacionados con la adquisición de la identidad de género, donde la percepción del mundo social, los educa, establece conductas, comportamientos y actitudes emprendiendo su propia socialización y seleccionan por su cuenta lo que desean aprender y ejecutar, sobre la base de las reglas asignadas a su género.

Dando en la adolescencia mayor relevancia a la definición sexual con respecto al género estos son caracterizados como dos procesos claves. Como bien señala, Barbón (2011):

Las construcciones de género incrementan la vulnerabilidad de los y las adolescentes, las cuales carecen de herramientas para entrar en contradicción con las normas aprendidas, y el inicio a las relaciones sexo eróticas con el sexo opuesto en la cual, según los roles de género prefijados, ellas son el sexo "débil" e "inexperto" que ha de ser "guiado" por el fuerte y "experimentado conocedor" masculino, se aniquilan así la expectativas de negociación del uso de la protección, incluso ante el temor de desencadenar una reacción de la pareja (pág. 21).

En tal sentido, las construcciones de género representan un elemento que incrementan la vulnerabilidad en las y los adolescentes, ya que, carecen de herramientas personales para asumir la actividad sexual, generando contradicción en como desempeñar los roles socialmente asignados, si estimular o reprimir los comportamientos en función a la adecuación al género, en base al cumplimiento de las normas que dicta la sociedad con respecto a la feminidad y masculinidad en el inicio de las relaciones sexo-eróticas y el cuidado que deben tener en una sociedad con cambios constantes y dinámicos.

Cabe destacar, que desde el punto de vista biológico se debe especificar los términos de feminidad y masculinidad, para la comprensión de la expresión conductual y rasgos de personalidad como indicadores de género donde se evalúan y pesan dentro de los límites de los patrones permisibles en la sociedad.

De acuerdo con Kimmel (1997), citado por Chávez (2012) definen la masculinidad como:

(...) la masculinidad está conformada por un conjunto de significados cambiantes, aunque recorridos por una constante: la construcción histórico-social de la virilidad que tiene lugar en oposición a las mujeres y a las minorías sexuales y raciales. Así, la masculinidad es ante todo la “huída de lo femenino” originada por la necesidad de distanciarse de la madre que representa la infancia desvalida, dependiente y castrada que el varón debe sepultar. La identidad masculina nace de la renuncia de lo femenino, no de la afirmación directa de lo masculino, lo cual deja a la identidad de género masculino tenue y frágil (pág. 8).

Sin embargo, esta discusión, se debe considerar de igual forma, que no se puede encasillar la masculinidad o la feminidad en un estándar o una clasificación universal sin evaluar las percepciones, sentimientos y deseos, ya que como menciona Otegui, (1999) citado por Chávez (2012):

...las identidades de género se deben estudiar como un continuo de formas simbólicas y prácticas sociales a través de las cuales las personas construyen su forma de ver el mundo, de actuar en el mismo, y de resituarse con relación a sí mismos y a su cuerpo... (pág. 10)

En muchos casos, la influencia del medio que nos rodea, ya sea la iglesia, la política, la familia, la escuela y los medios de comunicación, entre otros, ha inculcado diversas ideas que estereotipan la diferenciación de los sexos. Por tanto, han designado roles en los cuales se subestima el género y se otorga un trato desigual con respecto a la masculinidad y a la feminidad, bajo este contexto se puede decir que dicho comportamiento sexual no viene sólo, sino que existe una estrecha vinculación con todo un contexto social que rodea a las o los adolescentes, que generan construcciones de género patriarcales, conforme lo refiere Breilh citado por Lagarde (1994), “La fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación del poder: la patriarcal por parte de los hombres sobre las mujeres, la de la riqueza que dio origen a las clases sociales”.

Por su lado, Checa (2011), manifiesta que:

En la adolescencia, existen diversas fuentes de información e incorporación de pautas de comportamiento que de manera alternativa o confluyente se potencian u oponen: la familia, las instituciones educativas y los pares son los más significativos, con valores muchas veces contrapuestos que generan, en múltiples casos, fuertes ambivalencias (pág. 3).

De tal manera que, el comportamiento sexual de la y el adolescente mismo viene dado por la influencia de todo un patrón de comportamiento social patriarcal, que encuentra sus principales impulsores en la familia, escuelas, comunidad, los medios de comunicación (TV, Internet, entre otros), que edifican construcciones de género patriarcales que influyen el estilo de vida de las y los adolescentes, propiciando el inicio temprano de la actividad sexual en corresponsabilidad de diversos cambios sociales, estímulos y desafíos que generan algún tipo de disociación para su desarrollo personal y social.

La visión de la sociedad patriarcal se ha perpetuado a través del tiempo otorgando un orden jerárquico entre el hombre y la mujer dándole una ideología que lo sustenta dentro de un marco natural y en muchos casos legal por los estereotipos impuesto por la sociedad, en tal sentido, uno de los estereotipos patriarcales establecidos con respecto a la adolescente es el embarazo a temprana edad, la concepción de un nuevo integrante a la familia demanda de la atención conjunta de todos sus miembros, los cuales deben ocuparse de brindar seguridad y apoyo a la madre con el fin de garantizar un desarrollo gestacional acordes a sus necesidades.

Sin embargo, desde una perspectiva más profunda de la formación de un nuevo ser, requiere de un entorno donde se enaltezca el valor de la vida, la concepción de que todo lo que se genere durante el embarazo, repercutirá en las funciones vitales del nuevo ser a lo largo de su vida, pero el embarazo toma otro matiz cuando ocurre en la adolescencia, pues los problemas que se pueden presentar en un proceso gestacional se agudiza debido a la inmadurez fisiológica, psicológica, además de las dificultades socioeconómicas y condiciones de vida que se generan, si bien

es cierto, el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, y en la adolescencia presenta características especiales por su condición fisiológica.

El embarazo en la adolescente conlleva a una serie de situaciones que puede atentar con la salud del binomio madre-hijo y convertirse en un problema de salud y más si no posee el apoyo de la pareja, no por lo que significa en término presente sino en el futuro por las implicaciones que acarrea. La Escuela de Gerencia Social (2006), define embarazo adolescente como:

Embarazo que ocurre durante la adolescencia de la madre... el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad (p.1).

Generalmente se asocia en mucho de los casos a una escasa o nula comunicación con sus padres o con los hermanos mayores, sobre todo, en lo que concierne al acto de la función sexual. Esto trae como consecuencia la decisión de buscar y encontrar la opinión y el consejo de otros jóvenes de su edad con su misma inexperiencia y falta de correctos patrones de conducta modelados por la familia o diversos integrantes de la comunidad.

El embarazo en adolescentes dada bajo el clima de la inexperiencia y la inadecuada información se suma a los cambios propios de la sociedad y la necesidad de modernización ante los avances de las telecomunicaciones lo que ha dando paso a importantes transformaciones sociales y culturales, generando nuevas formas de interacción entre las y los adolescentes, debido a que las características del comportamiento sexual son día a día más evidentes propiciando la precocidad con que se dan los cambios en os y las adolescentes tal como lo concibe Serapio (2006):

...la precocidad de diversos comportamientos en los y las adolescentes, como por ejemplo, iniciación en la práctica sexual, consumo de drogas. Comportamientos que anteriormente se daban en etapas posteriores

de la adolescencia o juventud. Este adelantamiento viene potenciado por una sociedad donde las nuevas tecnologías, entre otros factores, favorecen a los miembros de la adolescencia temprana, el acceso a terrenos simbólicos propios de la adultez en épocas anteriores (pág. 13).

A esta precocidad potenciada socialmente se le suman situaciones que se pueden presentar, tal como la proliferación de enfermedades sexuales transmisibles, embarazos no deseados en adolescentes, en los cuales las posibles causas son multifactoriales, como la no protección o uso deficiente de los métodos anticonceptivos, y baja cobertura en los planes y programas relacionado a la planificación familiar, ante esta situación es de suma importancia la debida promoción de los programas de salud en materia de salud sexual y reproductiva de manera que el inicio de la vida erótico-sexual en las y los adolescentes sea adecuado con su desarrollo integral.

Para abordar esta problemática, me encuentro con diferentes investigaciones que confirmaron lo antes expuesto, entre ellas la de Rodríguez (2013), que se plateó realizar un estudio titulado "Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en Mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús" de septiembre 2012 a Febrero del 2013. Guayaquil, Ecuador. Donde se evaluó la incidencia del embarazo en la adolescente, sus complicaciones en el embarazo, y los factores que conllevan a la presencia de complicaciones psicosociales. Este estudio fue realizado con un universo de adolescentes embarazadas en esta unidad, y una muestra de 100 pacientes, el estudio de tipo descriptivo, no experimental, longitudinal y prospectivo, es considerado vinculante para esta investigación por mostrar desde las cifras y datos estadísticos la relevancia del problema en estudio en un país latinoamericano cercano, cuantificando que el mayor porcentaje de adolescentes embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%. Dentro de las causas psico – sociales el mayor porcentaje fue por la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. Dejando al descubierto con estos resultados las inequidades de género presentes en las

adolescentes embarazadas y las categorías coincidentes con el presente estudio.

Así mismo, Urrea (2012), Realizó una investigación titulada El cuerpo de las mujeres gestantes: Un diálogo entre la Bioética y el Género, en Colombia, metodológicamente, el desarrollo del tema considera publicaciones científicas de diferentes autores y autoras con diversas tendencias, este artículo de reflexión aporta una perspectiva analítica entorno al cuerpo de las mujeres gestantes. Muestra que modificaciones del cuerpo, significados y simbolismos durante la gestación generan cambios en la forma de relacionarse con ellas mismas y su contexto, investigación vinculada con este estudio ya que, se presenta un análisis sobre el cuerpo de las mujeres como un estereotipo social centrado en la maternidad. Ese estereotipo trae consecuencias individuales e implicaciones sociales cargadas de rasgos previamente determinados socialmente en los cuales se generan consecuencias al convertir a las mujeres en depósitos de los deseos de otras personas como por ejemplo los hombres, las familias y la sociedad.

En el contexto venezolano, me encuentro con la investigación realizada por Carrero (2014), titulada, Construcción Subjetiva del Proyecto de Vida de una Adolescente Embarazada, investigación realizada en el estado Carabobo de nuestro país, la cual se planteó comprender la construcción del proyecto de vida de una adolescente embarazada desde la orientación metodológica cualitativa y desde una perspectiva holística sobre la base de una matriz Epistémica-Fenomenológica con Método de Spiegelberg. Esta investigación permitió detallar aspectos significativos de la adolescente a partir de su propia experiencia de vida obteniéndose tres categorías: Definiendo un proyecto de vida, Sentimiento ante el embarazo y Construyendo mi proyecto de vida y entre los hallazgos encuentra que el embarazo en la adolescencia significa un fuerte cambio a nivel del crecimiento personal, que la principal meta a futuro refiere a lograr las condiciones de vida óptima tanto para ellos, su hijo y su familia, las familias instalan la lógica del hacerse responsables y asumir las consecuencias de sus actos. Estos hallazgos nos permiten afirmar lo ya expresado líneas atrás acerca de los cambios que representa el embarazo en la adolescencia.

Esta realidad en el contexto venezolano de las y los adolescentes se ha intentado proteger legalmente desde el marco jurídico nacional venezolano de la Constitución de la República

Bolivariana de Venezuela; en su Título III De los Derechos Humanos y Garantía y de los Deberes, el cual establece que debe garantizar a las y los adolescentes los derechos humanos para una vida libre de violencia y digna acorde con sus necesidades, así se interpreta en los Artículo 19, 20 y 21 de este texto legal, en los cuales claramente expone la obligación del Estado de garantizar los derechos humanos sin discriminación alguna, y donde toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad, y donde todas son iguales ante la ley.

Seguidamente en los artículos 75 y 76 establece que el padre y la madre tienen el deber compartido e irrenunciable de criar, formar, educar, mantener y asistir a sus hijos o hijas, y éstos o éstas tienen el deber de asistirlos o asistirlos cuando aquel o aquella no puedan hacerlo por sí mismos o por sí mismas, de igual forma protegerá la maternidad y la paternidad y la libertad de decidir responsablemente la cantidad de hijos que desean tener y de igual forma asegurará la asistencia integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

De igual forma la Ley Orgánica de Protección al niño, niña y adolescente (LOPNNA) en los Artículo 6 y Artículo 26 establece claramente el derecho de los niños, niñas y adolescentes en ser criados por sus padres dentro de su familia de origen donde el amor, la solidaridad, la comprensión sean entre otros los valores que reinen en el hogar y a su vez el derecho de participar activamente en la sociedad y de gozar de las políticas de protección dirigidas a ellos.

De manera tal, que desde esta perspectiva, es relevante conocer como ha sido la experiencia de las y los adolescentes, con respecto a sus condiciones de vida, relaciones familiares y con sus pares, percepciones sobre el embarazo, el cambio de estilos de vida que eso genera, por tal razón surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué conocen las y los adolescentes sobre las construcciones de género establecidas sobre lo masculino y femenino, en relación al embarazo en la adolescencia?, ¿Cuáles son las condiciones de vida de las y los adolescentes que pudieran representar elementos motivadores del embarazo en la adolescencia? y ¿Cuál es la percepción de las y los adolescentes

con respecto a las estrategias que pueden emplearse para disminuir el embarazo en la adolescencia?.

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

El presente estudio se ubica bajo el paradigma post positivista, el cual proporcionó un enfoque investigativo para la aproximación a la comprensión de las realidades vividas por los adolescentes, el enfoque metodológico es cualitativo, el cual permitió conocer las vivencias de las y los adolescentes e interpretar sus percepciones, creencias, opiniones o testimonios de vida, donde las y los adolescentes representan la propia experiencia humana como tópico de estudio de esta investigación ,lo que permitió desde la intersubjetividad de sus sentimientos, expectativas, valores y creencias interpretar su realidad.

Se utilizó el método Hermenéutico, ya que desde este fue posible interpretar los patrones culturales de las y los adolescentes que participaron en la presente investigación, es decir, permitió interpretar por la investigadora como viven, sus anhelos, motivaciones, creencias, preferencias, ocupaciones, formas de conducta entre otros.

Una vez aclarada la modalidad de esta investigación, se exponen los procedimientos metodológicos que la definieron, partiendo por la categorización, estructuración y triangulación de la información, procedimiento que se desarrolló en una primera fase de análisis, donde se identificaron las unidades más importantes de estudio según su relevancia, es decir, categorizando y sub categorizando los elementos más significativos que surgieron de los relatos y grabaciones que se hicieron a los participantes de los grupos focales que narraron sus percepciones sobre género y embarazo.

En una segunda fase fueron definidas las categorías que emergieron dando aportes a los propósitos de la investigación, las cuales se estructuraron de forma compacta con todos los elementos descriptivos del estudio, este proceso es el que denominamos Estructuración.

Por último, en una tercera fase se realizó la Triangulación que es una estrategia cuya finalidad fue proporcionar fiabilidad en la

información, dando una visión global desde diferentes perspectivas. Los resultados se presentan para cada categoría y muestran los datos obtenidos por las diferentes fuentes de información y técnicas aplicadas, entre ellas la triangulación por autores, con la contrastación de las tres perspectivas, la de los participantes en el grupo focal, la postura de los teóricos y de la investigadora.

Como técnica de recolección de información se utilizó el grupos focal de discusión, y para este el presente estudio lo conformaron las y los adolescentes que residen en la comunidad de Jabillal, Estado Aragua, que guardan relación en algunas características comunes como rango de edad, grado académico, adolescentes con experiencias en la maternidad y adolescentes sin experiencias con la maternidad, de igual forma, como instrumentos se diseñó y utilizó un guión de preguntas focales de acuerdo a los propósitos de la investigación, a partir de ellos se identificaron las categorías y sub categorías abordadas en el transcurso de la conversación con los participantes del grupo focal, además se empleó el uso de grabadora digital y un cuaderno de anotaciones como otros de los instrumentos de recolección de información que acompañaron a esta técnica.

Para develar las experiencias vividas y los constructos sociales sobre Género y embarazo se seleccionaron dos grupos focales homogéneos con adolescentes escogidos con características similares, edades comprendidas entre 12 a 17 años, experiencias personales o cercanas sobre la maternidad o la paternidad en la adolescencia, adolescentes femeninas y masculinos, grado académico con el fin de que expresarán libre y espontáneamente sus percepciones relacionadas con el tema de la presente investigación, y seguidamente se empleó la técnica de saturación de informantes, la misma determinó el momento en que los datos suministrados abarcaban las posibles dimensiones abordadas durante la discusión de grupo focal.

Para el desarrollo metodológico, se consideraron ciertos aspectos: el valor social o científico, es decir la importancia social que asumió la investigación; la validez científica determinada por la congruencia entre la metodología y el problema a estudiar por medio de los grupos focales, el instrumento empleado, así como el sustento teórico en el que se fundamentó la investigación; equidad

en la selección de los participantes; protección de su identidad; inclusión de los principios de no maleficencia y beneficencia; aplicación del consentimiento informado que describió y explicó cómo se realizaría y desarrollaría la técnica de grupo focal, así como también tuvieron el derecho de acceder o no a la investigación, a retirarse si presentaban alguna incomodidad o descontento y a expresar libremente sus sentimientos y percepciones sobre el tópico de estudio.

ANÁLISIS Y DISERTACIÓN**1. CATEGORÍA CONSTRUCCIONES DE GÉNERO**

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES	
<p>Construcciones de Género</p>	<p>Grupo focal A: Las Adolescentes: Ser mujer es tener pensamientos y conciencia de ser mujer, porque nuestro cuerpo es de mujer.</p> <p>Ser mujer es ser luchadora, trabajadora, dar lo mejor entre su familia amigos, estudio o trabajo. Yo creo que no hay diferencia entre la mujer y el hombre... es quien da vida y es como el centro de todo.</p> <p>Grupo Focal B: Los Adolescentes: El hombre frente a la dama es el que tiene que representarla.</p> <p>Es aquel, que igual que la dama puede ser emprendedor, valiente, sociable, movido, comprometido a las cosas y sobre todo es esa persona que da la cara y afrontar los problemas.</p> <p>Ser un complemento, hay ciertos roles para cada uno. En realidad lo que nos diferencia de la mujer son sus funciones. Un hombre es ser valiente, serio, responsable, teniendo que dar la cara por su familia, por los que quiere.</p>	
	TEÓRICOS	INVESTIGADORA
	<p>Laquear, citado por García (1999), Nos ayuda a comprender en la práctica cómo la diferencia sexual, sea cultural o biológica, inscrita en los hechos y en lo cotidiano, es siempre construida por los discursos que la fundan y legitiman.</p> <p>Unesco (2018), El género es el significado social que se otorga al hecho de ser mujer u hombre y que define los límites de lo que pueden y deben hacer la una y el otro, así como los roles, expectativas y derechos que deben tener. No es una condición basada en las diferencias biológicas de hombres y mujeres sino una construcción socialmente aceptada que configura normas, costumbres y prácticas de diversa naturaleza.</p> <p>Diccionario de Acción Humanitaria (2015), es una categoría que subraya la construcción cultural de la diferencia sexual, esto es, el hecho de que las diferentes conductas, actividades y funciones de las y los adolescentes son culturalmente construidas, más que biológicamente determinada.</p>	<p>Las construcciones de género es un proceso sutil, pero que logra fundamentar los cimientos de la personalidad, en cuanto a lo relacionado a ser hombre o mujer.</p> <p>Va más allá de la diferenciación biológica, ya que a su vez se inician procesos a partir de los cuales se incorporan patrones de Comportamiento, que pueden ser vulnerados por aspectos socioculturales no acordes con las normas preestablecidas por la sociedad en la que desarrollen.</p> <p>Convirtiéndose en estereotipos rígidos que condicionan los roles y el comportamiento relacionado al género.</p>

Fuente: Discurso de los informantes, teóricos y de la autora.

2. CATEGORÍA CONDICIONES DE VIDA

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
Condiciones de Vida	<p>Grupo Focal A: Las Adolescentes: Con que tiempo voy hacer ejercicio y embarazada tengo menos tiempo. Hace años deje de estudiar y ahora me encuentro en la casa solo con mi hijo.</p> <p>Ya uno no puede comprar frutas, ni lo necesario para alimentarse bien. Aquí como en muchos lados, la delincuencia azota</p> <p>Grupo Focal B: Los Adolescentes Yo no estudio, porque tuve que salir a trabajar para ayudar a mi mama y a mi hermana.</p> <p>No pana yo después que salgo del trabajo lo que quiero es comer y dormir, intento dentro de todo, llevar comida a mi casa, ahora es más difícil por los precios.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Unesco (2018), el vínculo entre trabajo de mercado, trabajo de cuidados e interrupción de cada trayectoria escolar podría ser pensado como el emergente de dinámicas familiares afectadas por carencias y privaciones persistentes. Es decir que las situaciones de desescolarización de los jóvenes constituirían una de las consecuencias generadas por las dificultades que los adultos encuentran para resolver por sí solos una producción mínima de bienestar destinada a proteger las trayectorias escolares de sus adolescentes. (s/p)</p> <p>Lima et al. (2016), La calidad de vida es una medida de bienestar ampliamente utilizada en salud pública, que puede definirse como la percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto cultural y de valores, en relación con las metas, las expectativas, los estándares y los intereses.</p>	<p>El desarrollo de los adolescentes depende de un constructo social, que beneficia o limita las expectativas de vida relacionadas con los factores biológicos, psicológicos, y socioculturales.</p> <p>Es por ello que la condición de vida juega un papel fundamental, donde se proporcione al adolescente los elementos básicos para su bienestar y así poder elaborar un proyecto de vida que satisfaga sus necesidades y modifique en positivo las experiencias y la percepción sobre el rol que deben desempeñar en una sociedad dinámica y cambiante.</p>

Fuente: Discurso de los informantes, teóricos y de la autora.

3. CATEGORÍA ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
Estrategias para Disminuir el Embarazo en la Adolescencia	<p>Grupo Focal A: Las Adolescentes: Yo no quería ser mamá, yo hubiese tenido igual la relación sexual, pero cuidándome.</p> <p>Yo lo hubiese evitado tal vez con la abstinencia. Yo me hubiese puesto en control antes de salir embarazada.</p> <p>Creo que lo hubiese evitado con más comunicación en la familia.</p> <p>Tomando anticonceptivas. Educar a los jóvenes...desde las casas y las escuelas</p> <p>Grupo Focal B: Los Adolescentes: Para prevenir una barriga se necesita gente que venga a dar charlas, y aquí nadie hace nada para eso iniciativa por parte del consejo comunal, para hablar de este tema, que vayan a las escuelas.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), debería facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad.</p> <p>Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que se respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a sexualidad y la procreación” .</p>	<p>La educación sexual es una de las estrategias más sólidas en la prevención del embarazo en la adolescencia, la cual debe iniciarse desde la niñez, para crear una conciencia colectiva sobre las posibles causas y consecuencias que genera este problema de salud pública como lo es el embarazo a temprana edad y su contexto sociocultural, a su vez educar sobre las relaciones erótico- sexuales que fundamentan en inicio del acto de función sexual y su integración con lo cotidiano</p>

Fuente: Discurso de los informantes, teóricos y de la autora.

4. CATEGORÍA MALTRATO GESTACIONAL

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
<p style="text-align: center;">Maltrato Gestacional</p>	<p>Grupo Focal A: Las adolescentes</p> <p>Mi reacción fue inesperada, me tomé unas anticonceptivas, Citotec.</p> <p>Las tome varias, por arriba y por abajo y el bebé no se salió nunca</p> <p>Mi mama me dijo, ¡Abórtalo! y yo entre en desesperación y lo pensé mucho, pero yo no lo hice.</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Guicho y Miranda (2007), El abuso fetal consiste en todo acto de manera intencional o negligente, afecte al producto de la gestación en cualquiera de las etapas de desarrollo puede causarlo directamente la madre, el médico o alguna persona que tenga injerencia con el embarazo</p>	<p>De acuerdo a lo descrito por la participante del grupo focal A Es maltrato gestacional cuando se considera una acción u omisión realizado por la gestante adolescente, instituciones o sociedad que dificulte el óptimo desarrollo físico, psicológico y socioeconómico del producto de la concepción o que a su vez genere algún riesgo en su desarrollo evolutivo, caracterizado generalmente por rechazo al embarazo, consumo de sustancias químicas o desconocimiento de las complicaciones de sus propias acciones sobre la viabilidad de su embarazo</p>

Fuente: Discurso de los informantes, teóricos y de la autora.

5. CATEGORÍA FALTA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
<p>Falta de Comunicación Familiar</p>	<p>Grupo Focal A: Las Adolescentes: Tengo a mi mama y a mi papa, pero él es como que si no existiera.</p> <p>En mi caso hay mucha falta de comunicación. Mi mamá trabaja todo el día y casi no hablo con ella. Es buena, pero a distancia, ella trabaja en otra casa.</p> <p>Grupo Focal B: Los Adolescentes: Mi relación familiar es un poco dictatorial, todo es obligado. Tanta represión obliga a que cuando salimos que no hacemos.</p> <p>A mí me hablo de eso mi madrastra, y me pregunto ¿por qué mi mama no me había hablado de eso? Yo le respondí que nunca habíamos tocado el tema antes:</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Unicef (2010), La familia es el contexto de socialización primario para todas las personas. El y la adolescente lleva ya un tiempo en este espacio y ha recibido de sus padres/madres enseñanzas, afectos, guía, apoyo, normas, seguridad y protección.</p> <p>La llegada de la adolescencia representa para el contexto familiar y para el propio ciclo de vida de la familia formas de interacción distinta entre padres/madres e hijos/as, por ello, en esta etapa es muy importante el papel que pueden desarrollar los/as padres/madres en la comprensión del punto de vista de sus hijos/as para ayudarles en su transición a la vida adulta.</p>	<p>Son múltiples los factores que afectan la comunicación familiar, sobre todo cuando los hijos llegan a la adolescencia, donde inicia el cambio de humos, la rebeldía y la sensación de incompreensión por parte del núcleo familiar. Por consiguiente, en los padres recae la responsabilidad de educar a través del ejemplo, valores, y mucha comprensión, sin embargo, de acuerdo a lo manifestado por los participantes, en sus familias hay padres ausentes, con poca o nula comunicación hacia ellos, con alta carga laboral y en algunos casos con mucha presión familiar.</p> <p>Esto trae como consecuencia que las dudas, inquietudes y necesidades, no satisfechas por los padres, sean abordadas por otras personas tal vez no aptas para tal fin.</p>

Fuente: Discurso de los informantes, teóricos y de la autora.

6- CATEGORÍA PRESIÓN SOCIAL

CATEGORÍA	INFORMANTES CLAVES
Presión Social	<p>Grupo Focal A: Las Adolescentes: A veces me siento mal por las cosas que me dice mi mama, no hagas esto, no hagas aquello, no vas a la fiesta y eso me molesta.</p> <p>Siempre es una cosa u otra te debes comportar porque la gente después va hablar mal de ti .Yo aprendí a fumar con unos amigos del liceo.</p> <p>Grupo Focal B: Los adolescentes: Muchas personas que son malas y a lo mejor hasta consumen y porque él se droga y porque el ya mantuvo relaciones yo quiero ser como él y por ahí es donde comienza la rebeldía, y la muchas salen embarazadas.</p> <p>Y con el embarazo en la adolescencia eso es como una moda, como muchas lo hacen otras quieren copiarlo</p>
TEÓRICOS	INVESTIGADORA
<p>Siche (2013), la presión social es un fenómeno que se da en todos los grupos sociales, donde los dominantes aíslan al diferente. Este comportamiento es posible porque los modelos establecidos de cada cultura son tomados como las leyes que establecen los parámetros de comportamiento, belleza, educación y salud; por tanto, se tiene que excluir a aquel que no se rige por dichas reglas</p>	<p>En la adolescencia ocurren cambios en los cuales el componente psicológico es de gran importancia para la consolidación de la personalidad, dentro de este proceso los adolescentes en busca de la necesidad de aceptación en los diferentes grupos sociales cediendo ante la presión social y tienden a cambiar su comportamiento porque quieren ser aceptados por sus compañeros en oportunidades terminan haciendo cosas de las que se arrepienten, solo por la necesidad de no sentirse rechazados por el grupo social.</p> <p>La presión social ejerce su influencia en la toma de decisiones y en sus actos.</p>

Fuente: Discurso de los informantes, teóricos y de la autora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. España: Editorial Fundamentos, Colección Ciencia.
- Carrero N. (2014). *Construcción Subjetiva del Proyecto de Vida de una Adolescente Embarazada*. Universidad de Carabobo. Estado Carabobo-Valencia. Venezuela.
- Caricote A., (2006). Esther. Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educare*, Mérida, v. 10, n. 34, sept. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/selo.php?script=sci_arttext&pid=S13110200600030
- de Dios-Vallejo y Delia Selene (2014). Equidad de género y embarazo. *Revista de Perinatología y reproducción humana*. **28(2)**: 71-78. Recuperado en 18 de octubre de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01200002&lng.
- Gogna, M., Adaszko, A., Alonso, V. & Binstock, G. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Unicef. Libro en línea disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/Espanol/Embarazo_y_maternidad.pdf
- González M., (1999). *La Agenda Prioritaria en Salud, resúmenes de los documentos del Proyecto Pobreza*. Universidad Católica Andrés Bello, Asociación Civil para la Promoción de los Estudios Sociales.
- Henriques-Mueller M. E. y Yunes J. (1993). Adolescencia: equivocaciones y esperanzas. En: Elsa Gómez Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las América*. Washington DC; OPS. publicación científica No. 541. p. 46-67.
- Krauskopf, D. (2000). *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*. Segunda Edición Enero 2000. COSTA RICA Libro en línea disponible en <http://extranet.injuv.gob.cl/cedoc/Coleccion%20Coor%20Intersectorial%202000>.
-

Rodríguez V. (2013). *Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en Mujeres de 12 a 18 años en Maternidad “Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a Febrero del 2013*. Guayaquil, Ecuador. 2013

Schutt-Aine, J. y Magdaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.

Urrea F. (2012). *El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género*. Revista Colombiana de Bioética [en línea] 2012, 7 (Sin mes): [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189224312006>>ISSN 1900-6896

Indicadores de Productos Académicos IAE

Dr. Arnoldo Gabaldon

Indicadores Académicos

Cuadro N° 1. Número de Cursos no Conducentes a Título Académico y Personas Capacitadas por Direcciones y Áreas en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" Maracay, estado Aragua, Venezuela. Ene-Sep 2019.

Dirección	Área	Cursos		N° de Personas Capacitadas		Sexo			
		N	%	N	%	M	%	F	%
Dirección Ejecutiva	Dirección Ejecutiva	5	4,63	41	0,82	38	0,76	3	0,06
Sub-Total		5	4,63	41	4,00	38	0,76	3	0,06
Dirección de Gestión Académica	Gestión Académica	22	20,37	1006	20,02	304	6,05	700	13,93
	Epidemiología	28	25,93	985	19,60	519	10,33	466	9,27
	Salud Pública	5	4,63	205	4,08	55	1,09	150	2,99
	Salud Ocupacional	5	4,63	265	5,27	82	1,63	183	3,64
	Sala Situacional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Educación a Distancia	23	21,30	2097	41,73	751	14,95	1345	26,77
	Medicina General Integral	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		83	76,85	4558	74,00	1711	34,05	2844	56,60
Dirección de Investigación	Dirección de Investigación	4	3,70	217	4,32	70	1,39	147	2,93
Sub-Total		4	3,70	217	3,00	70	1,39	147	2,93
Dirección Interacción Social	Escuela Nueva Ciudadanía	15	13,89	197	3,92	94	1,87	103	2,05
Sub-Total		15	13,89	197	13,00	94	1,87	103	2,05
Dirección de Gestión de Información	Dirección de Gestión de Información	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Dirección de Gestión Tecnológica	Dirección de Gestión Tecnológica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Dirección de Recursos Humanos	Servicio de Seguridad y Salud de los Trabajadores	1	0,93	12	0,24	4	0,08	8	0,16
Sub-Total		1	0,93	12	0,00	4	0,08	8	0,16
Total de Cursos del IAE		108	100	5025	100	1917	38,15	3105	61,79

En el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, durante los meses de Enero a Septiembre 2.019 se impartieron 108 cursos no conducentes a título académico con un total de 5.025 personas capacitadas, siendo distribuido de la siguiente manera: el mayor porcentaje de cursos lo ostenta la Dirección de Postgrado representado por la Coordinación de Epidemiología con un 25,93%, seguido de Gestión Académica con un 20,37%, la Coordinación de Educación a Distancia con un 21.30%, Gestión en Salud Pública y Salud Ocupacional con un 4,63 respectivamente, mientras que la Escuela Nueva Ciudadanía logró un 13,89% y la Dirección Ejecutiva con un 4,63. Adicional a esto se complementa con la participación de la Dirección de Investigación con un 3,70% y Servicio de seguridad y salud de los trabajadores con 0,93.

Cuadro N° 2. Número de Personas Matriculadas por Programa de Formación en Desarrollo en el S.A.I.A.E. “Dr. Arnoldo Gabaldon” Maracay estado Aragua Venezuela. Enero-Septiembre 2019.

PROGRAMA DE FORMACIÓN	Nº de Alumnos	%
POSTGRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL	36.747	84,17
POSTGRADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	2.187	5,01
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGÍA	3.740	8,57
POSTGRADO EN EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS	170	0,39
POSTGRADO EN SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	758	1,74
POSTGRADO MANEJO DE VECTORES Y RESERVORIOS EN SALUD	54	0,12
TOTAL	43.656	100%

Fuente: Control de Estudios-IAE

Durante los meses de Enero a Septiembre 2.019, el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” contó con un total de 43.656 participantes en los diferentes programas de formación académica. De este total, el número de profesionales matriculados en el Postgrado de Medicina General Integral representa el 84,17%, Gestión en Salud Pública 5,01%, mientras que Epidemiología constituye un 8,57%, Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral con 1,74% y Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas un 0,39%, finalmente, el postgrado de Manejo de

Vectores y Reservorios en Salud contó con una participación de 0,12% estudiantes matriculados para dicho período.

Cuadro N° 3. N° de Personas Egresadas por Programa de Formación en el S.A.I.A.E. “Dr. Arnoldo Gabaldon” Maracay estado Aragua Venezuela. Enero-Septiembre 2019.

EGRESADOS DE POSTGRADOS DE ESPECIALIZACIÓN	N° EGRESADOS	%
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	8	9,88
EPIDEMIOLOGÍA	49	60,49
EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS	1	1,43
MEDICINA GENERAL INTEGRAL	8	9,88
SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	15	18,52
TOTAL EGRESADOS AÑO 2.018	81	100

Fuente: Control de Estudios- IAE, año 2018.

Para el mes de Agosto del año 2.019 egresaron un total de 81 personas formadas en los diferentes postgrados de especialización que se imparten en el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Siendo distribuidos de la siguiente manera: La especialidad de Epidemiología representa el mayor porcentaje con 60,49%, le sigue Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral con 18,52%, y las especialidades de Gestión en Salud Pública y Medicina General Integral con 9.88% respectivamente.

DIRECTORIO ACADÉMICO **S.A. IAE “DR. ARNOLDO GABALDON”**

Dirección Ejecutiva
Lcdo. José Rivas Naar

Dirección de Gestión Académica
Ing. Yelítza Ledezma

Dirección de Investigación
Lcda. Carmen Julia Silva

Dirección de Interacción Social
Dra. Yuli Bejarano

Coordinación Sala Situacional
Dra. Fanny Dávila

Coordinación de Gestión en Salud Pública
Lcda. Gina Guerra

Coordinación del Área de Epidemiología
Lcda. Ana Gisela Pérez

Coordinación de Salud Ocupacional
e Higiene del Ambiente Laboral
Antr. Angemi Jiménez

Coordinación de Medicina General Integral
Dr. Julián Díaz

www.iaes.edu.ve

Maracay , estado Aragua - Venezuela

