

PANORAMA ACTUAL DE LA SALUD EN TABASCO

Perspectivas científicas desde la UJAT
División Académica de Ciencias de la Salud



Editoras:



Ana Luisa Quezada Barahona
Crystell Guadalupe Guzmán Priego

PANORAMA ACTUAL DE LA SALUD EN TABASCO

Perspectivas científicas desde la UJAT
División Académica
de Ciencias de la Salud

COLECCIÓN
JULIÁN MANZUR OCAÑA
Vida y salud social

José Manuel Piña Gutiérrez
Rector

PANORAMA ACTUAL DE LA SALUD EN TABASCO

Las perspectivas científicas desde la UJAT
División Académica
de Ciencias de la Salud



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

Las Perspectivas Científicas / desde la UJAT
-- Primera edición. - Villahermosa, Tabasco : Universidad Juárez Autónoma de Tabasco,
2017.

262 páginas. -- (Colección Julián Manzur Ocaña).

Incluye referencias bibliográficas al final de cada capítulo.

ISBN: 978-607-606-404-7

Primera edición, 2017

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Av. Universidad s/n. Zona de la Cultura
Colonia Magisterial, C.P. 86040
Villahermosa, Centro, Tabasco.

El contenido de la presente obra es responsabilidad exclusiva de los autores. Queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor.

Se autoriza su reproducción parcial siempre y cuando se cite la fuente.

ISBN: 978-607-606-404-7

Edición: Ana Luisa Quezada Barahona
Crystell Guadalupe Guzmán Priego

Diseño y formación: Calíope Bastar Dorantes

Hecho en Villahermosa, Tabasco, México.



Directorio

M. en C. Alejandro Jiménez Sastré

Director de la División Académica de Ciencias de la Salud

M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

Coordinadora de Investigación y Posgrado

MSE. Viviana Valencia Ramón

Coordinadora de Docencia

Editores:

Mtra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

Mtra. Ana Luisa Quezada Barahona

CONTENIDO

ÁREA DE DIVULGACIÓN	Pág.
Capítulo 1 La importancia de la familia en el ámbito laboral de las organizaciones: un análisis a partir de la interdisciplinariedad. <i>Dr. Antonio Becerra Hernández</i>	13
Capítulo 2 Efecto de patrones de consumo de alimentos sobre micro ARN relacionados con el síndrome metabólico. <i>Norma Violeta Priego Díaz, Alejandra León Zapata, Nancy Malpica Dávila, David del Valle Laveaga, Juan Manuel Muñoz Cano</i>	21
Capítulo 3 Situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso. <i>Martin Antonio Aguilar</i>	27
Capítulo 4 Principios de oxigenoterapia. <i>José Antonio Aguilar Ramón</i>	37
Capítulo 5 Vascularización del encéfalo. <i>Edith Martínez Martínez, Crystell Guadalupe Guzmán Priego, María Guadalupe Jiménez Solís, Sandra Morales Alvarado, Darwin Alejandro Suárez Morales</i>	44
ÁREA DE EDUCACIÓN EN SALUD	
Capítulo 6 Factores que influyen en el desempeño académico de las alumnas madres y/o embarazadas de la licenciatura en nutrición en el ciclo escolar 2013-2 de la DACS-UJAT. <i>Anabell Carrillo Navarro, Elena Esther Hurtado Barba, Reyna Felicia Gallegos Domínguez, Claudia Del Carmen González García</i>	57
Capítulo 7 Modelos educativos y la relación con los modelos de gestión de calidad <i>Lizabeth Barrera Torres</i>	65
Capítulo 8 Percepción de la calidad en las clínicas odontológicas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. <i>María Cristina Santiago Pérez, Manuel Higinio Morales García, Heberto Romeo Priego Álvarez, María Isabel Avalos García</i>	75
Capítulo 9 Rezago escolar de estudiantes en un modelo de educación híbrido: licenciatura en enfermería en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. <i>Verónica Guadalupe Carrera Paz, Adelfo García Jiménez, Elizabeth Aguilar Aristigue, Gabriela Vicente Ramírez</i>	83

Capítulo 10

93

Satisfacción del servicio social y pertinencia de la formación profesional de los alumnos de la licenciatura en nutrición de la DACS-UJAT.

*Ligia Araceli Barragán Lizama, Alma Mileira Zetina Esquivel, Rossana Patricia Gallegos Gallegos
Conny Pineda Pérez, Víctor Fernando López Lucio*

ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA

Capítulo 12

103

Apoyo familiar y depresión en el adulto mayor con cáncer que acude al Hospital Juan Graham Casasús, Villahermosa tabasco, 2015.

Alberto Abdo Andrade1, Elsy del Carmen Quevedo Tejero, Ramiro Guerrero Pérez

Capítulo 13

113

Prevalencia, tipo de fisura y tratamiento ortopédico- ortodóntico en pacientes con labio paladar hendido, clínica de especialidad en ortodoncia PNPC, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2015-2016.

*Verónica Rodríguez López, Rosa María Bulnes López, Rafael Ruiz Rodríguez, Hugo Juan Ibarra Duran
Héctor Manuel Contreras Salas*

Capítulo 14

119

Consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria del estado de Tabasco.

*Mariana González Suárez, Griselda Hernández Ramírez, Valentina Rivas Acuña,
Rodolfo Gerónimo Carrillo*

Capítulo 15

126

Epidemiología de crisis asmáticas en instituciones de salud en Villahermosa, Tabasco.

*Horacio José Jarquin Barberena, Sandra Edith Jiménez Castillo, Maricruz Cerino Esteban,
Victoria Aimee García Gil, Erika Ramos*

Capítulo 16

131

Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea, hospital general balancán 2011.

*Marcela Falcón Ávalos, Argeo Romero Vázquez2**

Capítulo 17

140

Portadores de streptococcus beta hemolíticos en estudiantes de ciencias de la salud, UJAT.

Leova Pacheco Gil, Xavier M Boldo León, Hidemí Aguilar Mariscal

Capítulo 18

149

VIH/SIDA y envejecimiento. Una relación múltiplemente estigmatizada y discriminatoria.

Heberto Romeo Priego Álvarez, María Isabel Ávalos García, Manuel Higinio Morales García

Capítulo 19	156
Actitudes ante la homosexualidad de la comunidad universitaria de la Licenciatura en Médico Cirujano de la UJAT. <i>María Guadalupe Jiménez Solís, Viviana Valencia Ramón, William Bécquer Pérez Ascencio Miguel Fernando Ríos Sánchez, Juan Carlos Martínez Zenteno</i>	
Capítulo 20	164
Ambiente educacional percibido por estudiantes de la Licenciatura en Médico Cirujano. <i>Sarai Aguilar Barojas, Alejandro Jiménez Sastré, Elsy del C. Quevedo Tejero, Ma. Luisa Castillo Orueta Ma. Guadalupe Jiménez Solís</i>	
Capítulo 21	171
Situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso. <i>Martín Antonio Aguilar</i>	
Capítulo 22	180
Conflicto de la identidad del yo y dinámica familiar. "Análisis de caso" <i>Aline Aleida del Carmen Campos Gómez, Ariani Victoria Alvarado Morales, Angélica Patricia Hernández Hernández, José Luis Ventura Martínez</i>	
Capítulo 23	186
Conocimiento, creencias y actitud hacia la lactancia materna en una institución de atención primaria de seguridad social de Tabasco. <i>Aralucy Cruz León, Diana Ortiz Solís, María Esther Gerónimo Zurita, Rosa Ma. Arriaga Zamora Fabiola Morales Ramón, Crystell Guadalupe Guzmán Priego</i>	
Capítulo 24	195
Desarrollo de habilidades sociales y disminución de problemas conductuales en niños y niñas institucionalizados. <i>Mariana Morales Alejandre, Jorge Ramón Navarrete Centeno</i>	
Capítulo 25	205
Explorando estrategias y motivación para el aprendizaje en estudiantes de nuevo ingreso de la Licenciatura en Psicología. <i>Claudia Soledad de la Fuente Pérez, Alba Cerino Soberanes, Agustín Jiménez Javier, Karla Cecilia Gómez Castillo, Héctor Herrera Barragán</i>	
Capítulo 26	215
Nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. <i>Taina Karen Margarita Cortés Rodríguez, Valentina Rivas Acuña, Renán García Falconi, Margarita Magaña Castillo, Eva Zetina Hernández</i>	
Capítulo 27	220
Presencia de síntomas del síndrome de burnout en médicos residentes de pediatría en un hospital de alta especialidad. <i>José Luis Ventura Martínez, Leova Pacheco Gil, Cynthia del C. Gómez Gallardo, Dulce María Jiménez Jiménez</i>	

Capítulo 28	227
Representaciones sociales de la marihuana construidas por estudiantes de educación media superior en el contexto de los foros juveniles de centros de integración juvenil. <i>María Trinidad Fuentes Álvarez, Miguel Ángel Escalante Cantú, Rodrigo Emanuel Madrigal Morales</i>	
Capítulo 29	233
Relación entre riesgos psicosociales, estrés y depresión en docentes de primaria del sector 2 de Villahermosa. <i>María Trinidad Fuentes Álvarez, Raymundo Márquez Amaro, Stephanie Cancino Payró</i>	
Capítulo 30	241
El significado social de la diabetes mellitus gestacional en mujeres del Estado de Tabasco. <i>Marcelina Cruz Sánchez, Keila Gabriela Cisneros González, David Ríos Reyes, Esmeralda Estrada Martínez</i>	
Capítulo 31	254
Efecto antiespasmódico del orégano vs fármaco comercial en la disminución de los síntomas provocados por la dismenorrea primaria en mujeres de 18-25 años de Villahermosa, Tabasco. <i>Mtro. Luis Fernando Trujillo Castillo, Mtra. Nury Hernández Díaz, Lic. Nutr. Marisol Salas Magaña</i>	

ÁREA DE DIVULGACIÓN



Capítulo 1

La importancia de la familia en el ámbito laboral de las organizaciones: un análisis a partir de la interdisciplinariedad.

Dr. Antonio Becerra Hernández

Capítulo 2

Efecto de patrones de consumo de alimentos sobre micro ARN relacionados con el síndrome metabólico.

Norma Violeta Priego Díaz, Alejandra León Zapata, Nancy Malpica Dávila, David del Valle Laveaga, Juan Manuel Muñoz Cano

Capítulo 3

Situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso.

Martín Antonio Aguilar

Capítulo 4

Principios de oxigenoterapia.

José Antonio Aguilar Ramón

Capítulo 5

Vascularización del encéfalo.

Edith Martínez Martínez, Crystell Guadalupe Guzmán Priego, María Guadalupe Jiménez Solís, Sandra Morales Alvarado, Darwin Alejandro Suárez Morales

La importancia de la familia en el ámbito laboral de las organizaciones: un análisis a partir de la interdisciplinariedad.

Dr. Antonio Becerra Hernández

RESUMEN

Existen rasgos, manifiestos o latentes, en las conductas y los comportamientos de integrantes de las organizaciones, cuyo origen puede ser explicado a partir del episodio de vida en sus familias. Asimismo, aspectos provenientes de la llamada cultura organizacional, pueden recrearse en esas familias.

La familia, puede ser sólo un constructo o estar constituida de diversas maneras; sin embargo, desde la interdisciplinariedad de los estudios organizacionales, es posible problematizar en torno a las conductas y comportamientos manifestados por el individuo en las organizaciones y en lo social, considerando los ingredientes fundamentales de su constitución, a partir de su inexorable episodio en la familia.

La investigación de campo se realizó en una empresa familiar dedicada a la realización de análisis clínicos de laboratorio.

I. INTRODUCCIÓN

La familia ha sido tema de estudios desde diversas disciplinas, tales como la psicología, el psicoanálisis, la sociología, la filosofía, la antropología, la economía, entre otras. Sin embargo, desde la perspectiva de los estudios organizacionales, la misma entidad, ha corrido con un signo distinto al no ser considerada una organización en el sentido estricto de la palabra, aludiendo a su carencia de rasgos formales y propósitos preestablecidos, entre otras condiciones para las organizaciones plenamente constituidas en esa modalidad. A pesar de esto, al acudir a una revisión de ciencias sociales como las antes indicadas, bajo una perspectiva de la interdisciplinariedad, las circunstancias pueden cambiar radicalmente y brindarnos algunas posibilidades de análisis y hallazgos atrayentes desde la perspectiva de los estudios organizacionales, introduciéndose en aspectos que están asociados a la reproducción de patrones culturales, de socialización, económicos y de identidad personal, entre otros, quienes a su vez se encuentran de forma directa o latente en las organizaciones que el ser humano moderno ha creado. El propósito principal es mostrar que diversos factores existentes en las organizaciones formales, implícita o explícitamente coexisten como parte de las mismas; más aún, que le dan origen y sustento a su apertura y permanencia, ya que son parte de la propia creación del hombre y de su paso por lo social, en el sentido más amplio del término.

II. OBJETIVOS Y METAS

El objetivo de este artículo se encamina a mostrar a la familia como un elemento social, cuyo impacto, en la constitución psicosociológica o sociopsicológica del individuo, tiene una trascendencia vital a lo largo de su existencia. De este modo, el actor es el sujeto, el ser humano; el libreto, lo son su historia personal, familiar y social; asimismo, el sujeto simultáneamente actúa y es actuado; la familia le ofrece un guion, el cual puede ser ajustado y adaptado según los escenarios organizacionales donde aquel vaya a participar, con posibilidades de influir en ellos y de que éstos puedan inducir algunos ajustes al libreto original del personaje en escena; el individuo en la organización.

Para ello, el estudio de caso se realizó en una empresa familiar, cuyos participantes son algunos familiares consanguíneos y empleados que forman parte de esa empresa.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de caso, cuyo único requisito para ser considerado como tal, es que posea algún límite físico o social que le confiera entidad. Lo que caracteriza al estudio de caso es el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos, más que la verificación o comprobación de hipótesis previamente establecidas [1]. Se destaca también el que para esta investigación, se emplearon dos instrumentos de la investigación cualitativa: la entrevista semiestructurada y la observación participante.

IV. RESULTADOS

Cultura organizacional de la empresa. El discurso racional-instrumental y los mecanismos de defensa organizacionales implicados.

Como casi cualquier empresa formalmente establecida, la organización objeto de estudio ha trabajado en la implementación e implantación de una cultura organizacional sustentada en la misión, visión y valores. Estos dispositivos forman parte de lo que racionalmente todas las empresas en la actualidad han decidido en su esquema para inducir a sus empleados en el deber ser y lo que se espera de ellos para el éxito organizacional y personal, a partir de la burocratización [2]

MISIÓN

“Ser una empresa que ofrece al público en general la realización de procesos del laboratorio de análisis clínicos, cuyos resultados permiten satisfacer sus necesidades en el ámbito de la calidad, seguridad y control de los resultados”.

La expresión manifiesta de los propietarios para proyectar a su empresa en niveles que la coloquen como líder en el sector de los análisis clínicos, enuncia la firme intención de posicionarse en un lugar importante dentro de la zona sur-sureste del país, lo cual les indica hacia dónde encaminar sus esfuerzos y el de sus empleados.

Sin embargo, como todas las organizaciones empresariales, la firma objeto de estudio, busca implícitamente cubrir sus necesidades económicas y de satisfacción personal de los propietarios. Detrás de una misión empresarial, existe una demanda manifiesta de atender requerimientos y necesidades personales en los empresarios.

VISIÓN

“Mantener al laboratorio de análisis clínicos como líder en el sur-sureste de la república mexicana, ofreciendo calidad en todos sus servicios, contribuyendo en la prevención y diagnóstico preciso y oportuno de los pacientes”.

Al respecto, hemos de indicar también que las empresas actuales acuden de forma permanente a la enunciación de éstas reglas o valores que pretendan alinear los comportamientos de quienes en ellas permanecen o de los que arriben. Tal condición no resulta extraña si recordamos que detrás de la búsqueda de los objetivos de las empresas, está también la regulación de las conductas de sus empleados, para que con esto se trate de asegurar el alcance de los objetivos y metas. En este sentido, la empresa pasa a desempeñar el papel del super yo o parte moral, que indica las reglas del juego, lo que se permite y lo que se castiga. El empleado, en esta dinámica, es quien tendrá el compromiso de adherirse a lo prescrito por sus superiores, quienes en este caso desempeñan la figura paterna, desde la postura psicoanalítica.

Valores institucionales de la empresa

Responsabilidad

“La responsabilidad es un valor que, en la conciencia de la persona, le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral. Una vez que pasa al plano ético, persisten estas cuatro ideas para establecer la magnitud de dichas acciones y afrontarlas de la manera más propositiva e integral, siempre en pro del mejoramiento laboral, social, cultural y natural”.

Asumir la responsabilidad en el plano de la conciencia implica también responder por cada uno de los comportamientos y decisiones que se tomen; desde el inconsciente del sujeto queda asociado a un posible sentimiento de culpa, el cual puede ayudar a frenar cualquier impulso no aceptado socialmente. Aquí el individuo asume un mandato, forma parte de una red que alinea los objetivos de sus integrantes a uno principal. Se trata

de entender y atender dicho mandato y “responder” por él, sumando los esfuerzos individuales, que pueden estar asociados a un sentimiento de culpa si este no es alcanzado por haber faltado a ese compromiso.

Honestidad

“La honestidad es una cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad, y de acuerdo con los valores de verdad y justicia. En su sentido más evidente, la honestidad puede entenderse como el simple respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas; en otros sentidos, la honestidad también implica la relación entre el sujeto y los demás, y del sujeto consigo mismo”.

La honestidad implica un respeto por lo se dice y se hace; situación que se encuentra asociada a la búsqueda de congruencia entre lo que de manera preconsciente el individuo quiera realizar y lo que su inconsciente pueda estarle demandando; condición por demás complicada que obliga al sujeto socializado a asumirse como responsable de sus propios pensamientos y actos asociados a éstos, para guardar un equilibrio interior. La lucha interna en la psicodinamia entre el yo, con el ello y el super yo, para tratar de guardar un equilibrio, queda de manifiesto en este sentido.

Calidad

“Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades”.

La calidad, lleva una estrecha relación con la llamada mejora continua, tal parece que el ideal del yo será la fuerza que impulsará cualquier esfuerzo para alcanzar la perfección; situación que no se logrará nunca y que permanecerá en los ámbitos empresariales y en sus empleados como una constante impulsada desde la imperfección del sujeto, generando conductas y comportamientos de culpabilización al no alcanzar los objetivos empresariales, que pueden ser traducidos a los ideales del yo para ser aceptados por las figuras paternas.

Pasión por el servicio

“Es brindar con un gran interés nuestro trabajo, sentimos comprometidos con nosotros mismos a la hora de brindar o servir a cada paciente que requiere algún servicio, es importante saber que, dependiendo de nuestra actitud, respuestas y manera de servirles, repercutirá en cada uno de ellos. Además, nunca olvidemos que todos merecen el mismo trato y la misma atención”.

El modelo de lo que el otro demanda para lograr su aceptación se convierte, en términos psicoanalíticos, en la imagen de la madre que tiene la posibilidad de aceptar o rechazar la conducta del hijo, rol presentado en este caso por los empleados de la empresa. Asimismo, la pasión por el servicio conlleva rasgos de sublimación que inducen al empleado a dar lo mejor de sí, desde su yo ideal, canalizando su energía pulsional hacia tareas correctamente ejecutadas.

Confianza

“La confianza es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones”.

La confianza resulta un ingrediente de suma importancia en la construcción de las relaciones interpersonales. La socialización forma parte de ésta y se perpetúa gracias al cumplimiento de expectativas de los demás; con ello, dirigimos nuestra mirada a un ingrediente fundamental de la teoría psicoanalítica: la identificación; situada como la posibilidad del sujeto de estar al lado del otro y de mostrarse en el otro, gracias a la construcción de relaciones que subyacen en el inconsciente del sujeto, quien intentará imitar conductas de las figuras que para él representen el ideal del yo. Asimismo la confianza puede interpretarse también como parte de la socialización no identificatoria [3] que se desarrolla y se replica en un marco social determinado, como lo es en este caso, el referente institucional llamado empresa de laboratorios [4] y [5].

Honradez

“La honradez es la transparencia, la claridad de las personas respecto a sus acciones. Es ese respeto a lo ajeno, aun cuando las circunstancias pudieran permitir apropiárselo sin consecuencias legales o sociales”.

La honradez puede ser una condición para estar en sociedad y se convierte en un principio social que le permite al individuo ganar una posición de respeto y credibilidad ante los demás. Subyace en ella la exigencia para la persona de guardar celosamente lo que se le confiere y cuidar de su integridad para enaltecer su figura. De esta manera, el empleado introyecta cualidades asociadas a la transparencia de sus actos para estar en condiciones de pertenecer a un grupo que le otorgue seguridad y aceptación, representado en este caso por la empresa.

Amabilidad

“No confundamos actos de amabilidad, circunstanciales y transitorios, con la amabilidad como actitud y valor sentido y deseado. Todos podemos ser “amables” en ocasiones por diversos y hasta oscuros fines, pero no es a ésta “amabilidad” de conveniencia a la que nos referimos, sino a la amabilidad como valor, como disponibilidad permanente, libremente asumida y ejercida”.

La amabilidad como una probable condición del ser humano para poder vivir en sociedad, es como “domar la fiera” que sólo bajo esquemas de sociabilidad podrá encontrar sosiego. El ser sociable requiere hallar en el sujeto la posibilidad de contener sus impulsos, incorporarse al mundo social, como condición para abrir la posibilidad de estar en ella. Ésta ha de imponer ciertas condiciones al individuo para poderlo admitir en su territorio. El hombre ha creado sus propias reglas y las ha mantenido a través de las instituciones, cuya misión principal será el de salvaguardar los intereses de la mayoría de sus integrantes para poder permanecer en sociedad. El actuar amablemente, implica la represión, por medio de la cual el individuo intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones, tales como pensamientos, imágenes, recuerdos ligados a una pulsión [6].

Compromiso

“Comprometerse es poner al máximo nuestras capacidades para sacar adelante todo aquello que se nos ha confiado. El compromiso que se hace de corazón va más allá de la firma de un documento o un contrato. Cuando nos comprometemos es porque conocemos las condiciones que estamos aceptando y las obligaciones que éstas conllevan”.

El compromiso implica la puesta en juego de la palabra de quien lo ha establecido con otra persona; no es simplemente el hacer lo que debe de hacer, involucra la sumisión del deseo propio; es la renuncia del deseo propio por el del otro, con la probable obtención de una recompensa posterior. Asimismo, el compromiso puede indicar la desviación de intereses personales del individuo hacia intereses de índole colectivo para recibir un sueldo y cubrir necesidades personales en consecuencia. En otras palabras, el individuo se “compromete” con los demás para adquirir beneficios personales.

Optimismo

“El optimismo es el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir”.

Por último, el optimismo, desde la perspectiva laboral de la empresa en estudio, viene asociado a la posibilidad de considerar las dificultades como oportunidades y retos laborales que enfrentar. Esos retos tienen que ver con el trato con las personas -empleados, compañeros de trabajo o clientes- y también con desafíos conceptuales y técnicos para lograr el resultado esperado por los clientes.

Situado en la ilusión de poder alcanzar lo que se espera y lo que se ha comprometido, el optimismo será la contraparte de aquel que se enuncia como la pulsión de muerte en la escuela psicoanalítica, donde el

individuo queda sujeto a los deseos e impulsos para alcanzar el máximo placer; para volver al estado inicial, empleando dispositivos que pueden ir más allá del principio del placer.

V. DISCUSIÓN

Los valores son promovidos desde un espacio racional-instrumental, pero ellos también pueden ser trasladados a otras esferas sociales donde los individuos participan. Es evidente que estos rasgos normativos forman parte del abanico de posibilidades que el ser humano tiene para asumir un rol y desenvolverse en la sociedad como ésta lo requiere; de esta forma, los valores lo son en tanto se convierten en parte de los mecanismos restrictores de conductas no aceptadas socialmente. El respeto, la honradez, el compromiso, la responsabilidad, entre otros, se sitúan en la jerga colectiva del individuo de la empresa y sirven como códigos escritos o las reglas del juego para ser admitidos en la organización objeto de estudio. La empresa procura que sus empleados expresen los comportamientos asociados a sus valores enunciados, que bajo una óptica crítica podemos deducir que se trata de una intención racional y latente de índole represivo para sublimar las fuerzas inconscientes de los individuos.

Por medio de las entrevistas semi-estructuradas y la observación, se puede también inferir que las figuras paterna y materna están presente y cobran relevancia a lo largo de la conducción de la organización empresarial. Las reuniones se organizan y en ellas se hace patente la presencia del padre o de la madre, como hilos conductores que pueden ayudar a la toma de decisiones empresariales o a la promoción de la unión y la fuerza como grupo de trabajo.

Asimismo, las riñas y los desacuerdos en torno a la conducción de las riendas de la organización empresarial o las que se suscitan simplemente por la convivencia diaria, están presentes en el discurso de algunos de sus integrantes; sin embargo, en la intención de darle continuidad a sus actividades, los protagonistas hacen su mejor esfuerzo para que “las cosas caminen” en beneficio de la empresa y de sus integrantes. En este sentido, también las contradicciones entre los individuos forman parte de sus discursos y de sus propios comportamientos. La familia y la organización empresarial, comparten rasgos similares.

Las variaciones dadas al interior del gran bloque llamado sociedad, han sido, son y seguirán siendo un gran laboratorio de pruebas, de cambios, de modificaciones espontáneas o forzadas por muchos aspectos de índole económico, político, cultural, moral, entre otros. Sin embargo, pese a esos cambios -o acompañando a estos-, la “familia”, esquematizada como una gran institución, sigue siendo un referente simbólico y real para el sujeto en la sociedad, independientemente de su condición social, género, estado civil, orientación sexual, raza, edad, etcétera.

VI. CONCLUSIONES

La familia no es precisamente una organización formal, pero se organiza, se modifica y es modificada paulatinamente. Las empresas, organizaciones formales, pudieran ser interpretadas como los espacios donde se proyectan y extienden componentes cuyo origen y formación se hallan en la familia. Es posible afirmar que todas las organizaciones son familiares, en tanto que en su conformación y permanencia se sitúan ingredientes básicos de índole social y psíquico, provenientes principalmente de la familia, que resguardan al sujeto y lo posibilitan a asegurar su permanencia bajo algunas reglas de convivencia y eficiencia de carácter instrumental.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Rodríguez G., Gregorio, Gil F., Javier y García J., Eduardo (1999) Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. Málaga.
- [2] Weber, Max (1970). Economía y sociedad. FCE, México.
- [3] Mendel, Gerard (1996). Sociopsicoanálisis y educación. Universidad de Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas.
- [4] Rendón C., Marcela Victoria (2006) La dinámica organizacional en una pequeña clínica de tipo familiar. Contradicciones y complementariedades Institucionales (Tesis doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa. México.
- [5] Rendón C., Marcela (2009). Configuraciones organizacionales de la pequeña empresa familiar. Pequeñas organizaciones: complejidad y diversidad organizacional. Estudio de casos de organizaciones mexicanas. Universidad Autónoma Metropolitana y Juan Pablo Editor.
- [6] Laplanche, Jean y Pontalis, Jean Bertrand (2004). Diccionario de Psicoanálisis. Paidós.

Efecto de patrones de consumo de alimentos sobre micro ARN relacionados con el síndrome metabólico.

Norma Violeta Priego Díaz¹, Alejandra León Zapata¹, Nancy Malpica Dávila¹

David del Valle Laveaga², Juan Manuel Muñoz Cano^{2,3}

I. RESUMEN

El objetivo del proyecto es evaluar el efecto de alimentos tradicionales sobre la expresión de microARNs que regulan genes relacionados con el metabolismo de la glucosa. Será una investigación experimental randomizada. La hipótesis de investigación es si se consumen alimentos tradicionales entonces se resolverán anomalías en biomarcadores. Se invitará a estudiantes de la DACS y se dividirán aleatoriamente en dos grupos. Al grupo experimental se le proporcionará diario, cinco días a la semana, durante tres meses, un almuerzo, basado en alimentos de la comida tradicional mesoamericana, con énfasis en productos locales. Al grupo testigo se le proporcionará una ración equivalente de la comida rápida de las cafeterías escolares. En ambos grupos, al inicio y al final del protocolo, se determinarán valores del perfil de lípidos, glucosa, proteína C reactiva, alanino amino transferasa y hemoglobina glicosilada mediante métodos espectrofotométricos. Se determinarán también los niveles de expresión de cinco microARNs que han sido involucrados en la regulación de genes relacionados con el metabolismo de la glucosa (miR-320, miR-33a/b, miR-145, miR-335 y miR-124a) mediante técnicas de amplificación con la reacción en cadena de la polimerasa. El tratamiento estadístico consistirá en estudios de ANOVA de dos vías con un procedimiento de Dunnet para encontrar significancia en las medidas de las pruebas y se definirá significancia cuando $P \leq 0.05$. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02606812.

II. INTRODUCCIÓN

Uno de los avances de importancia en el campo de la biología molecular es el descubrimiento en 1990 de la regulación de los genes por moléculas de ARN. Los genes pueden ser silenciados por moléculas de ARN de doble cadena, por los ARN interferentes pequeños (siARN) de 21 a 25 nucleótidos, y por los microARN (miARN) que son sintetizados en el núcleo por una ARNasa de tipo III denominada drosha. Los miARN son moléculas altamente conservadas en las especies. El resultado de la actividad de esta enzima es la producción de un fragmento de 70 a 100 nucleótidos en una estructura de tipo tallo-asa. El pre-miARN es exportado al citoplasma donde la enzima Dicer lo corta a una estructura lineal de entre 21 a 24 nucleótidos. En esta etapa de su biogénesis, los miARN se unen a proteínas de la familia Argonauta. Los miARN se incorporan a un complejo nucleoproteico que dirige el silenciamiento de genes mediante la hibridación con

el ARNm blanco, lo que inhibe la traducción y promueve la degradación del transcrito.

Hay nueva evidencia que muestra que los impactos de los miARN se producen bajo condiciones específicas como etapas del crecimiento, estrés y señales extracelulares. Esto aumenta el nivel de complejidad de la regulación de la función de los mARN y en la expresión de los genes (1). Para el caso de la diabetes mellitus se sabe que los aumentos en los niveles de glucosa en sangre a consecuencia de alimentos y bebidas industrializadas modernas promueven la síntesis de ciertos miARNs (2).

Los diversos roles de los miARN incluyen la regulación de la proliferación, diferenciación, apoptosis y desarrollo. Se sabe que las anomalías en la regulación de los genes involucrados en estos eventos explican mucho de la biología del cáncer (3); la información acerca de los efectos del aumento o disminución de miARN en la génesis de diabetes mellitus de tipo 2 y sus complicaciones, así como en el síndrome metabólico, es menos conocida. Por esto es necesario evaluar el efecto de factores ambientales como es el caso del tipo de alimentos, el estrés y la actividad física en la síntesis de diversos miARNs y su impacto en la fisiología del síndrome metabólico. En este trabajo, se seleccionaron los miR-320, miR-33a/b, miR-145, miR-335 y miR-124^a. Esto debido a que se ha descrito cambios en la expresión de estos miARN cuando se presenta patología.

III. OBJETIVOS Y METAS

Objetivo General:

Comparar el efecto de alimentos tradicionales versus comida rápida sobre la expresión de microARN relacionados con el síndrome metabólico.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar patrones de consumo de alimentos de los grupos: problema y control.
2. Determinar el efecto de la dieta (alimentos tradicionales o alimentos industrializados) sobre los niveles de glucosa, triglicéridos, colesterol, AST, ALT, albúmina, globulina, así como los factores antropométricos.
3. Determinar el efecto de la dieta (alimentos tradicionales o alimentos industrializados) sobre los niveles de ciertos miARNs.

IV. MÉTODO

Diseño del estudio. Es un estudio randomizado. A los estudiantes de nuevo ingreso a la UJAT se les hacen estudios en el laboratorio de análisis clínicos como parte de su proceso de incorporación a la Universidad. Se invitará a participar a 50 mujeres ya que la DACS tiene predominio femenino en su matrícula. Se tomarán muestras de sangre para los análisis clínicos y moleculares al inicio y final del protocolo (tres meses).

También las medidas antropométricas se harán al inicio y al final. Se empleará el modelo de Inoue et al. (4), intervención del tipo “una vez al día” (5). Al grupo experimental se le proporcionará durante tres meses, cinco días a la semana, un plato de comida tradicional. Las comidas tendrán en promedio de 600 Kcal, contuvieron en promedio ≤ 50 mg de colesterol, ≥ 10 g de fibra, \geq de 130 g de vegetales y \leq de 200 mg de sodio. Cada plato se acompañará de tres tortillas de maíz de medida estandarizada. Para el grupo control se proporcionará comida rápida de consumo habitual en la cafetería del campus en proporción calórica semejante.

Antropometría. Para la determinación del índice de masa corporal de acuerdo a los lineamientos de la WHO (6) se empleará una balanza clínica con estadímetro de Básculas Nuevo León®, México, con capacidad para 200 kg. La balanza se calibrará cada día durante el tiempo que se recibirá a los estudiantes. El índice de masa corporal se calculará de acuerdo a la PROY-NOM-043-SSA2-2011 de México. Para las medidas del perímetro de la cintura y cadera se emplearán cintas de fibra de vidrio milimétricas no extensibles con longitud de 1.80 m y anchura de 1 cm de Vitamex® México. Para la población de la zona geográfica la medida para la cadera deseable para mujeres es 80 cm y 90 para hombres (6). El índice cintura cadera (ICC) se calcula al dividir el perímetro de la cintura entre la de la cadera, donde un valor de 0.85 para mujeres y 0.90 en hombres se consideró el límite de corte (7). El índice cintura-talla (ICT) se calcula como cintura/estatura donde un valor menor de 0.5 se considera deseable (6).

Parámetros bioquímicos. Las muestras de sangre de los participantes las obtendrá el personal del laboratorio de análisis clínicos de la UJAT posteriormente a un ayuno de 12 horas. Para ello se emplearán equipos estériles y la sangre se colectará en tubos Vacutainer® Serum (Becton Dickinson, Franklin Lakes, NJ, USA). Se medirán glucosa (GPA), triglicéridos (TG) y colesterol total (CT) mediante metodología analítica seca en el equipo automatizado VITROS® 250 (Ortho-Clinical Diagnostics Johnson & Johnson, Rochester, NY, USA). También se realizarán en el mismo equipo las pruebas de función hepática albúmina, globulinas, fosfatasa alcalina, deshidrogenasa láctica, TGO, TGP.

Hemoglobina glicosilada. Se empleará el kit de reactivos Glicohemoglobina Pre-Fil de StanbioLab® (Boerne, TX, USA). Para cada estándar y muestra se calculará el rango de absorbancia de acuerdo a la fórmula del fabricante. Se usará el factor de conversión y los resultados se reportarán como HbA1c. Se considerarán normal los valores con rango entre 4.2% y 6.2%.

Determinación de microARN. Para la determinación de los miARN se emplearán los kits de reactivos de Quiagen®. Para la obtención del ARN se empleará el kit miRNeasy Serum/Plasma. Una vez purificado el ARN a partir de las muestras de sangre se hará la reacción de retrotranscriptasa con oligo de T con el kit miScript II RT y el buffer miScript HiSpec. Posteriormente se hará la amplificación de los miARN de interés

en un termociclador de tiempo real con el kit miScript miRNA PCR Array Human Diabetes. Para la visualización de los amplificadores se empleará el kit miScript SYBR Green PCR. Los resultados se evaluarán con el software del termociclador en tiempo real para medir diferencias en los niveles de transcripción. Las amplificaciones se harán en un sistema Eco Real-Time PCR Illumina™. Analizará los incrementos en las curvas de las señales de los miARN seleccionados: miR-320, miR-33a/b, miR-145, miR-335 y miR-124a. Se empleará el miScript Primer Assay de Quiagen®. Como controles de las reacciones de amplificación se empleará mi-rtc como control de eficiencia de la retrotranscriptasa y mir-3p de *C. elegans* como control de la reacción en cadena de la polimerasa.

Análisis estadístico. Para el procesamiento de datos se utilizará la versión 21.0 del Statistics Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA). Para el análisis de los datos se utilizarán estadísticas descriptivas de tendencia central, así como tablas de contingencia. Se usará la prueba de muestras relacionadas para comparar las variables de los grupos, de acuerdo a los marcadores bioquímicos y el género. Se hará también la prueba de correlación de Pearson para comparar variables entre grupos y géneros. Se considerará estadísticamente significativo cuanto $p \leq 0.05$.

Consideraciones éticas. El estudio se sometió a la aprobación del Comité de Investigación y el Comité de Ética de la División Académica de Ciencias de la Salud, para su registro en la Secretaría de Investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con clave UJAT-DACS-2015-IA-08. El estudio cumple con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El diseño se apega a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México.

V. RESULTADOS

Como se puede observar en la figura 1, la temperatura de normalización para el primer de control no se encuentra diferencias importantes entre los resultados de las muestras de los participantes.

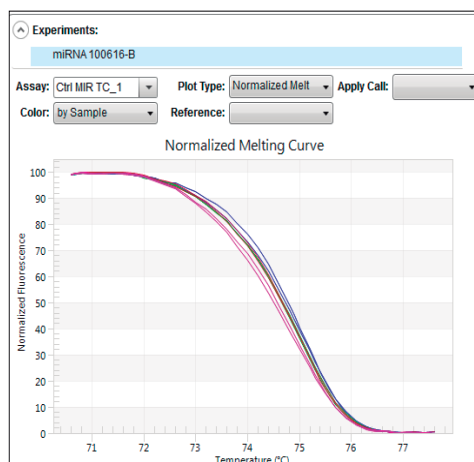


Figura 1. Curva de normalización de temperatura para el miR de *C. elegans*

A diferencia, cuando se probó el primer para el miARN16-B se observaron diferencias en la forma de las curvas, lo que corresponde a diferencias en el número de copias de miARN en las muestras (Figura 2)

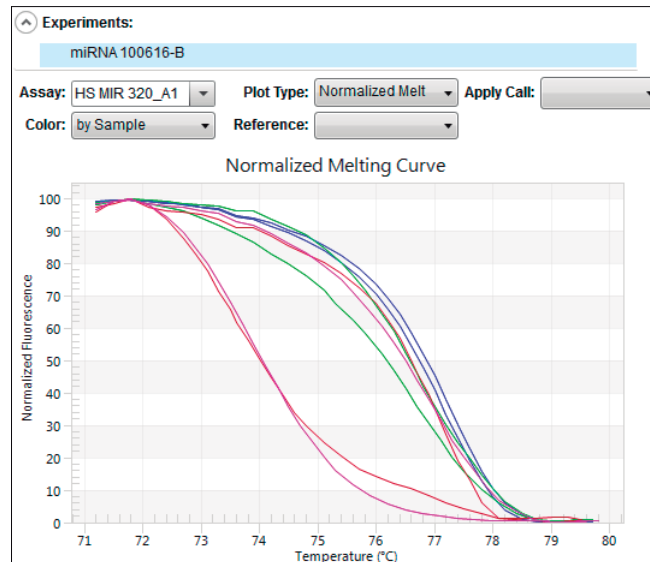


Figura 2. Curva de normalización de temperatura para el primer de miR 320

VI. DISCUSIÓN

La medición de los miARN seleccionados es una prueba con la que pueden encontrarse diferencias de acuerdo a masa de tejido adiposo en pacientes antes y después de cirugía bariátrica (8) o de acuerdo a niveles de glucosa en sangre (2). Sin embargo en la literatura no se han descrito diferencias observables posteriormente a una intervención con modificaciones en la dieta. Esta investigación que se encuentra en desarrollo podría abrir nuevas interrogantes acerca del papel de la modificación en los patrones de consumo de alimentos y la expresión de los genes.

VII. AGRADECIMIENTOS

El proyecto cuenta con financiamiento del Programa de Fomento a la Investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, con clave de registro UJAT-DACS-IA-2015-08.

VIII. REFERENCIAS

- [1] Wilczynska A, Bushell M. The complexity of miRNA-mediated repression. *Cell Death Differentiation*, 2015; 22: 22–33.
- [2] Shantikumar S, Caporali A, Emanuelli C: Role of microRNAs in diabetes and its cardiovascular complications. *Cardiovascular Res* 2012; 93(4): (2012): 583-593.
- [3] López-Camarillo C, Marchat LA, Arechaga-Ocampo E, Perez-Plasencia C, Del Moral-Hernández O, Castaneda-Ortiz EJ, Rodríguez-Cuevas S. MetastamiRs: non-coding MicroRNAs driving cancer invasion and metastasis. *Int J Mol Sci.* 2012;13(2):1347-1379.
- [4] Inoue H, Sasaki R, Aiso I, Kuwano T. Short-term intake of a Japanese-style healthy lunch menu contributes to prevention and/or improvement in metabolic syndrome among middle-aged men: a non randomized controlled trial. *Lipids Health Dis.* 13:57. 2014.
- [5] Iwamoto, M., K. Yagi, K. Yazumi, A. Komine, B. Shirouchi and M. Sato. 2013. Eating a healthy lunch improves serum alanine aminotransferase activity. *Lipids in Health and Disease* 12: 134. doi: 10.1186/1476-511X-12-134
- [6] World Health Organization. 2011. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Geneva, 8–11 December 2008. Geneva: WHO.
- [7] He Y, Zhai F, Ma G, Feskens EJ, Zhang J, Fu P, Van't Veer P, Yang X. Abdominal obesity and the prevalence of diabetes and intermediate hyperglycaemia in Chinese adults. *Public Health Nutr.* (2009); 12(8): 1078-84.
- [8] Lirun K, Sewe M, Yong W. A pilot study: the effect of roux-en-Y gastric bypass on the serum MicroRNAs of the type 2 diabetes patient. *Obes Surg.* 2015; 25 (12): 2386-2392.

Situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso.

Lic. en Psic. Martín Antonio Aguilar, M. D. O. Y H.^{1}*

I. RESUMEN

Con una experiencia de más de 30 años en la educación pública superior del Estado de Tabasco, principalmente trabajando con estudiantes de nuevo ingreso, se han detectado carencias en los estudiantes, de tipo académico, de ortografía y redacción, de actitudes ante la vida, de interacción social, familiares y emocionales.

Lo anterior, mediante un estudio de detección de necesidades aplicado a más de 400 estudiantes, se presenta los resultados preliminares, en donde se demuestran situaciones personales y familiares de los estudiantes.

Por lo cual, se propone que, se enfoque, no solamente a cubrir contenidos académicos, sino a fortalecer la personalidad, los valores y las actitudes de los jóvenes.

II. INTRODUCCIÓN

Actualmente la sociedad se enfrenta a una serie de problemas a vencer, que desgraciadamente influye también en nuestros estudiantes llevándolos a conductas poco apropiadas o ideas que afectan su autoestima, su calidad de vida, su salud física, mental y en consecuencia, su desempeño escolar.

Problemas de autoestima, de conducta, de asertividad, de integración familiar y de auto aceptación, afectan día con día en la etapa de la adolescencia e inicios de la edad adulta, por los cambios a los que se enfrenta el ser humano en este periodo de su vida.

A nivel psicosocial el Estado de Tabasco ocupa por algunas de las causas anteriormente descritas, y desde hace muchos años, el primer lugar en suicidios, además tiene relación con agresión y violencia intrafamiliar. Así mismo, en todos los niveles educativos Tabasco es uno de los Estados con más bajo desempeño escolar, alta deserción escolar y poco aprovechamiento.

Las experiencias que los estudiantes viven fuera del salón de clases que tienen que ver con su desarrollo humano, así como los efectos de las mismas en el desempeño escolar son poco conocidas y documentadas por la investigación en Educación Superior, por lo cual no se tiene una concepción completa de los procesos educativos en este nivel. Esta limitación se agudiza por el hecho de que, en la práctica, las actividades extracurriculares, tendientes al desarrollo humano, son vistas como un tema separado de las actividades de formación profesional, por lo que reciben menor atención [1].

A pesar de que las actividades extracurriculares son quizá el reflejo más importante de los intereses y aspiraciones de los estudiantes, las instituciones de educación superior siguen prestando muy poca atención. Al grado que, en la literatura, no se encuentran muchos reportes acerca de la influencia del desarrollo humano en el desempeño escolar de los estudiantes universitarios.

La UNESCO, en la "Declaración mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción" presentada en el "Marco de Acción Prioritaria para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior" establece la necesidad de modificar el proceso de aprendizaje en la educación superior, ya que considera que debido a la velocidad de los cambios sociales es urgente la necesidad de desarrollar una nueva visión y un nuevo modelo de enseñanza superior que se centre en las necesidades y capacidades del estudiante. Para lograrlo, es indispensable realizar, en la mayor parte de los países, profundas reformas a los sistemas y programas de educación, así como una política de ampliación del acceso. En este mismo sentido, y debido al papel fundamental que juega el docente en el proceso de enseñanza aprendizaje, la misma organización sugiere que, además de las diversas responsabilidades del profesor, el docente deberá ser capaz de proporcionar, en su caso, orientación y consejo, cursos de recuperación, formación para el estudio y otras formas de apoyo a los estudiantes, que haga posible el mejoramiento de sus condiciones de vida. [2,3]

Los aspectos social, individual e intelectual del joven no pueden ser vistos de manera aislada, por lo que es necesario trabajar de forma integral, siendo el desarrollo humano una alternativa para mejorar aquellos aspectos del estudiante que le impiden tener una vida plena, transformando su actitud ante la vida y con ello aprovechando su potencial humano y escolar [4].

El desarrollo humano es una alternativa, el humanismo, en filosofía, actitud que hace hincapié en la dignidad y el valor de la persona. Uno de sus principios básicos es que las personas son seres racionales que poseen en sí mismas capacidad para hallar la verdad y practicar el bien.[5,6]

Debido a la inquietud de maestros del área de ciencias de la salud de una universidad pública del estado de Tabasco preocupados por estos hechos visibles en estudiantes de nuevo ingreso, nace la propuesta de que la formación de los estudiantes del nivel medio superior sea de manera integral, es decir que incluya desarrollo personal, física, emocional y mental.

III. OBJETIVOS Y METAS

Conocer cuáles son las situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso en la carrera de Lic. En Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma De Tabasco.

Contar con elementos para la realización de un Taller de Desarrollo Humano.

Meta: Aplicar un diagnóstico a 500 estudiantes de la DACS de nuevo ingreso.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Clasificación del estudio

Estudio: descriptivo

4.2 Universo y muestra

Está constituida por estudiantes seleccionados inscritos en la licenciatura de enfermería de la Universidad Juárez Autónoma del Estado de Tabasco.

4.2 Criterios de inclusión

Estudiantes.

Inscritos en el ciclo correspondiente.

Que hayan sido seleccionados mediante el procedimiento establecido

4.3 Plan de recolección

La recolección de datos se realizará mediante la aplicación colectiva de un cuestionario de 14 reactivos con preguntas cerradas y dos preguntas abiertas, el cual se pretende que el estudiante conteste sincera y asertivamente.

Su aplicación se realizará en las primeras semanas del semestre.

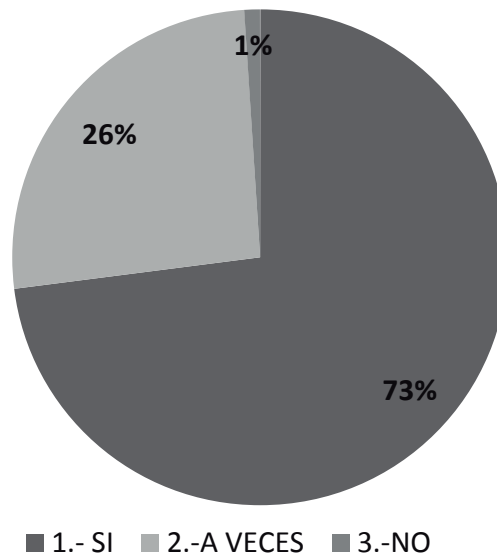
4.3 Plan de análisis

Los datos de la presente investigación serán analizados por métodos de estadística descriptiva, tales como: cuadros simples, porcentajes, gráficas de pastel.

V. RESULTADOS

La población son los 492 alumnos inscritos de la Licenciatura de Enfermería de la DACS – UJAT

Gráfica número 1. ¿Consideras que te aceptas a ti mismo?



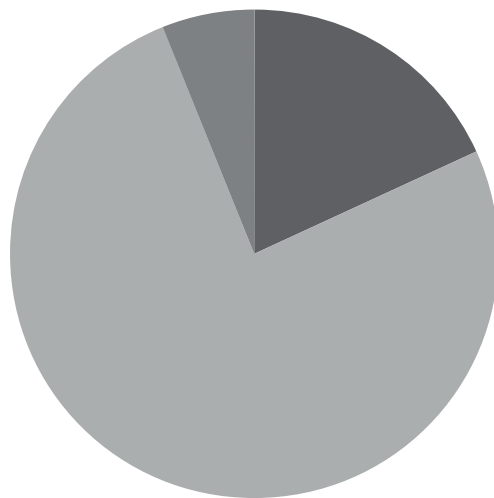
La pregunta 1 indaga: ¿Consideras que te aceptas a ti mismo? Las opciones de respuestas son: R1 son: a. Si

b. A veces c.No.

A a se le da el valor de 1, a b. el valor de 2 y a c. el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- SI	359	72.97
2.-A VECES	128	26.02
3.-NO	5	1.02
	492	100.00

Gráfica número 2. ¿Cómo consideras tu nivel de autoestima?



■ 1.- Sobrevalorado ■ 2.-Nivelado ■ 3.-Bajo.

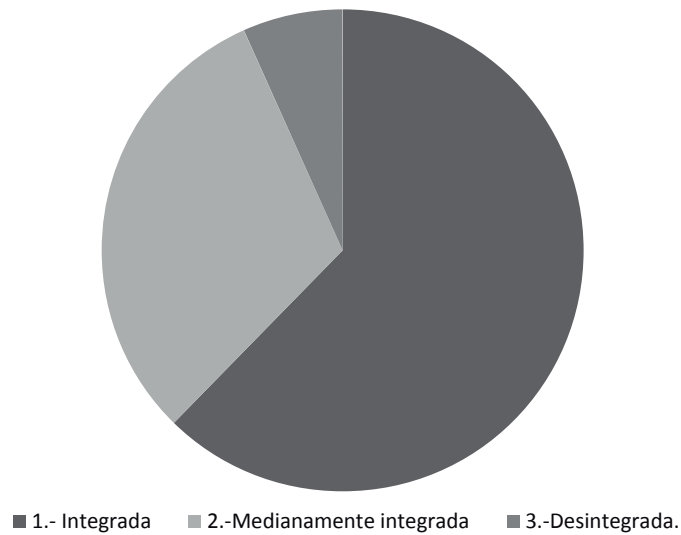
La pregunta 2 indaga: ¿Cómo consideras tu nivel de autoestima? Las opciones de respuestas son: R2 son: a.

Sobrevalorado b. Nivelado c. Bajo.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- Sobrevalorado	89	18.09
2.-Nivelado	372	75.61
3.-Bajo.	30	6.10
TOTAL	491	99.80

Gráfica número 3. ¿Cómo consideras el grado de integración de tu familia?



La pregunta 3 averigua: ¿Cómo consideras el grado de integración de tu familia? Las opciones de respuestas R3 son: a. Integrada b. Medianamente integrada c. Desintegrada.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- Integrada	306	62.20
2.-Medianamente integrada	152	30.89
3.-Desintegrada.	33	6.71
TOTAL	491	99.80

Gráfica número 4. ¿Cómo consideras el trato que recibes de tu familia?

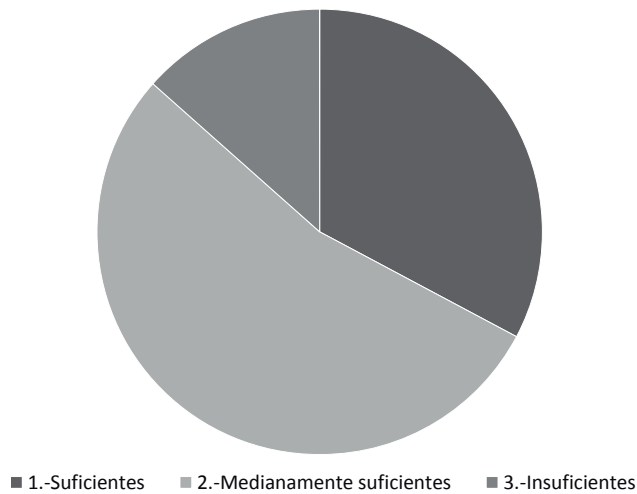


La pregunta 4 averigua: ¿Cómo consideras el trato que recibes de tu familia? Las opciones de respuestas R4 son: a. Aceptación y buen trato b Aceptación media c. Maltrato.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.-Aceptación y buen trato	399	81.10
2.-Aceptación media	87	17.68
3.-Maltrato	6	1.22
TOTAL	492	100.00

Gráfica número 5. ¿Qué tan adecuadas consideras que son (las condiciones económicas de tu familia) para que te ayuden a financiar tu carrera?



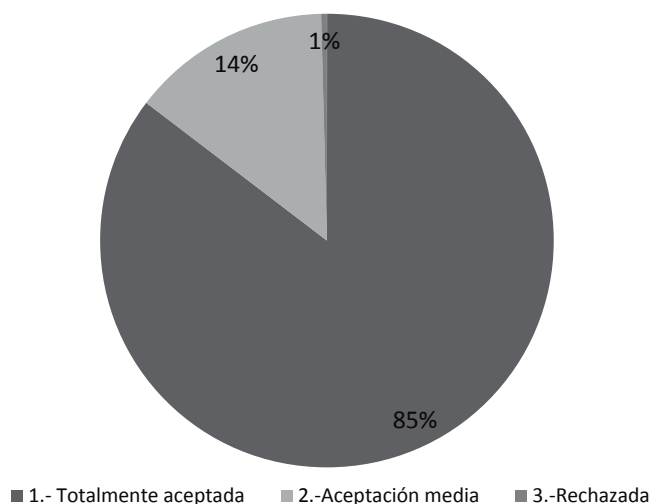
La pregunta 5 inquiriere: ¿Qué tan adecuadas consideras que son (las condiciones económicas de tu familia) para que te ayuden a financiar tu carrera? Las opciones de respuestas R5 son:

a. suficientes b Medianamente suficientes c. Insuficientes.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.-Suficientes	161	32.72
2.-Medianamente suficientes	264	53.66
3.-Insuficientes	66	13.41
TOTAL	491	99.80

Gráfica número 6. ¿Qué tanto consideras o sientes que tu familia acepta lo que estás estudiando?



La pregunta 6 busca saber: ¿Qué tanto consideras o sientes que tu familia acepta lo que estás estudiando?

Las opciones de respuestas R6 son: a. Totalmente aceptada b Aceptación media c. Rechazada.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- Totalmente aceptada	420	85.37
2.-Aceptación media	70	14.23
3.-Rechazada	2	0.41
TOTAL	492	100.00

La pregunta 7 las situaciones que el estudiante ha vivido en su vida, en diferentes circunstancias, para lo cual plantea 27 escenarios diferentes en los aspectos personal y familiar, con la pregunta: 7. En el transcurso de tu vida, ¿Has vivido, ya sea tu o tu familia alguna de las siguientes situaciones.

La frecuencia de respuestas más alta se refiere a las preguntas:

7.11 ¿Te consideras consumidor de algún tipo de droga? Las respuestas a nivel personal son de 1.7% y a nivel familiar es de 9.1%, lo cual es muy bajo.

7.12 Alcoholismo. Las respuestas a nivel personal son del 10.3% y a nivel familiar son de 30.3%, lo que se considera en límites normales.

7.13 Fumar. Las respuestas a nivel personal son de 8.6% y a nivel familiar son de 20.0%

7.14 Algún tipo de farmacodependencia. Las respuestas a nivel personal son del 2.9% y a nivel familiar son de 5.1%.

Al reunir las preguntas 7.11 a 7.14 el porcentaje de respuestas positivas es 23.5% a nivel personal y de 64.5% a nivel familiar, lo cual está en límites normales a altos, sin embargo por la gravedad del tema será conveniente incluir algún subtema sobre drogadicción, que incluya tabaco, alcohol y diferente tipo de drogas y sus efectos negativos.

7.12 Alcoholismo. Las respuestas a nivel personal son del 8.8% y a nivel familiar son de 16.2%, lo que se considera en límites normales

7.21 ¿Has pensado quitarte la vida? Las respuestas a nivel personal son del 14.3% de los casos y a nivel familiar es de 5.1% de los casos.

22 Intento de suicidio. Las respuestas a nivel personal son del 8.6% de los casos y a nivel familiar es del 5.7% de los casos.

Los porcentajes de las preguntas 7.20, 7.21 y 7.22 Este porcentaje es de 41.2% a nivel familiar y a 18.8 a nivel familiar, estos son niveles altos y normales, además, por la importancia de la situación, junto con la pregunta establece la necesidad de algún evento especial buscando indagar más sobre el problema y sobre la búsqueda de su solución. Este tema por su importancia sería conveniente tratarlo fuera del curso de Desarrollo Humano Integral.

7.24 Si eres creyente, ¿Te sientes alejado de Dios y/o de la Iglesia? Las respuestas en la situación personal son del 49,7% de los casos y en el área familiar es del 17,7% de los casos. Este es un punto que requiere ser retomado en el curso de Desarrollo Humano Integral con el nombre de espiritualidad para resolver problemas cómo: soledad, inseguridad e impotencia ante las necesidades de la vida.

7.25 ¿Has sufrido algún robo o asalto Las respuestas a la situación personal son del 24,6% de los casos y a nivel familiar es de 23,4% de los casos, lo cual es alto, por lo cual requiere ser incluido en el curso de Desarrollo Humano Integral con algún subtema cómo recuperación de la sensación de seguridad personal.

La pregunta 8 indaga: Desde que tienes uso de razón, ¿Cómo has sentido el grado en que fuiste deseado por tus padres? La moda de las respuestas es completamente aceptado y querido con el 87,3% de los casos.

La pregunta 9 examina: Considerando que la actitud frente a la vida es lo que piensas y sientes hacia las situaciones diarias que tienes que enfrentar en tu vida general, ¿Cómo consideras tu actitud frente a la vida?

La pregunta 10 explora: Considerando que la actitud frente a la vida es lo que piensas y sientes hacia las situaciones diarias que tienes que enfrentar en tu vida general, ¿Cómo consideras tu actitud frente a la carrera?. La moda de respuestas es con el 76,8%.

La pregunta 11 indaga: ¿Cómo consideras el nivel de confianza que tienes hacia tus padres para platicar tus cosas personales? La moda de respuestas es Regular. Lo cual requiere que se incluya el subtema de Aceptación con los padres en el taller de Desarrollo Humano Integral.

La pregunta 12 inquiriere: ¿Cómo consideras el nivel de confianza que tienes hacia tus padres para platicar tus cosas con respecto a lo que te sucede en la escuela? La moda de respuestas es de Alto.

La pregunta 13 busca saber: Desde el punto de vista socioeconómico, ¿En qué categoría ubicas a tu familia? La moda de respuestas es medio, debido a que existen diferentes fuentes de ingresos y/o se cuenta estrictamente con lo necesario.

La pregunta 14 evalúa: En caso de que se organizará un taller de Desarrollo Humano Integral del Estudiante, ¿Estaría dispuesto a participar? La moda de respuestas es alto con un 59,6% de aceptación. Sería conveniente investigar que se necesita para obtener una mayor aceptación del taller.

VI. CONCLUSIONES

Es importante abordar las áreas que integran al individuo ya que estas son fundamentales en el desarrollo profesional.

Con base en los datos obtenidos en la investigación de Desarrollo Humano que se realizó durante la Semana de Desarrollo Humano y Calidad, el manejo de dichos temas produce un impacto positivo en la población estudiantil.

Dicho impacto en la vida de los estudiantes principalmente se ve reflejado en el área personal y en segundo término, en la espiritual y familiar, esto permitirá resultados favorables en el área académica- profesional.

Siendo el desarrollo humano una alternativa para mejorar aquellos aspectos del estudiante que le impiden tener una vida plena, transformando su actitud ante la vida y con ello aprovechando su potencial humano y escolar.

VII. REFERENCIAS

Berk, L. E., (1992). "Children's private speech: an overview of theory and the status of research".

UNESCO (1998) "La Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción". Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. París, 5 - 9 de octubre.

González Garza Ana María,(1987). "El Enfoque Centrado en la Persona aplicado a la Educación". México: Trillas.

Rugarcía, Armando, "Más allá del aprendizaje y las competencias:hacia el desarrollo integral". Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ingeniería. Boletín Electrónico No. 05 URL_07_BAS04.doc 1 de 10.

Coreth , Emeri, Qué es el hombre. Edit. Paidós. Buenos Aires 2001

Rogers, Carl. (2002). La libertad como creatividad. Edit. Paidós

Coreth , Emeri, (2001).Qué es el hombre. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Principios de oxigenoterapia

Dr. José Antonio Aguilar Ramón ^{1}*

El ser humano desde su nacimiento realiza su hematosis (intercambio de gases entre el alveolo y el capilar de Oxígeno y Bióxido de Carbono, de forma constante. La concentración de Oxígeno en el aire corriente es de 21 % mientras que de Nitrógeno 78 % y 1% de gases raros, polvo o vapor de agua con otros elementos.

El aparato respiratorio tiene tres funciones principales:

- 1.- Proporcionar oxígeno a los hematíes, quienes los transportan a todas las células del organismo.
- 2.- En el metabolismo aerobio, las células utilizan este oxígeno como combustible, para producir energía.
- 3.- El sistema elimina el Dióxido de Carbono (CO₂) del organismo. (1).

Aún durante el esfuerzo sólo requiere de ese 21 % cuando por patologías diversas como las respiratorias, cardiovasculares, metabólicas, intoxicaciones o trauma los requerimientos se incrementan, llegando a necesitar concentraciones entre 85 y 100 % de Oxígeno.

La respiración es el proceso fisiológico mediante el cual el oxígeno que se ha introducido en los pulmones es entregado a los eritrocitos que circulan en la sangre, y que transportan el oxígeno a los tejidos y células de todo el cuerpo, en intercambio con los productos de desecho del metabolismo celular. El oxígeno es esencial para la supervivencia y para la función apropiada de todas las células vivas. Al mismo tiempo, hay que eliminar constantemente los productos intermedios del metabolismo celular de todo el cuerpo. La eliminación de estos desechos, mantiene un ambiente bioquímico equilibrado, que permite a las células realizar sus funciones de forma normal.

La ventilación es el proceso mecánico a través del cual el oxígeno es inspirado profundamente hacia los pulmones y el dióxido de carbono se elimina durante la espiración, la ventilación continua y adecuada, es esencial para el proceso fisiológico de la Respiración. (2).

Durante una ventilación normal en reposo, se introducen en los pulmones aproximadamente 500 ml de aire. Parte de este volumen, unos 150 ml permanecen en la vía aérea como espacio muerto y no participa en el intercambio de gases.

Si el volumen corriente es de 500 ml y la frecuencia ventilatoria es de 14 respiraciones / minuto, puede calcularse el volumen minuto como:

Volumen minuto=500 ml X 14 respiraciones / minuto

Volumen minuto= 7000 ml / minuto o 7 Litros / minuto. (3)

RECONOCIMIENTO DEL COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA Y LA OXIGENACIÓN.

El compromiso de la vía aérea puede ser súbito y completo, insidioso y parcial, progresivo y/o recurrente. La taquipnea, aunque con frecuencia se relaciona con el dolor o la ansiedad, puede ser un signo sutil y temprano de compromiso de la vía aérea o de la ventilación. Por tal motivo es muy importante realizar la evaluación y la reevaluación frecuente de la permeabilidad de la vía aérea y de la suficiencia ventilatoria.

Los pacientes con alteración del nivel de conciencia se encuentran especialmente en riesgo de presentar afectación de la vía aérea y con frecuencia, requieren una vía aérea definitiva (tubo ubicado en la tráquea, con el mango inflado conectado a un sistema de ventilación con oxígeno y asegurado para evitar su movilización).

Pacientes Inconscientes con traumatismos de cráneo, los que tienen trastornos de la conciencia por alcohol o drogas y aquellos con lesiones en tórax pueden tener afectada su ventilación. En estos casos los objetivos de la intubación Endotraqueal son proveer una vía aérea segura, suministrar oxígeno suplementario, mantener la ventilación y prevenir la aspiración.

Mantener la oxigenación adecuada y revertir la hipercapnia, son pasos críticos en el tratamiento del paciente traumatizado en especial en aquellos que han sufrido traumatismos de cráneo. (4).

La taquipnea puede reflejar anomalías pulmonares, sistémicas o metabólicas, y siempre se la debe evaluar detalladamente. La taquipnea es el indicador específico más importante de ENFERMEDAD CRÍTICA.

Por ende debe medirse y documentarse con precisión, la frecuencia respiratoria. Puede aparecer por dolor, ansiedad, pero también puede indicar enfermedad pulmonar, anomalías metabólicas graves, o infecciones. Se debe buscar cianosis, respiración paradójica, simetría en la expansión y profundidad de las respiraciones, uso de músculos accesorios y tiraje traqueal. Un aumento de la profundidad de la respiración (Kussmaul) puede indicar acidosis metabólica grave. Respiraciones periódicas (Cheyne-Stokes) usualmente indican disfunción grave del tallo cerebral o del corazón.

La agitación y la confusión pueden ser consecuencia de la Hipoxemia, mientras que la Hipercapnia usualmente deprime el nivel de conciencia. La baja saturación de oxígeno se puede detectar con la oximetría de pulso, pero esta evaluación a bases no es confiable, cuando hay Hipovolemia, Hipotensión o Hipotermia.

La respiración ruidosa (ronquidos, estridor, sibilancias, gorgoteo) indican obstrucción parcial de la vía aérea. Con obstrucción completa hay silencio respiratorio.

PUNTOS DE ORO A RECORDAR:

El paciente más que intubación requiere de oxigenación adecuada

Dos dispositivos son los adecuados en la Urgencia Respiratoria:

Mascarilla de No Reinhalación con bolsa reservorio

Bolsa Válvula Mascarilla con Reservorio

Ambos dispositivos deben ser utilizados con Flujos de Oxígeno de 10 a 15 Litros por minuto.

La única indicación absoluta de intubación es el Riesgo Inminente de Broncoaspiración

El parámetro para el uso de estos dispositivos es:

Pacientes que respiran más de 10 o menos de 30 en un minuto Mascarilla de No Reinhalación

Pacientes que respiran menos de 10 o más de 30 en un minuto Bolsa Válvula Mascarilla (BVM) con Reservorio.

En paciente Graves con urgencia respiratoria, cardiovascular, metabólica, intoxicados o con trauma grave, aunque de inicio no lo requiera administra Oxígeno de 10 a 15 Litros por minuto, bázate en los parámetros clínicos de Dificultad Respiratoria:

Taquipnea

Taquicardia

Disnea

Tiraje intercostal

Ansiedad

Saturación de Oxígeno menor de 94 %

Cianosis (dato tardío)

Estos datos son los que te indicarán cuándo mejoren o desaparezcan de la recuperación de tu paciente.

Pacientes hipóxicos están irritados, angustiados, coprolálicos, confusos y con mucha disnea.

Paciente hipercápnico están somnolientos, tendencia al sueño, o en coma, se deprime el estado de conciencia

MANEJO DE LA OXIGENACIÓN EN PACIENTES GRAVES O CRÍTICOS.

El primer paso es reconocer la urgencia por disminución de la oxigenación el paciente (hipoxemia) y no cuando presente daño a un órgano blanco (anoxia). Se debe iniciar con el aporte de oxígeno el cual puede ser por suministro en las sales de urgencias de los flujómetros empotrados intramural, o por tanques portátiles con el "D" o el "E" que se detallan su manejo más adelante.

El diagnóstico se basa en el antecedente del paciente así como sus antecedentes, clínicamente por datos de Dificultad Respiratoria o de Insuficiencia Respiratoria (gasometría arterial).

No se debe retardar el aporte de oxígeno en los pacientes graves, de inicio suministrar oxígeno suplementario con mascarilla o BVM. La oximetría de pulso es un auxiliar diagnóstico de insuficiencia respiratoria, pero presenta limitaciones en pacientes con hipotermia, anemia severa o ictericia. (5).

Dispositivos para la Oxigenoterapia:

Suministro de Oxígeno a través de Tomas Intramurales con Flujómetros fijos a pared con aporte de 1 a 15 Litros por minuto.

Tanques Portátiles tipo D de 450 litros.

Tanques Portátiles tipo E de 675 Litros.

Tanques fijos en piso o dentro de ambulancias tipo M de 4357 Litros o más.

Generadores de Oxígeno portátiles para pacientes oxígeno requirentes.

El uso de estos tanques debe ser con muchísimo cuidado de no tirarlos, en caso de atender en el piso a un paciente el tanque se debe acostar, de ahí que en urgencias no utilicemos el borboteador como primera opción de manejo de la Urgencia.

Nunca colocar grasa o aceite en sus uniones, no exponerlos al sol, y dejar siempre una presión de seguridad de 200 libras para evitar la oxidación dentro del recipiente. Los tanques deben ser sometidos a pruebas hidrostáticas a los cinco años de su fabricación y de forma periódica posteriormente con la finalidad de detectar daños, o debilidades en su interior.

Para su manejo se utilizan reguladores de presión adecuados a cada tanque, no se debe dejar presionado con oxígeno después de su uso, por lo tanto la válvula del tanque debe estar cerrada y el regulador despresionado.

La fórmula para saber la duración del aporte de oxígeno del tanque debe considerar una constante de uso en los tanques:

$$\cdot D = 0.16$$

$$\cdot E = 0.26$$

$$\cdot M = 1.56$$

El flujo de uso, se expresa en litros por minuto, se debe sustraer del total la Presión de Seguridad de 200 libras.

La Fórmula es:

$$\text{DURACIÓN DEL OXIGENO} = (\text{Presión del Manómetro} - 200 \text{ Libras}) \times \text{Constante}$$

Flujo expresado en Litros

Nos dará como resultado los minutos de duración del oxígeno.

Mascarilla de No Reinhalación:

No se recomienda el uso de puntas nasales o mascarillas sencillas ya que no dan el aporte requerido en la Urgencia Médica o Traumatológica, por lo que no se utilizan en pacientes Graves o Críticos.

Esta mascarilla esta provista de membranas que obturan de forma parcial una o dos salidas el inspirar se cierran al exhalar se abren permitiendo la salida del aire. Tienen una bolsa reservorio, deben estar ajustadas al paciente con las cintas y el metal del puente de la nariz.

Hay que explicarles si la condición lo permite al paciente para qué es y por qué se va a utilizar. Respetar la autonomía del paciente es un Derecho que debe ser observado y aplicado en todos los pacientes.

El aporte es del 85 al 100 % de oxígeno muy valioso en los pacientes con urgencia que condicione Hipoxia.

Bolsa Válvula Mascarilla con Reservorio:

Existen de diferentes capacidades de 2000 a 1500 para adultos, 1000 a 750 para niños, de 500 para infantes y menos de 400 c.c. para neonatos. El material más idóneo es que sean transparentes, son reusables, pero debe establecerse una política de reuso en el Hospital, para determinar su técnica de limpieza, descontaminación y esterilización. En pacientes con infecciones mortales como HIV o Tuberculosis se deben desechar como R.P.B.I.

Este Dispositivo se utiliza en pacientes con Hipoxia Severa y cuando las frecuencias sean menores de 10 o más de 30 por minuto, el suministrar oxígeno a una Fracción Inspirada del 100 % es con reservorio y la toma abierta de 10 a 15 litros por minuto.

La ventilación se puede dar por un reanimador o dos reanimadores en la sala de urgencias o a nivel prehospitalario.

El paciente debe ser constantemente monitorizado con oximetría de pulso y vigilar su mejoría clínica de aquellos datos que lo llevaron a recibir un aporte de Oxígeno del 100 %.

Oxímetro de Pulso:

La pulsioximetría se ha convertido en la técnica de monitorización respiratoria más utilizada hoy día. Proporciona una información rápida y fiable de la Saturación de Oxígeno en sangre arterial (valores normales 96-100%). Su facilidad de uso, portabilidad, coste y ausencia de riesgo son otras de sus ventajas.

Está indicada en pacientes con enfermedades cardiorespiratorias agudas o crónicas, exacerbadas (EPOC, Asma Bronquial, Insuficiencia Cardíaca), disminución del estado de conciencia (seguimiento en pacientes sedados, traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones) y en el estado de Shock.

Es considerado el 5 signo vital en el paciente Grave o crítico, ha demostrado tener un significativo impacto, en la mejora de la Calidad Asistencial, de una gran variedad de pacientes. Así como el valorar el dolor en todo paciente se considera actualmente como un signo a buscar desde su ingreso, darle un valor numérico y por ende un manejo farmacológico o alternativo.

El reconocimiento precoz de la Hipoxemia, hace más eficiente y efectiva la atención al paciente, favoreciendo el tratamiento de forma oportuna, de los pacientes con déficit de oxígeno. Así mismo, la pulsioximetría es un instrumento eficaz para disminuir el uso de la Gasometría Arterial, fundamentalmente de aquellos casos en que este sin justificación. (6).

CAPNOGRAFIA:

Constituye el complemento ideal de la Pulsioximetría en la monitorización respiratoria, continua. No es invasiva, ya que explora la concentración de CO₂ durante su ciclo respiratorio. Sus valores se refieren generalmente a la concentración tele espiratoria (end -Tidal CO₂ ó EtCO₂) y son reflejo del metabolismo celular, aunque guardan una estrecha relación con la circulación y la ventilación.

En general, subestiman la PaCo₂, pero esta diferencia suele mantenerse constante entre dos y cinco mmHg mientras no cambien otros parámetros funcionales, fundamentalmente los referidos a la relación entre la ventilación y la perfusión. (7).

BIBLIOGRAFIA

- [1] Soubani AO. Non-Invasive monitoring of oxygen and carbon dioxide: Am J Emerg Med. 19:141, 2001.
- [2] Herlihy B, Maebius NK. The Human Body in Health and illness. 3rd. Ed. St. Louis: Saunders; 2003. Págs. 144- 149.
- [3] Dunford JV, David DP. The incidents of transient hypoxia and heart rate reactivity during paramedic rapid sequence intubation, Ann Emerg Med 42:721, 2003.
- [4] Crosby ET, Cooper RM. The unanticipated difficult airway with recommendations for management. Can J Anaesth 1998. 45 (8): 757 – 776.
- [5] Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2003; 342:1301.
- [6] Kelly AM. Review article: Can venous blood gas analysis replace arterial in Emergency Medical Care. Emerg Med Australas 2010; 22:493-8.
- [7] Lim BL, Kelly AM. A meta-analysis on the utility of peripheral venous blood gas analyses in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the Emergency Department. Eur J Emerg Med 2010; 17:246-8.

Vascularización del encéfalo

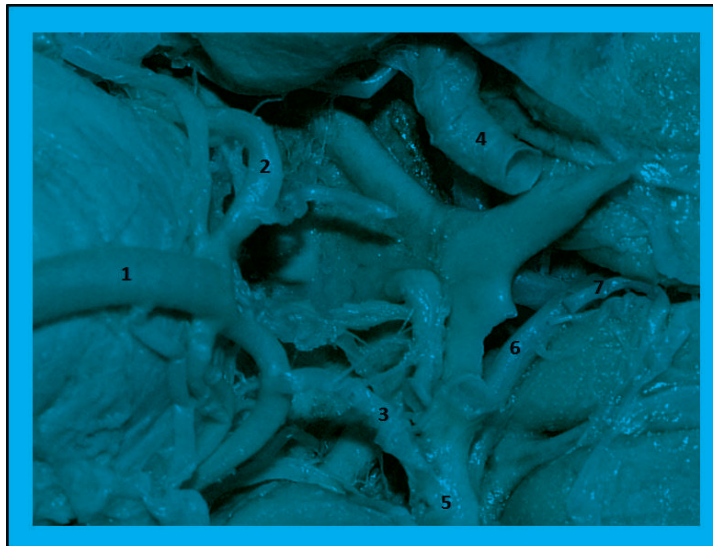
Mtra. Edith Martínez Martínez^{1}, Mtra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego¹*

Mtra. María Guadalupe Jiménez Solís¹, Est. Sandra Morales Alvarado

Est. Darwin Alejandro Suárez Morales

La sangre contenida en el espacio intracraneal, equivale alrededor del 2 ó 3% del total del organismo y corresponde al 15% del gasto cardiaco. El encéfalo posee un volumen sanguíneo de 75 ml y la presión de perfusión cerebral es de 50 a 150 mmHg (Edvinsson, 1993).

El encéfalo se encuentra vascularizado por un circuito arterial denominado polígono del Willis, este se encuentra formado por dos principales arterias la arteria carótida interna y la arteria vertebral (Angerson, 1989).



Polígono de Willis. 1. Tronco basilar. 2. A. Cerebral posterior. 3. A. comunicante posterior. 4. A. carótida interna. 5. A. cerebral media. 6. A. cerebral anterior. 7. A. comunicante anterior.

ARTERIA CAROTIDA INTERNA

Se origina de la bifurcación de la arteria carótida común, a nivel del borde superior del cartílago tiroides (C4). Entra al cráneo a través del agujero carotideo de la roca del temporal (ubicado en la cara exocraneana del piso medio de la base del cráneo) (Latarjet, 2004).

Las ramas colaterales de la arteria carótida interna son el tronco meníngeo hipofisario, arterias hipofisarias anteriores, arterias hipofisarias posteriores, arteria oftálmica, arteria coroidea anterior, arteria coroidea inferior y la arteria comunicante posterior las cuales se describen a continuación:

TRONCO MENÍNGEO HIPOFISARIO

Se origina de la arteria carótida interna a nivel del segmento cavernoso, este tronco emite tres ramas:

1. Arteria tentorial (Bernasconi-Cassinari), que irriga al III Nc. y IV Nc.
2. Arteria hipofisaria inferior que otorga la irrigación de la neurohipófisis.
3. Arteria meníngea dorsal que vasculariza al VI Nc.

ARTERIAS HIPOFISARIAS ANTERIORES

Estas arterias irrigan a la eminencia media del hipotálamo, contribuye a la formación del sistema portahipotálamohipofisario.

ARTERIA INFEROLATERAL DEL SENO CAVERNOSO

Esta arteria irriga a la pared lateral del seno cavernoso, por lo tanto proporciona vascularización: al III Nc, IV Nc, V Nc, VI Nc y el ganglio de Gasser.

ARTERIA CAPSULAR DE MC CONNELL

Esta arteria irriga a la duramadre del seno cavernoso.

ARTERIA OFTÁLMICA

La arteria oftálmica puede originarse a la altura de la apófisis clinoides anterior o en el segmento cavernoso, en su trayecto es acompañada por el II Nc.

En la cavidad orbitaria, la arteria oftálmica origina las siguientes ramas: arteria lagrimal, arteria central de la retina, arteria supraorbitaria, arterias ciliares cortas posteriores, arterias ciliares largas posteriores, arteria muscular superior, arteria muscular inferior, arteria etmoidal posterior, arteria etmoidal anterior, arteria palpebral inferior y arteria palpebral superior, las ramas terminales de la arteria oftálmica son la arteria frontal y la arteria nasal.

ARTERIA COROIDEA ANTERIOR

Se origina a nivel de la arteria comunicante posterior la cual se introduce en el ventrículo lateral, para terminar en el plexo coroideo, en su trayecto irriga a las siguientes estructuras:

1. Tracto óptico
2. Pedúnculo cerebral
3. Uncus
4. Hipocampo

5. Cuerpo geniculado lateral
6. Brazo posterior de la cápsula interna
7. Núcleo ventrolateral del tálamo
8. Cuerpo geniculado lateral

Una lesión de esta arteria puede dar origen a hemiplejía, hemianestesia, hemianopsia homónima y contralateral, hemiparesia contralateral o hemihipostesia contralateral (Argente, 2005).

ARTERIA COROIDEA INFERIOR

Esta arteria se origina a pocos milímetros de la emergencia de la arteria comunicante posterior.

Durante su trayecto recorre la cisterna supraselar y se introduce en el ventrículo lateral para terminar en el plexo coroideo a nivel del asta temporal del ventrículo lateral, donde se anastomosa con la arteria coroidea posterior (Edvinsson, 1993).

Irrigación	Correlación clínica
Brazo posterior de la cápsula interna, tracto óptico y cuerpo geniculado lateral.	La lesión de esta arteria origina la triada conformada por: hemiplejía contralateral, hemianestesia y hemianopsia homónima.
Vía sensitiva de la cápsula interna y núcleo ventrolateral del tálamo.	Se produce la hemihipoestesia contralateral.

ARTERIA COMUNICANTE POSTERIOR (ACP)

En la mayoría de los individuos se caracteriza por ser una arteria delgada, permite la comunicación entre las arterias cerebrales media y posterior.

Una rama importante de la ACP, es la arteria polar (arteria tuberotalámica) que irriga la porción anteromedial y anterolateral del tálamo.

Las ramas terminales de la arteria carótida interna son la arteria cerebral anterior y la arteria cerebral media.

ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR (ACA)

Se origina de la bifurcación de la arteria carótida interna, a nivel de la apófisis clinoides anteriores. Este vaso rodea la convexidad del lóbulo frontal y se divide en cinco segmentos arteriales:

Segmento A1 proximal se localiza a nivel de la arteria comunicante anterior.

Segmentos distales A2 y A3 son ascendentes.

Segmentos A4 y A5 son horizontales y se relacionan con los lóbulos frontal y parietal.

La arteria cerebral anterior irriga a las siguientes estructuras:

1. Cara interna de los lóbulos frontal y parietal.
2. Porción anterior del cuerpo caloso.
3. Corteza frontobasal (lóbulo frontorbitario).
4. Diencefalo anterior.

Las ramas de la ACA son la arteria recurrente Heubner y las arterias perforantes.

ARTERIA RECURRENTE HEUBNER

Se origina a nivel de la arteria comunicante anterior, es una rama perforante que irriga a las siguientes estructuras:

1. Cabeza del núcleo caudado
2. La porción ventral del globo pálido
3. Putamen
4. Hipotálamo anterior
5. La porción anterior y posterior de la cápsula interna.

ARTERIAS PERFORANTES

Se origina en el segmento A1 de la ACA, son aproximadamente 15 arterias, e irrigan a las siguientes estructuras:

1. Rodilla y brazo posterior de la cápsula interna.
2. Hipotálamo
3. Putamen anteroventral
4. Comisura anterior
5. Fórnix
6. La porción anterior del cíngulo
7. La cabeza del núcleo caudado

Correlación clínica de la ACA

La lesión de la arteria comunicante anterior dará origen a algunas alteraciones patológicas tales como manifestaciones motoras: hemiparesia de la extremidad superior e inferior contralateral y monoparesia crural contralateral, déficit de hemicuerpo contralateral, mutismo acinético, síndrome de desconexión del cuerpo caloso o síndrome de la mano aliada o ajena (Argente, 2005).

ARTERIA CEREBRAL MEDIA (ACM)

Es la rama principal y terminal de la arteria carótida interna y sitio común de los eventos isquémicos. (Dimmick, 2009). Radiológicamente se clasifica en cuatro segmentos:

Segmentos	Corresponden
M1	Desde el origen de la arteria cerebral media hasta el limen de la ínsula.
M2	Inicia en el limen de la ínsula hasta el giro circular de la ínsula.
M3	Se extiende desde el giro circular de la ínsula hasta el surco lateral de Silvio.
M4	Desde el surco lateral de Silvio hasta las ramas corticales.

La ACM a nivel del limen de la ínsula se divide en ramas profundas y superficiales.

ARTERIAS PERFORANTES LENTÍCULOESTRIADAS

Son las ramas profundas de la arteria cerebral media que vascularizan a los ganglios basales, cápsula interna y la corona radiada.

Estas arterias se relacionan con los infartos de tipo lacunar y lenticuloestriados.

La lesión de esta arteria origina hemiplejía contralateral armónica, hemiparestesia contralateral, desviación ocular conjugada, afasia global, negligencia espacial contralateral, anosognosia y anosodiaforia (Platzer, 2005).

RAMAS SUPERFICIALES DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Las ramas superficiales de la arteria cerebral media irrigan a la superficie externa de los hemisferios cerebrales, la ínsula, el claustró y la cápsula extrema. Estas ramas se dividen en dos grupos, el superior-anterior, y el grupo inferior-posterior.

División superior y anterior de la arteria cerebral media

Las ramas superficiales de esta división son: la arteria orbitofrontal, prefrontal, precentral y parietal inferior (Latarjet, 2004).

Ramas de la división superior	Irrigación	Correlación clínica
Arteria orbitofrontal	Lóbulo orbitofrontal y circunvolución frontal media	Alteraciones neuropsicológicas: desinhibición, conducta pueril, moria y aprensión contralateral.
Arteria prefrontal	Circunvolución frontal media y opérculo frontal	Abulia, apatía, falta de flexibilidad mental, negligencia motora y síndrome prefrontal de Luria.
Arteria precentral	Segmento posterior de la circunvolución frontal media y parte anterior de la circunvolución precentral	Paresia contralateral, afasia transcortical motora y síndrome premotor.
Arteria central	Porción posterior de la circunvolución precentral y porción anterior de la circunvolución postcentral	Déficit motor de los dedos, alteración sensitiva de cara y miembro superior, afasia tipo Broca y disartria.
Arteria parietal anterior	Región posterior de la circunvolución postcentral y porción anterior de los lóbulos parietales superior e inferior	Síndrome seudotalámico: déficit sensitivo en miembro superior, afasia de conducción, alteraciones viso espaciales y negligencia sensitiva.

División inferior y posterior de la arteria cerebral media

Las ramas superficiales de esta división son: parietal posterior, arteria angular, temporooccipital, temporales posterior, media y anterior (Latarjet, 2004).

Ramas de la división superior	Irrigación	Correlación clínica
Arteria parietal posterior	Porción posterior de los lóbulos parietales superior e inferior, y giro supramarginal.	Síndrome sensitivo cortical contralateral: agrafestesia, asteroagnosia, termoalgesia táctil, afasias de Wernicke y anómica.
Arteria angular	Rama terminal de la ACM que irriga la parte superior e inferior del lóbulo parietal, giro supramarginal y giro angular.	Cuadrantanopsia inferior o hemianopsia contralateral y síndrome de Gerstmann.
Arteria temporooccipital	La porción posterior de los pliegues curvos temporales superior medio e inferior.	Hemianopsia o cuadrantonopsia superior.

Arterias temporales posterior, media y anterior	Porción media y anterior de la circunvoluciones temporales superior media e inferior y el polo temporal.	Afasia de Wernicke, déficit campimétrico, negligencia visual y apraxia constructiva.
-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Los segmentos de la arteria carótida interna son siete y se describen a continuación.

Segmento	Origen y terminación	Relación anatómica
Cervical	Origen: bifurcación de la arteria carótida común a nivel de C4.	Por delante: glándula parótida. Por detrás: vertebrae cervicales.
	Terminación: agujero carotideo de la cara exocraneana de la roca del temporal.	Medialmente: faringe. Lateralmente: Vena yugular interna (VI), X Nc, la vaina carotidea que contiene al plexo venoso carotideo y los nervios simpáticos postganglionales.
Petroso	Origen: canal carotideo.	Este segmento tiene tres porciones dentro de la roca del temporal: vertical, rodilla y horizontal. Se relaciona con las siguientes estructuras: <i>Nervios petrosos superficiales mayor y menor.</i> <i>Músculo tensor del tímpano.</i> <i>Tuba faringotimpánica.</i> <i>Cóclea del oído interno.</i>
	Terminación: foramen lacerum (agujero rasgado anterior).	
Lacerum	Origen: porción distal del canal carotideo.	La arteria carótida interna pasa por encima del agujero rasgado anterior, es acompañada por el nervio petroso superficial mayor así como el plexo venoso y los nervios simpáticos.
	Terminación: porción posterior del seno cavernoso.	
Cavernoso	Origen: borde superior del ligamento petrolingual.	Ramas: tronco meníngeo hipofisario, arteria inferolateral del seno cavernoso, arteria capsular de Mc Connell y la arteria oftálmica.
	Terminación: anillo dural proximal del seno cavernoso.	

Clinoideo	Origen: anillo dural proximal.	La arteria carótida interna entra al espacio subaranoideo, a este nivel puede originar a la arteria oftálmica.
	Terminación: anillo dural distal.	
Oftálmico	Origen: anillo dural distal.	En este sitio se emiten numerosas arterias perforantes que vascularizan al infundíbulo hipofisario, quiasma óptico, al nervio y tracto óptico.
	Terminación: origen de la arteria comunicante posterior.	
Comunicante	Origen: origen de la arteria comunicante posterior. Terminación: bifurcación de la carótida interna.	En este segmento origina la arteria coroidea anterior, posteriormente se bifurca en la arteria cerebral media y la arteria cerebral anterior (esta última se une a través de las arterias comunicantes anteriores).

ARTERIA VERTEBRAL

Es rama de la primera porción de la arteria subclavia, entra al cráneo por el agujero magno.

Esta arteria irriga al bulbo raquídeo, la porción posteroinferior del cerebelo y la región cervical de la médula espinal.

La lesión de esta arteria origina los siguientes síndromes: síndrome bulbar lateral de Wallenberg, síndrome de Ondina y el síndrome bulbar medial.

En la porción intracraneana se anastomosa con su homónima para formar el tronco basilar (Latarjet, 2004).

TRONCO BASILAR

Se forma de la unión de las dos arterias vertebrales intracraneales a nivel de la unión bulboprotuberencial.

El tronco basilar origina las siguientes arterias:

Arteria	Irrigación
Arterias penetrantes mediales y paramediales	Irrigan la región medial del mesencéfalo y el tálamo.
Arterias circunflejas cortas	Vascularizan la base de la protuberancia anular.
Arterias circunferenciales largas	Regiones laterales del tegmento protuberencial.
Arteria cerebelosa anteroinferior	Cara lateral del tegmento protuberencial, pedúnculo cerebeloso medio, flóculo y la superficie anterior del cerebelo.
Arteria cerebelosa superior	Cara lateral del puente, tegmento mesencefálico, región superior del vermis, hemisferios cerebelosos y el tegmento pontino medial.

Correlación clínica del tronco basilar

La lesión del tronco basilar dará origen a las siguientes patologías: síndrome protuberencial, síndrome de enclaustramiento-locked-In, síndrome de uno y medio de Fisher, Bobbing, compromiso bilateral de protuberancia o síndrome de top de la basilar (Latarjet, 2004).

Las ramas colaterales de la arteria vertebral son la arteria espinal anterior, arterias espinales posteriores, arterias medulares y la arteria cerebelosa posteroinferior.

ARTERIAS CEREBELOSAS

El cerebelo es un órgano infratentorial del sistema nervioso central, esta irrigado a través de tres pares de arterias:

Arteria	Origen	Irrigación	Correlación clínica
Arteria cerebelosa posteroinferior	Arteria vertebral	Región posteroinferior del cerebelo.	Origina vértigo, inestabilidad postural, cefalea, vómito, nistagmo y ataxia de la marcha.
Arteria cerebelosa anteroinferior	Tronco basilar	Territorio profundo del cerebelo, flóculo y el pedúnculo cerebeloso medio.	Disartria, paresia, parestesia facial, tinitus, alteración sensitiva del trigémino y sordera.
Arteria cerebelosa superior	Tronco basilar	Superficie superior de los hemisferios cerebelosos.	Disartria de las extremidades ipsilaterales, dismetría y ataxia de marcha.

Rama terminal de la arteria vertebral

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR (ACP)

La bifurcación del tronco basilar da origen a la ACP, a nivel del surco pontomesencefálico, durante su trayecto atraviesa a las cisternas interpeduncular, Ambiens y cuadrigeminal.

La ACP irriga al mesencéfalo, tálamo, lóbulo occipital, porción posteroinferior del lóbulo parietal, la porción inferior y media del lóbulo temporal (Nolte, 2007).

Debido al trayecto y relación de la ACP, se divide en tres segmentos:

Segmentos	Ramas
Precomunicante	Arterias perforantes paramedias mesencefálicas Arteria talámo-subtalámica Arteria coroidea posteromedial
Poscomunicante	Arteria talamogeniculadas Arteria perforantes mesocefalias laterales Arteria coroidea posterolateral Arteria temporal anterior
Cuadrigeminal	Arterias corticales Arteria temporal posterior Arteria parietooccipital Arteria calcarina

Correlación clínica de la ACP

La lesión vascular del giro angular origina: alexia con agrafia y síndrome de Gestmann, la lesión en región occipital y temporoparietal da lugar a patologías como agnosia visual, ceguera cortical y síndrome de Anton, el infarto de la ACP en el hemisferio dominante ocasiona un compromiso en el lenguaje y la memoria, así como alexia sin agrafia y anomia de colores, el Infarto a nivel del origen de la ACP induce sopor profundo e hipersomnia, déficit amnésico sensitivo y campimétrico, así como el trastorno de la mirada vertical. la isquemia en el pie mesencefálico origina hemiplejía, el paciente con lesión de la arteria talámo-subtalámica presenta trastorno de la motilidad ocular bilateral, alteraciones neuropsicológicas y de memoria, las lesiones de las arterias talamogeniculadas originan Infarto talámico lateral y el síndrome talámico Dejerine y Rouss, el daño de la arteria coroidea posterior origina alteración del campo visual, la lesión de la ACP a nivel de la cisura calcarina dará origen al síndrome Balint (Argente, 1989).

ARTERIA POLAR

El tercio medio de la arteria comunicante posterior emite a esta arteria, que irriga la región anteromedial y anterolateral del tálamo (Dauber, 2006).

La lesión de esta arteria ocasiona perdida de la espontaneidad, indiferencia afectiva, alteraciones de funciones ejecutivas y trastornos de memoria anterógrada.

BIBLIOGRAFIA

- Angerson, W.J. Blood Flow in the Brain. New York: Oxford University Press, 1989.
- Argente HA, Álvarez ME. Semiología médica: Fisiopatología, semiotécnica y propedéutica: enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005
- Edvinsson, L. Cerebral Blood Flow and Metabolism. New York: Raven Press, 1993.
- Latarjet M, Ruiz Liard A. Anatomía Humana. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- Dimmick S., Faulder K. Normal variants of the cerebral circulation at multidetector CT angiography. RadioGraphics 2009; 29:1027-1043.
- Grossman RI, Yousem DM. Neurorradiología. 2da ed. Madrid, Marban, 2007
- Schünke M et al. Prometheus: texto y atlas de anatomía. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
- Dauber W, Feneis H. Nomenclatura Anatómica ilustrada. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- Platzer W. Atlas de Anatomía con correlación clínica. 9ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
- Nolte J, Angevine JB. The human brain in photographs and diagrams. 3ª ed. Philadelphia: Mosby; 2007.

ÁREA DE EDUCACIÓN EN SALUD

Capítulo 6

Factores que influyen en el desempeño académico de las alumnas madres y/o embarazadas de la licenciatura en nutrición en el ciclo escolar 2013-2 de la DACS-UJAT.

*Anabell Carrillo Navarro, Elena Esther Hurtado Barba, Reyna Felicia Gallegos Domínguez,
Claudia Del Carmen González García*

Capítulo 7

Modelos educativos y la relación con los modelos de gestión de calidad

Lizbeth Barrera Torres

Capítulo 8

Percepción de la calidad en las clínicas odontológicas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

*María Cristina Santiago Pérez, Manuel Higinio Morales García, Heberto Romeo Priego Álvarez,
María Isabel Avalos García*

Capítulo 9

Rezago escolar de estudiantes en un modelo de educación híbrido: licenciatura en enfermería en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

*Verónica Guadalupe Carrera Paz, Adelfo García Jiménez, Elizabeth Aguilar Aristigue,
Gabriela Vicente Ramírez*

Capítulo 10

Satisfacción del servicio social y pertinencia de la formación profesional de los alumnos de la licenciatura en nutrición de la DACS-UJAT.

*Ligia Araceli Barragán Lizama, Alma Mileira Zetina Esquivel, Rossana Patricia Gallegos Gallegos
Conny Pineda Pérez, Víctor Fernando López Lucio*

Capítulo 11

Efecto antiespasmódico del orégano vs fármaco comercial en la disminución de los síntomas provocados por la dismenorrea primaria en mujeres de 18-25 años de Villahermosa, Tabasco

Mtro. Luis Fernando Trujillo Castillo, Nury Hernández Díaz, Marisol Salas Magaña

Factores que influyen en el desempeño académico de las alumnas madres y/o embarazadas de la licenciatura en nutrición en el ciclo escolar 2013-2 de la DACS-UJAT.

MCE. Anabell Carrillo Navarro, MCSP. Elena Esther Hurtado Barba

Reyna Felicia Gallegos Domínguez, Claudia del Carmen González García

I. RESUMEN

El objetivo: Determinar los Factores que influyen en el desempeño académico de las alumnas madres y/o embarazadas de la Licenciatura en Nutrición en el ciclo escolar 2013-2 de la DACS-UJAT. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se elaboró en dos periodos; se detectaron 22 alumnas madres o embarazadas. se aplicó un instrumento de 31 reactivos que contempla factores educativos, que intervienen en el desempeño académico. Resultados: 40.9 % viven en unión libre, 31.8 % son casadas, 72.7 % tienen un hijo, al 54.5% les respetan el tiempo que dedican a sus actividades académicas, para el 77.3 % es complicado ser madre y estudiante, el 45.5 % tiene inasistencia por alguna enfermedad. Conclusión: Los principales factores que se interponen en el desempeño académico de las alumnas madres o embarazadas son: falta de tiempo que se les ha reducido, como son no les respetan el tiempo que dedican a sus actividades académicas, se les complica ser madre y estudiante a la vez, de 1 -2 horas dedican a sus actividades académicas fuera de la casa, el rendimiento académico ha bajado ahora que son madre, La inasistencia a clases, se debe por alguna enfermedad, o el cuidado de los hijos.

II. INTRODUCCIÓN

Dado al aumento de embarazos durante el periodo de estudios universitarios, así como la serie de conflictos que conlleva una maternidad paralela al proceso de formación profesional, surge la inquietud de analizar esta problemática a partir de un acercamiento a la población estudiantil de la Licenciatura en Nutrición en el ciclo escolar 2013-2 de la DACS-UJAT.

El embarazo y la maternidad generan cambios que afectan el proyecto de vida de la mujer (1). El papel de madre y estudiante se deben compatibilizar; por un lado, se encuentra el deseo personal de estudiar una carrera, por otro, el rol de madre que se

1 Profesor Investigador, DACS-UJAT.

1 Profesor Investigador, DACS-UJAT.elena_hurtadob@hotmail.com

debe cumplir de acuerdo al estereotipo cultural y las expectativas sociales que en muchos de los casos llega

a sobrepasar la salud física y psicológica tanto de las madres como de sus hijos, deteriorando su calidad de vida

Ya que el papel de madre y estudiante se deben compatibilizar; por un lado, se encuentra el deseo personal de estudiar una carrera, que al igual que al hombre, le permita insertarse en el mundo laboral y responder a sus exigencias; por otro, el rol de madre que debe cumplir de acuerdo al estereotipo cultural y las expectativas sociales que en muchos de los casos llega a sobrepasar la salud física y psicológica tanto de las madres como de sus hijos, deteriorando su calidad de vida(2).

En ocasiones esta condición, crea importantes rupturas con el grupo de iguales y con la trayectoria de vida propia, afectando su desarrollo y el de su bebé, que incluso puede generar el abandono de su formación profesional (3).

El conocer cómo afecta el proceso de gestación o la responsabilidad maternal a su desempeño escolar; es preciso considerar que los primeros semestres del nivel superior las jóvenes todavía pueden considerarse como adolescentes; mientras que otras durante el transcurso de sus estudios de la licenciatura han asumido el papel de jefas de hogar (4).

Los factores escolares se relacionan con indicadores académicos como el promedio de calificaciones, los hábitos de estudio, reprobar varias asignaturas, repetir el año escolar y la baja asistencia, es el punto que las alumnas madres o embarazadas sea principal motivo de causa de baja temporal o definitiva que en el peor de los casos las obliga a abandonar su formación profesional (5).

III. OBJETIVO Y METAS

Determinar los Factores que influyen en el desempeño académico de las alumnas madres y/o embarazadas de la Licenciatura en Nutrición en el ciclo escolar 2013-2 de la DACS-UJAT.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de investigación: Descriptiva- Tipo de estudio: Transversal

Límites: Universo: 318 alumnas. Población de estudio: 22 alumnas; Espacio: Licenciatura en Nutrición DACS-UJAT. Tiempo: febrero 2014 - julio 2016. Sujetos de estudio: Alumnas madres y/o embarazadas de la Licenciatura en Nutrición en el ciclo escolar 2013-2 de la DACS-UJAT. Se utilizó estadística descriptiva y el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para Windows, versión 17.0 para las variables cuantitativas; se calcularon frecuencia y distribuciones. Los resultados se presentaron en tablas y figuras.

V. RESULTADOS

Nuestra población de estudio tiene un rango de edad de 18 a 25 años. Referente al estado civil de las alumnas madres, el 40.9 % viven en unión libre, el 31.8 % son casadas, mientras que el 18.2 % están solteras. (Figura 1)

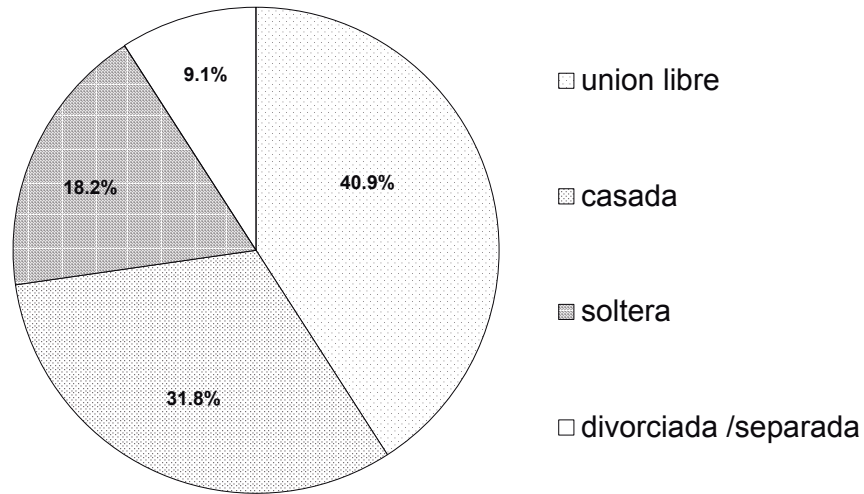


Figura 1 Situación conyugal

El número de hijos de las alumnas, el 72.7 % tienen un hijo, el 13.6 % dos hijos, el 9.1 % tres hijos y el 4.5 % cuatro hijos. Al 54.5 % de las alumnas les respetan el tiempo que dedican a sus actividades académicas y al 45.5 % dijo que a veces. (Figura 2)

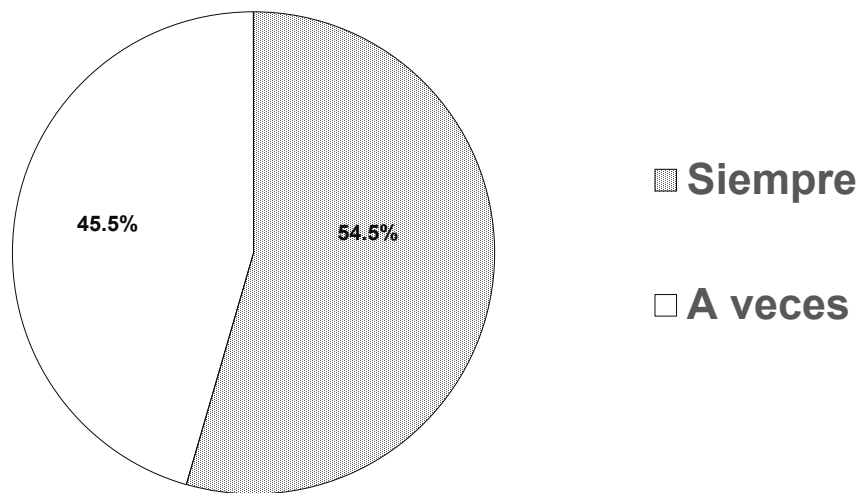


Figura 2 Respetan en casa el tiempo que dedicas a tus actividades académicas

Para el 77.3 % es complicado ser madre y estudiante al mismo tiempo, al 9.1 le es difícil y solo 13.6 % le es fácil. (Figura 3)

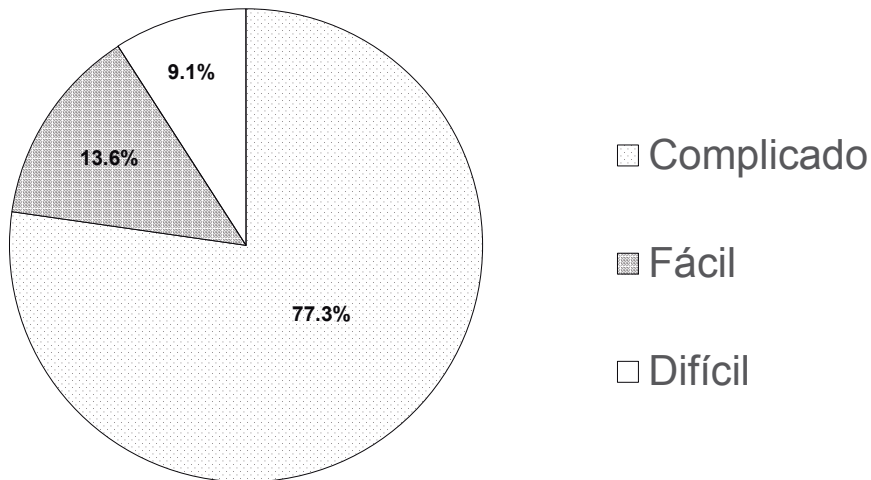


Figura 3 Madre/Embarazada y Estudiante

El tiempo que dedican a sus actividades académicas fuera de la casa, un 59.1 % indica que es de 1-2 horas, el 31.8 % de 3-4horas y solo el 9.1 le dedica más de 4 horas. (figura 4)

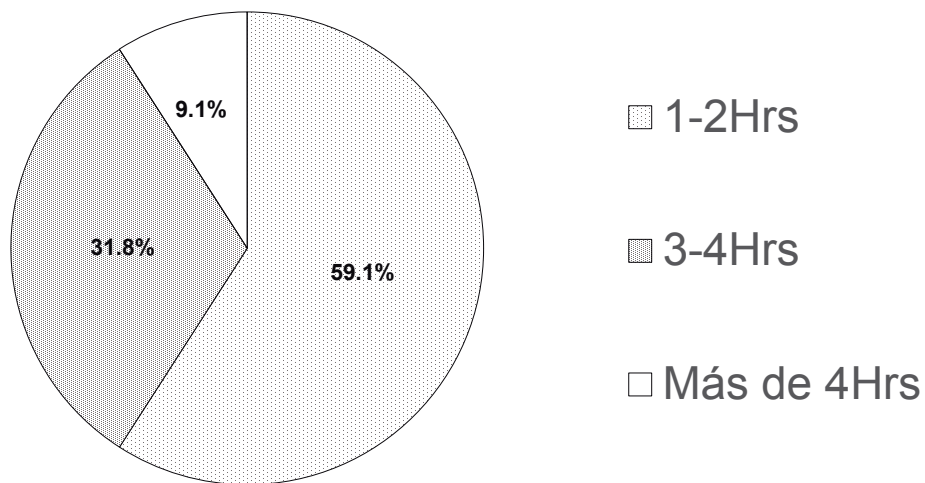


Figura 4 Dedicación a las actividades académicas.

El 54.5 % afirma que su académico ha bajado ahora que es madre. El 75 % considera que la falta de tiempo es uno de los motivos que han afectado su desempeño académico. (tabla1)

	No.	%		No.	%
Si	12	54.5	Falta de tiempo	9	75.0
			Cuidado de los hijos	4	33.3
			Labores del hogar	3	25.0
			Motivos económicos	2	16.7
No	10	45.5			
Total	22	100.0			

El 77.3 % de la población menciona tener dificultades que se interponen en sus actividades académicas, entre las más destacadas se encuentra la falta de tiempo con un 58.8%, seguido del cuidado de los hijos con un 35.3 %. El 40.9 % refiere que a veces han incumplido sus actividades académicas por la responsabilidad que tienen en el hogar, el 27.3 % indica que si ha incumplido y el 22.7 % que no han incumplido.

Las causas principales de inasistencia a clases, el 45.5 % lo hace por alguna enfermedad, 36.4 % por el cuidado de los hijos. (Figura 5) Al 50.0% de la población le enoja faltar a clases, al 31.9% le da tristeza dicha situación.

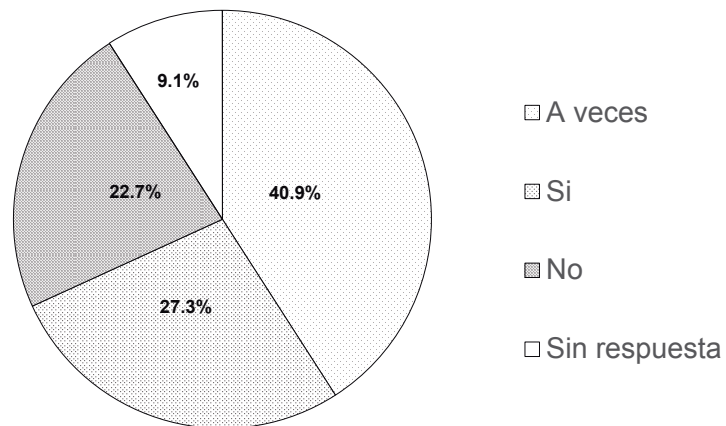


Figura 5 Incumplimiento de Actividades Académicas

El 36.4 % refiere que su desempeño académico es igual comparado con los anteriores cursos, un 22.7 % dicen que es mejor, un 18.2% dice que malo. Para el 40.9% de las alumnas madres ha cambiado la dinámica de estudios, de las cuales el 44.4% es por falta de tiempo, seguido por los hijos con el 33.3%. Entre las alternativas que proponen para mejorar, en el aspecto personal están con el 72.7% tener un mayor compromiso a las actividades académicas (tareas, asistencias, participación). El 54.5% de la población requiere el apoyo de beca, el 22.7% de mentorías, el 13.6 % tolerancia en horario e inasistencia, seguido del 4.5% de material educativo.

Los principales motivos que tie

nen las alumnas madres y/o embarazadas para continuar estudiando son superación personal y darle mejor futuro al hijo (s), ambas con el 86.3%.

VI. DISCUSIÓN

Salazar , Rodríguez y Daza mencionan que una mujer embarazada ya nunca será la misma; no solo experimenta transformaciones del orden físico y psicológico, sino también, en la forma de asumir el mundo, la vivencia de las emociones y su autoimagen, sino también, en el reconocimiento de las implicaciones de un hijo(a) en su vida. Conforme avanza la gestación hay mayor conciencia de la presencia del niño y por lo tanto, de la participación en su proceso de desarrollo. Los roles que emergen ante esta situación y la necesidad de asumir compromisos y responsabilidades, generan cambios en los hábitos, asumiendo nuevas funciones y reestructurando el proyecto de vida (6). Estupiñán-Aponte expresan que es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce las futuras posibilidades de lograr concluir los estudios profesionales y las posibilidades de realización personal. También será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales (7). El estado civil predominante en la población de estudio es: casados y unión libre, datos que coinciden con lo mencionado en el INEGI 2011-2012; de los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 en México donde dice que la situación conyugal predominante de la población en nuestro país es la de casados o viven en unión libre. Las alumnas señalan que ser madre y estudiante al mismo tiempo es complicado.(8) Galicia, Jiménez y Pavón mencionan que el embarazo y la maternidad generan cambios que afectan el proyecto de vida de la joven, ya que el papel de ser madre y estudiante deben compatibilizarse; por un lado, se encuentra el deseo personal de estudiar una carrera, que le permita insertarse en el mundo laboral y responder a sus exigencias; por otro, el rol de madre que debe cumplir de acuerdo al estereotipo cultural y las expectativas sociales que en muchos de los casos llega a sobrepasar la salud física y psicológica tanto de las madres como de sus hijos, deteriorando su calidad de vida. En ocasiones esta condición, crea importantes rupturas con el grupo de iguales y con la trayectoria de vida propia, afectando su desarrollo y el de su bebé, que incluso puede generar el abandono de su formación profesional (9). En nuestra población la disponibilidad

de tiempo para estas actividades es de de 1-2 horas fuera de la escuela. Preciado, Acuña y García hacen referencia que las semanas inmediatas al parto. El ritmo de vida cambia, es menester amamantar o dar el biberón cada 2 horas durante día y noche, las desveladas empiezan a hacer mellas en el estado físico y emocional de la madre; por esa razón ginecólogos y pediatras recomiendan que la madre de familia aproveche los momentos en que él bebe duerme para que ella haga lo propio, a fin de que recupere las energías, esto es prácticamente imposible en las estudiantes, quienes aprovechan ese tiempo para tratar de revisar la biografía, elaborar fichas, su idea es no retrasarse con relación al grupo y además quieren evitar el riesgo de perder el semestre.(10) Las principales causa de inasistencia son: por enfermedad del hijo (s), el cuidado de los hijos y el económico; hecho que puede afectar según lo mencionado en el reglamento escolar de la UJAT: el alumno debe de tener el 80% de asistencia a las sesiones realizadas durante el ciclo escolar para examen ordinario y al menos con el 50% de asistencia para examen extraordinario. Nuestra población afirmó que su desempeño académico actual es igual que en los cursos anteriores. Es significativo el cambio que se ha dado en la dinámica de estudio de las alumnas. Difiriendo de la Universidad de Sucre, que obtuvieron resultados que, para su población la dinámica de estudio no había cambiado (11).

VII. CONCLUSIÓN

Los principales factores que se interponen en el desempeño académico de las alumnas madres o embarazadas son: la falta de tiempo, que se les ha reducido por las múltiples actividades que ahora tienen, como son el que no les respetan el tiempo que dedican a sus actividades académicas, se les complica ser madre y estudiante a la vez, de 1 -2 horas es el tiempo que dedican a sus actividades académicas fuera de la casa, el rendimiento académico ha bajado ahora que son madre, La inasistencia a clases, se debe por alguna enfermedad, o el cuidado de los hijos. Lo que les ha generado incumplimiento de los compromisos escolares.

Entre las alternativas que ellas proponen para mejorar su desempeño académico es: En lo personal “ tener un mayor compromiso hacia las actividades académicas (tareas, asistencia y participación en clase); en lo familiar solicitan “apoyo para el cuidado de los hijos y las actividades propias del hogar que les permita dedicarse más a sus actividades escolares. El apoyo que ellas solicitan por parte de la institución son: becas, mentorías, tolerancia en horario e inasistencia y material educativo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Salazar A, R. L., & R., D. (2007) Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. Consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. Revista : Persona y Biética. XI (29), 170-185.

Galicial, J. L., & S., P. (2006). Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos. Revista: Psicología y Salud 2006. Vol. 16, No. 2, 159-169.

Estupiñan-Aponte, M. R. (2009) Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. Revista de Salud Pública. XVI, 988-998.

Preciado Cortés , F., Acuña Cepeda , M., & García Rivero, M. E. (2005). Repercusiones del embarazo y la maternidad en la vida académica de las estudiantes universitarias. Universidad de Colima y Universidad Pedagógica Nacional. Revista: GénEros.

Bridgeland, J. M., DiIulio Jr, J. J., & Burke, K. (2006). The silent epidemic: Perspectives of high school dropouts. Civic Enterprises.

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (2013). La Educación media superior en México. 2da Edición. México: INEE

Op. Cit. (1)

Op. Cit. (3)

INEGI censo de población 2011-2012

Mera Moreida, G. A. (2009). Incidencia del embarazo en el rendimiento académico de las estudiantes de 14 a 18 años, del Colegio Técnico Uruguay de Portoviejo, durante el periodo lectivo 2005-2006 y 2006-2007. Tesis. Portoviejo, Ecuador.

Op. cit. (2)

Op. cit. (9)

Modelos educativos y la relación con los modelos de gestión de calidad

Lizbeth Barrera Torres

I. RESUMEN

El artículo tiene como Propósito en Primer lugar describir los modelos educativos y las variables que se identifican en cada propuesta presentada como: el Modelo Educativo 2016 de la SEP; Modelo Mauviel (1985); Modelo de Verne (1988); Modelo de Banks (1989), Modelo propuesto por Medina (2009) en segundo lugar se describen los Objetivos, indicadores de modelos de gestión de calidad como: el Modelo Deming (1951); Modelo Malcolm Baldrige (1987); Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad-EFQM (1988); Modelo INTRAGOB de Calidad (2001-2006) Modelo MOCERI (2008). Tercero Lugar hacer mención de Modelos Propuestos e Investigaciones universitarias. objetivo: describir las variables que se relacionan con los modelos educativos y los modelos de gestión por calidad metodología: enfoque cualitativo, análisis de esquema deductivo retrospectivo de artículos relacionado con el estudio, se recurrió a un marco interpretativo en el cual se exponen los resultados preliminares del mismo. De acuerdo al siguiente proceso de cinco pasos, lectura de documentos relacionados con el tema, análisis y síntesis de la información, identificación de los elementos relacionado con los modelos, elaboración de resultados y conclusión.

II. INTRODUCCION

La idea central de los elementos de la evolución educativa es que el proceso educativo cambia a través del tiempo; se inicia con el modelo de educación artesanal y evoluciona hacia la educación escolar.(1,2). La Diferencia Fundamental entre la educación artesanal y la educación escolar es que en la primera hay una vinculación estrecha con el mercado de trabajo y en la segunda el proceso educativo es totalmente autónomo del mercado de trabajo. En la educación artesanal los maestros y los alumnos son, antes de cualquier otra cosa trabajadores y por ello, las normas laborales predominan sobre la educativas y los procesos e intereses laborales subordinan a lo educativo.(1,3). Los fines de la educación están establecidos en el Artículo 3º constitucional y se refieren al desarrollo armónico de todas las facultades del ser humano. Es primordial que la educación se proponga formar a los estudiantes en la convicción y capacidades necesarias para contribuir a la construcción de una sociedad más justa e incluyente, respetuosa de la diversidad, atenta y responsable hacia el interés general .(5)

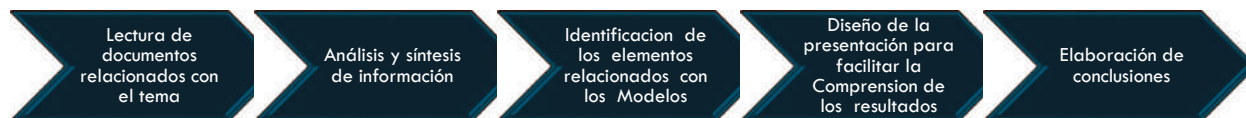
La filosofía que orienta al sistema educativo nacional se encuentra expresada en el Artículo 3º de la Carta Magna. La Constitución establece que la educación es un derecho de los mexicanos que debe tender al desarrollo armónico de los seres humanos. Desde esta perspectiva humanista, la educación tiene la finalidad de realizar las facultades y el potencial de las personas para que éstas, a su vez, se encuentren en condiciones de participar activa y responsablemente en las grandes tareas que nos conciernen como sociedad. Por ello, es indispensable identificar los conocimientos, habilidades y competencias que los niños y adolescentes precisan para alcanzar su plena realización.(5)

III. OBJETIVOS Y METAS

Describir los elementos que se relacionan con los Modelos educativos y los Modelos de Gestión por Calidad Determinar los elementos esenciales de cada modelos educativo y de gestión de calidad para tener la oportunidad de concluir con propuesta a futuro.

IV.- MATERIAL Y METODO

La Presente Investigación de enfoque cualitativo, la recolección de datos se llevó a cabo mediante el análisis de esquema deductivo retrospectivo de artículos relacionado con el estudio, se recurrió a un marco interpretativo en el cual se exponen los resultados preliminares del mismo. De acuerdo al siguiente proceso de cinco pasos:



En el primer paso, se efectuó una revisión documental retrospectiva de diferentes autores, Se efectuó un análisis de los contenidos y se fueron planteando las posturas en relación a los temas y al contexto actual. Una parte fundamental en todo es la integración y presentación de las ideas, por tanto se buscó en todo momento facilitar la comprensión y asimilación mediante esquemas. Por último de acuerdo a la Identificación de elementos relacionado con los Modelos se efectuó una conclusión, en base al estudio.

V. RESULTADOS

MODELOS EDUCATIVOS:

La Educación es y seguirá siendo afectada por la realidad de la sociedad que la envuelve, por lo que ha de tener como referente el Contexto en el que se inscribe y ayudar a mejóralo e incluso a transformarlo. Así los cambios Culturales, sociales, y económicos tienen incidencia en los planteamientos Educativos que han

de reestructurarse y modificarse tanto en la Práctica como en los procesos de Investigación y reflexión.(6)
 Las Escuelas se han Transformado en campos culturales configurados de Formas complejas y diferenciada, ya no es posible pensar en escuelas homogéneas. La pluralidad cultural plantea un escenario en el cual todos los actores deben construir un modelo educativo que permita comprender la realidad Plural de las Culturas y que a su vez se convierta a la escuela en una generadora de construcción cultural; las Escuelas están llamada a convertirse en un ecosistema de plena convivencia y respeto entre todas las culturas.(6)

MODELOS EDUCATIVOS Y ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACION

MODELO EDUCATIVO O ESTUDIO DE INVESTIGACION RELACIONADO.	DESCRIPCION	VARIABLES
MODELO EDUCATIVO 2016 Planteamiento Pedagógico de la Reforma Educativa 1era. Edición Digital .(5)	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Desde inicios del siglo xx hasta nuestros días, una de las principales Características del sistema educativo ha sido su verticalidad. ↳ establece los principios y mecanismos que permitirán una gobernanza efectiva y un funcionamiento Adecuado del sistema educativo. ↳ Esto incluye en primer lugar la Colaboración entre el Gobierno Federal y los gobiernos estatales, también la relación entre la autoridad educativa y el sindicato de maestros. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ la organización ↳ los procesos que tienen lugar en la escuela, ↳ las prácticas pedagógicas en el aula. ↳ el currículo— constituye el corazón del modelo. ↳ Partiendo de un enfoque humanista ↳ avances de las ciencias de la educación, las principales características del currículo. ↳ Escuelas como autonomía de gestión.
Mauviel (1985).	Cada Modelo presentan Características elementales	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Multiculturalismo Paternalista que pretende igualdad de oportunidades mediante programas compensatorios que superen déficit cultural ↳ Educación para la Comprensión cultural aprendiendo a aceptar el derecho de la diferencia ↳ Educación para el pluralismo cultural ↳ Educación bicultural y bilingüe ↳ Educación multicultural entendida como el proceso de aprendizaje de competencia multicultural Educativos
Veme (1988)	El modelo educativo establece los siguientes elementos como enfoques	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Reagrupamiento de los alumnos de cultura igual o similar ↳ Sensibilización de los Profesores acerca de las características y necesidades. ↳ Eliminación de los elementos negativos del Programa de enseñanza
Barris (1989)	Establece los siguientes para dignas	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Compensaciones de privaciones culturales. ↳ Enseñanza de las Lenguas de Origen ↳ Lucha contra el racismo ↳ Actividad o adición étnica: Incorporación de contenidos étnicos al currículum escolar.
Modelo Intercultural Medina (2006).	<p>Ser una interacción en empatía entre las culturas presentes en las clases, que requieren de un escenario de colaboración y de implicación de toda persona grupos con el proyecto formativo común de las escuelas.</p> <p>En el que los objetivos y las competencias que han de adquirir los estudiantes, los saberes y valores han de ser vividos y compartidos entre todos y son percibidos de escuelas como un ecosistema de desarrollo integral para la Cultura y todos sus miembros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Supone de Un proceso continuo. ↳ Como enfoque Holístico afecta a todas las Dimensiones educativas ↳ Como enfoque Inclusivo, supone educación para todos ↳ Percibe la Diversidad como un valor ↳ Es un enfoque transformador.

Tabla Núm. 1 Modelos Educativos y los elementos esenciales de cada uno basada de la Fuente: Bibliográfica no.(6).

Medina (2009) : Señala algunas actitudes que ayudan tanto a los docentes como a los alumnos a prevenir las Dificultades de interacción entre culturas y grupo humanos y que mejoran el clima de la Institución Educativa. A su vez permite obtener ambiente de aprendizaje favorable por tener la oportunidad de Conformar Valores y Principios Culturales. El Docente efectúa comunicación interactiva con la empatía, realiza reconocimiento Mutuo, Conformar la Colaboración hacia el alumno, conforma la igualdad, confianza y realiza encuentro donde le permite desarrollar la superación, la generosidad y la apertura de la relación con el Docente.

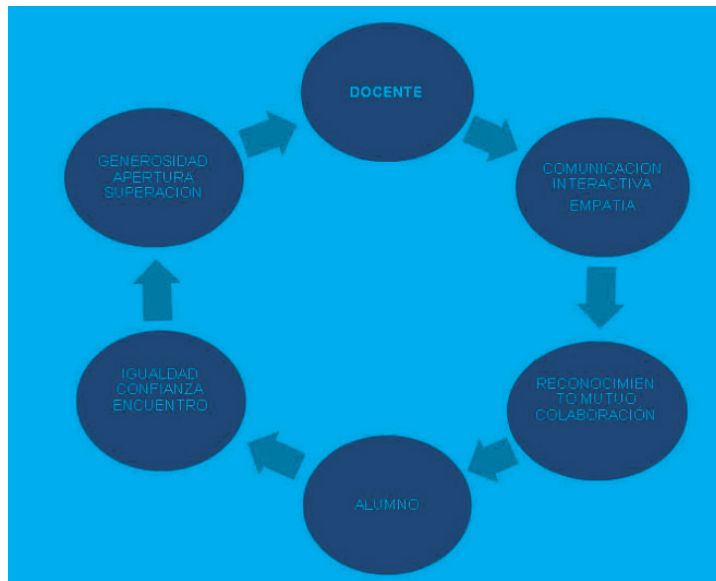


Figura No.1 Actitudes a Fomentar en Educación Intercultural Elaboración Propia a partir de Medina (2009). Cita No. (6)

MODELOS DE GESTION DE CALIDAD

La Importancia de Contar con grandes modelos que fomentan la gestión calidad se relacionan con el mecanismo de desarrollo ordenado y el objetivo de identificar variables competitivas en la mejora de los procesos educativos. El reconocer la relación de cada uno de los criterios de evaluación entre cada modelo permite hacerlas aplicativas por cada organización de una manera ordenada y sistematizada. Es importante considerar el más adecuado a cada organización considerando los siguientes modelos:

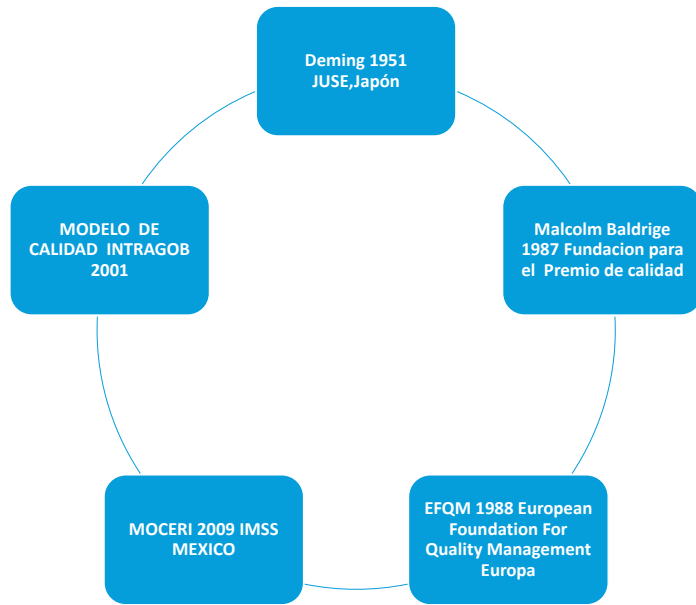


Figura No.2 Modelos de Gestión de calidad Documentado de Cita No (7)

OBJETIVOS E INDICADORES DE EVALUACION DE CADA MODELO DE GESTION POR CALIDAD

MODELOS DE GESTION POR CALIDAD	Deming 1951 JUSE, Japón	Malcolm Baldrige 1987 Fundación para el Premio de Calidad Malcolm Baldrige	E.F.Q.M 1988 European Foundation for Quality Management, Europa	MOCERI 2009 IMSS MEXICO	Modelo de Calidad INTRAGOB 2001
OBJETIVOS DE CADA MODELO DE GESTION POR CALIDAD:	Convertirse en una herramienta con la que mejore y transforme la gestión de la organización en "aprovechosa".	Conseguir una mejora en el desempeño general de la organización y la satisfacción de los consumidores y de los grupos de interés.	Perseguir la eficiencia económica de la organización así como alcanzar y sostener resultados en el tiempo.	Impulsar, evaluar y reconocer competitividad de las diferentes unidades administrativas, integrando principios y su relación con la mejora continua.	Orientado a satisfacer plenamente las expectativas y necesidades de los clientes y ciudadanos en la prestación de los productos y servicios que proporciona la Administración Pública Federal.

Talca Num. 1.- Fuente de: Cita No. 4 página, 203

INDICADORES DE EVALUACION DE CADA MODELO DE GESTION POR CALIDAD	Deming 1951 JUSE, Japón	Malcolm Baldrige 1987 Fundación para el Premio de Calidad Malcolm Baldrige	E.F.Q.M 1988 European Foundation for Quality Management, Europa	MOCERI 2009 IMSS MEXICO	Modelo de Calidad INTRAGOB 2001
1.-Política y Objetivos					
2.-Liderazgo					
3.-Organización y Operación					
4.-Plan Estratégico					
5.-Políticas y Estrategias					
6.-Educación y Difeminación					
7.-Cliente y Enfoque de Mercado					
8.-Dirección de las Personas					
9.-Flujo de Información y su Utilización, Análisis					
10.-Recursos					
11.-Calidad de Producto y Proceso					
12.-Recursos Humanos					

13-Procesos					
14-Estandarización					
15-Desarrollo y Gestión					
16-Satisfacción del Cliente					
17-Gestión y Control					
18-Procesos de Gestión					
19-Satisfacción del Personal					
20-Garantía de Calidad de Funciones sistemas y métodos					
21-Resultado de los negocios					
22-Impacto en la sociedad					
23-Resultados					
24-Resultados empresariales					
25-Planes de Futuro					

Tabla No.-2 Fuente: Cita de Referencia No.(4)

Tablas No 2.- Sustentada de Referencia Bibliográfica No.- (7)

VI. CONCLUSION

Una educación de calidad representa la mejor inversión que puede hacer nuestro país por sus ciudadanos. Por ello, en 2012 se dio inicio a un proceso de reforma que mandata revisar el modelo educativo y exige definir la visión que debe guiar la educación que se imparte en las escuelas públicas de los niveles obligatorios. La responsabilidad no es menor: los niños ingresan a las aulas desde los tres años y egresan al cumplir la mayoría de edad; una parte muy importante de su formación emocional, cognitiva y social se desarrolla en la escuela, con la guía de sus maestros. Una educación de calidad es aquella que forma integralmente a las personas y las prepara para la época que les corresponde vivir.

Como resultado de los avances logrados por la educación, hoy reconocemos el valor de la diversidad, las exigencias de la democracia, de la construcción de la equidad, del ejercicio de las libertades y del respeto a los derechos humanos y el Estado de Derecho. El desarrollo de los individuos y las nuevas formas de convivencia ya no admiten las certezas del pasado.

Propuesta Conformar sistemas de Calidad educativo donde se requiere de las actitudes, experiencias y Conocimientos conformándolo desde una perspectiva de los siguientes Enfoques.

Modelo de excelencia de la EFQM es una herramienta práctica para ayudar a las organizaciones mediante las mediciones, en camino hacia la excelencia, ayudándole a comprender sus lagunas y estimulando la

búsqueda de soluciones. Las Organizaciones utilizan el modelo de excelencia con fundamento para la operativización de las metas, desde la planificación de sus procesos, su realización y la autoevaluación para la revisión de sus proyectos. Por lo tanto el Modelo Europeo de excelencia puede ser utilizado como:

Herramienta para la autoevaluación

Modo de comparar las mejores prácticas entre organizaciones

Guía para identificar las áreas de Mejora

Bases para un vocabulario y estilo de pensamiento común

Estructura para los sistemas de Gestión de las Organizaciones

El modelo de Excelencia de EFQM es un marco no prescriptivo basado en nueve criterios, cinco de ellos "facilitadores o agentes" y cuatro "Resultados". Los criterios "Agente" se refieren a lo que una organización hace. Los criterios "Resultados" se relaciona con lo que la organización logra. Los resultados son causados por los "Agentes" y se mejoran mediante la retroalimentación.

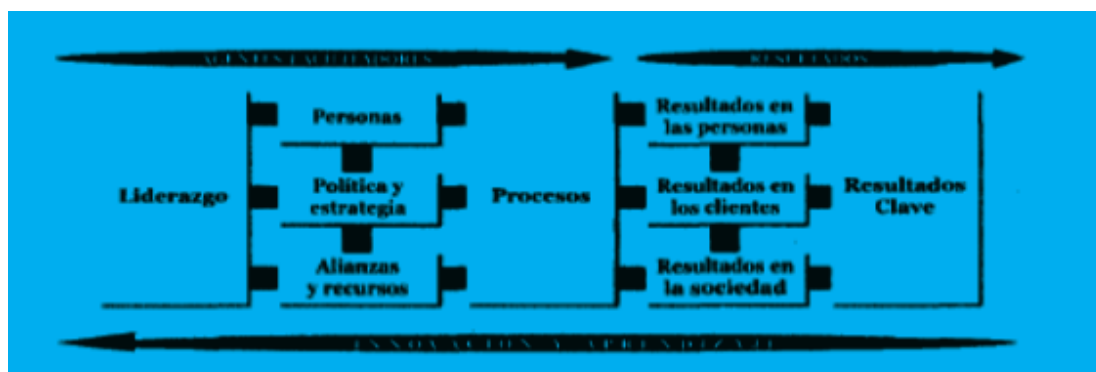


Figura No.3 Diagrama de Modelo de Excelencia de la EFQM Referencia de Cita no.

PROPUESTA DE MODELO PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE PROCESOS EDUCATIVOS UNIVERSITARIOS.

Adaptado del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma internacional NC ISO 9001:2008. Uno de los requisitos fundamentales de esta norma es la mejora de los procesos de ahí se identifica la necesidad de mejorar los Procesos, en el diseño, gestión y evaluación de actividades, para mejorar el desempeño de sus indicadores, la capacitación y satisfacción de los estudiantes y los ingresos que se generan por algunas de sus actividades.

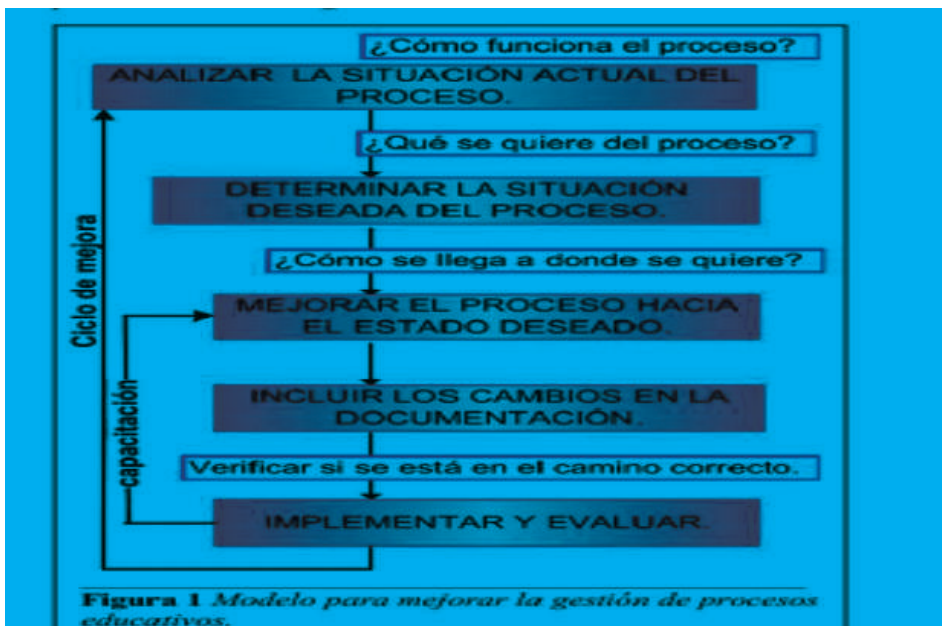


Figura No.(4) Modelo Propuesto por Michelena E. (2010).- Cita No.(9)

Los Modelos de Gestión Educativa adquieren Fuerza a partir de que la UNESCO (Siglas en Inglés para organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) como organismo, el rector de la educación mundial traza una serie de directrices que se conoce como la universidad proactiva. El Objetivo es establecer las políticas y ejecutar las acciones necesarias pertinentes desde la gestión educativa, para obtener los Objetivos deseados.

Se consideran modelos basados en la excelencia de calidad:

International Standardization Organization

International Workshop Agreement

European Foundation For Quality Management.

Estos Modelos se emplean para garantizar una gestión eficaz y la calidad en los Procesos. Como Conclusión es necesario determinar que la gestión de calidad se basa en actividades coordinadas de dirigir y controlar, es necesario la Gestión del cambio en las variables que en marcan punto e importante en la organización mediante un dominio de la dinámica, las fases de organización, la implantación y el proceso del cambio. La gestión de proceso es una variable que engloba las políticas, estrategias, planes y objetivos de sus unidades incluyendo una serie de actividades delimitando sus objetivos en responsabilidad en los procesos de medición, el análisis y evaluación en la mejoría de sus resultados. Al igual fomentar recursos humanos y impregnar la importancia que tiene el obtener raíces culturales de los principios normativos Institucionales educativos, al igual de la manera en que se involucran los procesos administrativos por obtener la gestión de calidad interna, esto considerarlo como fuerzas motriz, el cumplir las variables o criterios de evaluación por normas educativas.

Se necesita en nuevos cambios paradigmáticos organizaciones en el siglo XXI.

Cambios organizacionales

Estructuras organizacionales Flexibles
Valoración del Conocimiento y de la creatividad
Cultura de Compartir la Información
Crear Importancia al factor Humano
Gestión del Talento Humano
Empresas inmersas en ambientes complejos.

Objetivos Institucionales

Crear un clima laboral adecuado
Desarrollar competencias individuales
impulsar el aprendizaje organacional
Promover valores institucionales.
Acciones con total apego a su misión.
Agrupar, sistematizar y desarrollar el conocimiento organizacional

Desafíos

Generar valor a través de la creación del conocimiento
La innovación continúa
Responsabilidad Social.

Nuevos Paradigmas del administrativo.

Sociedad del Conocimiento.
Organización Inteligente
gestión del Conocimiento
Capital Intelectual
Planes de la Organización

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1).- Moreno y de los Arcos E. Hacia una Teoría Pedagógica. México, D.F: Colegio de Pedagogos de México. Universidad Nacional Autónoma de México; 1999.
- (2).- Santoni Rugiu A. Nostalgia del maestro artesano. 2ª ed. México D.F.: Centro de Estudios sobre la Universidad de la Universidad Nacional Autónoma de México y Miguel Ángel Porrúa; 1996.
- (3).- Sönsenski S. Niños y Jóvenes Aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX. Estudios de historia Moderna y Contemporánea de México. 2003;26 (312):45-79 (Consultado el 20 de julio 2016). Disponible en: <http://www.historicas.unam.mx/moderna/ehmc/ehmc26/312.html>
- (4). Córdoba H. J. A , Priego Álvarez R. H; Suarez Lugo N; -Mercadotecnia al Servicio de Salud, Enfoque Multidisciplinario, ISBN 978-607-606-262-3 Año 29 de septiembre de 2015 página 223.
- (5). González A.M; Flores C. G; Modelo Educativo 2016, Secretaría de Educación Pública, 1era, Edición Digital-, 2016, D.R. © Secretaría de Educación Pública, 2016 ISBN: 978-607-623-741-0 pp:(5, 9, 12,87)
- (6).- Ruiz C.A; Modelos Educativos Frente a la Diversidad Cultural: La Educación Intercultural, ISSN 1909-2474 pp: 14 a18.
- (7).- IMSS .La Administración de la Calidad; Instituto Mexicano del Seguro Social Primera Edición 2012, Reforma No.476 Col Juárez 06600 México; D.F ISBN 978-607-8270-16-3.
- (8).- Martínez M. C; Rioperez L.N. (2005).- El modelo de excelencia en la EFQM y su aplicación para la mejora de la calidad de los centros educativos; Universidad Nacional de Educación a distancia pp.35-65 ISSN:1139-613X.
- (9).- Rabell LH, Fernández EM, Torres IG. Propuesta de modelo para mejorar la gestión de procesos educativos universitarios. Ingeniería Industrial .(2010); pag:31

Percepción de la calidad en las clínicas odontológicas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

*Mtra. María Cristina Santiago Pérez, Dr.C.E. Manuel Higinio Morales García
Dr. C.S. Heberto Romeo Priego Álvarez, Dr. C.S. Dra. María Isabel Avalos García*

I. RESUMEN

Para este estudio la percepción de la calidad de los servicios odontológicos se determinó del análisis de la satisfacción del servicio utilizado. El objetivo de este estudio fue establecer la perspectiva de la calidad del servicio de atención odontológica por el usuario en las clínicas de la universidad Juárez autónoma de Tabasco. Método: Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal. El universo de estudio fue de 400 usuarios de la cual se determinó la muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5.0%, obteniéndose 197 usuarios. Se aplicó un instrumento piloteado y validado con el índice de alfa cronbach, el instrumento contenía las variables de estudio: tiempo de espera, condiciones de las instalaciones de atención, información proporcionada sobre su padecimiento y tratamiento, el trato del personal durante la atención y las expectativas cumplidas. Resultados: Los resultados, mostraron que en el enfoque de estructura, los aspectos con menos porcentajes de satisfacción fueron las condiciones de los servicios sanitarios, la ventilación del área de espera, el funcionamiento de los equipos dentales; en contraste con los de procesos, valorados positivamente tales como la amabilidad y cortesía, el trato por el odontólogo, la información proporcionada sobre su padecimiento y tratamiento. En el enfoque de resultados la mayoría de los encuestados percibieron el tratamiento recibido y las expectativas cubiertas sobre su tratamiento como satisfactorias. Conclusiones: La percepción del usuario con relación al servicio otorgado en las clínicas odontológicas es de calidad ya que cumplen con sus expectativas.

II. INTRODUCCIÓN

Una de las estrategias utilizadas para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud. En este sentido la calidad de la atención médica; debe estar enmarcada en el desarrollo de acciones dirigidas a obtener una mejor calidad de vida para la población, y esto se logra ubicando en el centro del proceso; al usuario.

Avendis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que se formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

Para Avedis Donabedian, la calidad es una propiedad que la atención médica debe poseer en grados variables y la valoración que se hace en relación con la calidad de la misma

En este sentido la calidad del servicio es percibida por los usuarios por las características del proceso de atención, la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico, por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, y por sus condiciones relativas a la accesibilidad.

Si se considera que la atención odontológica, es un proceso dinámico de interacción entre el prestador de servicios y el usuario, que se caracteriza por ser una disciplina con características y particularidades propias, es pertinente conocer cuál es la postura y expectativa del usuario con respecto al servicio.

El objetivo de esta investigación se centró en describir la percepción que tienen los usuarios de las clínicas odontológicas centrales de la división académica de ciencias de la salud de la UJAT, respecto a la calidad de la atención con base en las dimensiones propuestas por Donabedian. Durante el periodo agosto-septiembre del 2014, cabe mencionar que en estas clínicas odontológicas los estudiantes realizan sus prácticas clínicas bajo la supervisión de sus profesores y la atención otorgada es de manera integral. Dentro de las dimensiones propuestas por Donabedian se consideró evaluar los siguientes aspectos:

En el enfoque de estructura se determinó la percepción de los usuarios en aspectos relacionados con el tiempo de espera, la eficiencia del personal en la atención, el funcionamiento de los equipos dentales, la disponibilidad del material para ser atendido, así mismo apreciar las características de las instalaciones.

En el enfoque de proceso se valoró la relación interpersonal que hay entre el odontólogo, el usuario y el personal que interviene durante la atención; en este sentido se valorara el trato con la atención brindada, la privacidad, amabilidad y cortesía, confianza y seguridad inspirada, así como la información proporcionada.

En el enfoque de resultados, la percepción con la satisfacción del tratamiento recibido, las expectativas referentes a su tratamiento y la del servicio brindado; fueron también valorados.

III. OBJETIVOS Y METAS

Describir la percepción que tienen los usuarios de las clínicas odontológicas centrales de la división académica de ciencias de la salud de la UJAT, respecto a la calidad de la atención con base en las dimensiones propuestas por Donabedian, enfoque de estructura, proceso y resultado.

IV. MATERIAL Y METODO

4.1 Metodología.

Se consensó un diseño metodológico de tipo exploratorio, descriptivo y transversal. El universo fue de 400 usuarios asistentes a los servicios de las clínicas odontológicas DACS-UJAT, en los meses de agosto a

septiembre de 2015. Se calculó la muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, mediante el uso del software estadístico STATA 2.1 obteniéndose 197 unidades muestrales. Los criterios de inclusión se definieron para los usuarios que asistieron a consulta durante el periodo de investigación, con mínimo dos consultas previas hasta el momento de la entrevista, y que aceptaron participar en el estudio, excluyéndose a los usuarios con alguna discapacidad que les impidiera realizar el cuestionario por sí solos. Las variables se determinaron para valorar la satisfacción de la atención odontológica: con el tiempo de espera, infraestructura, trato digno, información proporcionada y las variables sociodemográficas tales como edad, género, estado civil, ocupación, residencia, escolaridad, ingreso quincenal y Derechohabiencia.

Se encuestó a los usuarios que asistieron a las clínicas odontológicas centrales durante el periodo de estudio, el instrumento fue piloteado con la finalidad de mejorarlo. Se modificaron algunos ítems por cuestiones de redacción y claridad, asimismo para su validación y consistencia se aplicó el alfa de Cronbach el cual resultó favorable con 0.981, de validez. Lo que permitió aplicarlo de acuerdo a los objetivos planteados.

La aplicación del instrumento se realizó en el periodo comprendido de agosto a septiembre del 2015. El instrumento estuvo conformado por cinco apartados: Uno con datos sociodemográficos y con antecedentes del servicio; el segundo, tercer y cuarto apartado se valoraron de acuerdo a los enfoques de estructura, proceso y resultados según la clasificación de Donabedian, para evaluar las acciones dirigidas a la calidad de la atención. El apartado de estructura comprendió la percepción del servicio odontológico con los atributos de tiempo de espera, apariencia del personal, la limpieza de las clínicas, la ventilación del área de espera. En el apartado de proceso se incluyeron la privacidad en la atención, la amabilidad y cortesía, la confianza, información proporcionada, trato del personal, capacidad del odontólogo para escucharlo. En el apartado de resultados la percepción del tratamiento recibido, las expectativas cubiertas y la satisfacción con el servicio recibido.

El quinto apartado incluía una pregunta con 11 opciones de las cuales se debían elegir tres aspectos que consideraban más importantes para brindarle un mejor servicio. Los datos se capturaron en el programa SPSS V.19.0, asimismo los resultados se presentaron en cuadros y gráficos.

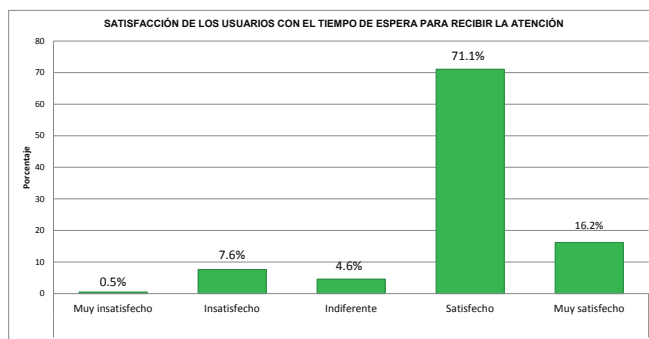
V. RESULTADOS

El 50.3% de los usuarios recibieron atención odontológica en el turno matutino y el 49.7% en el vespertino. El 34.5% de los tratamientos fueron restaurativos, (amalgamas y resinas); el 33.0% tratamientos protésicos, el 19.3% tratamientos quirúrgicos, el 12.2% tratamientos endodónticos y el 1.0% asistieron por una urgencia. Con relación a la atención el 60.4% refirieron ser subsecuentes de los cuales el 26.4% habían acudido a dos consultas previas y el 22.3% esperaban su segunda cita, el 10.2% refirió ser su tercera visita y el 1.5% estaban en tratamiento. Asimismo el 39.6% fueron usuarios que acudían por primera vez a las clínicas. Los resultados obtenidos de las dimensiones de análisis fueron las siguientes

Dimensión de Estructura

Con relación al enfoque de estructura y en la variable de satisfacción con el tiempo de espera, el 71.1% manifestaron estar satisfechos, el 16.2% muy satisfecho, el 7.6% de los encuestados se consideraron insatisfechos, y solo el 0.5% muy insatisfechos. Con respecto a las condiciones de las instalaciones y del servicio, el 97% opinó estar satisfecho con la apariencia del personal refiriéndonos a la vestimenta adecuada para la atención, el 96% refirió estar satisfecho con la eficiencia del personal que le atendió, el 92.3% con la limpieza e higiene de la clínica y el 62% con la limpieza e higiene de los servicios sanitarios.

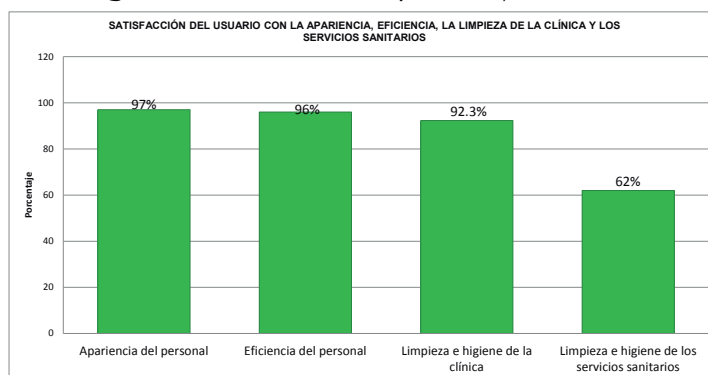
Figura 1. Satisfacción con el tiempo de espera



Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción 2015

En el área operatoria la iluminación fue considerada por el 82.8% como satisfactoria, asimismo el 30.9% considero adecuada la ventilación del área de espera, el 71.1% estuvo satisfecho con el funcionamiento de los equipos dentales y el 71.6% con la disponibilidad del material para ser atendido. En este sentido el 75.7% estuvieron satisfechos con el área de atención, y en términos generales la percepción de satisfacción con relación al enfoque de estructura fue de 93.9%.

Figura 2. Satisfacción con la apariencia y servicios

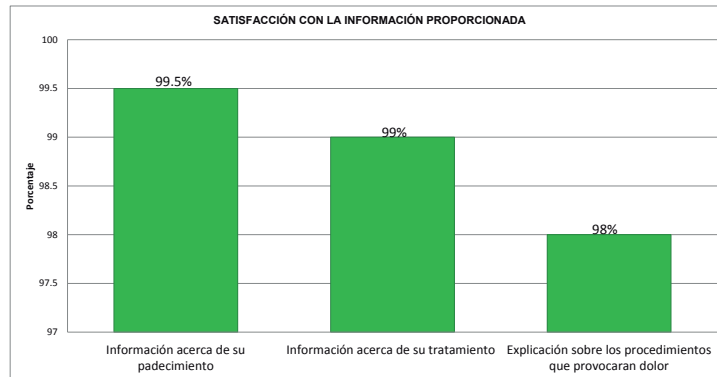


Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción. 2015

Dimensión de Procesos

La percepción de los usuarios sobre la información recibida de parte del odontólogo sobre su padecimiento y tratamiento, el 99.5% estuvo satisfecho con la información sobre su diagnóstico, el 99% con la información de su tratamiento y el 98% con la explicación sobre los procedimientos que le provocarían dolor.

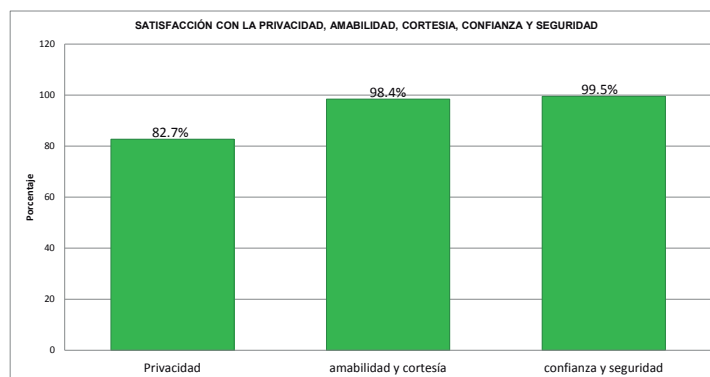
Figura 3. Satisfacción con la información proporcionada



Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción 2015

De acuerdo a las características del trato con la atención que recibieron los usuarios de conforme a su percepción. El 82.7% considero satisfactorio la privacidad, el 98.4% valoro la amabilidad y cortesía del personal durante la atención como satisfactoria y el 99.5% la confianza y seguridad.

Figura 4. Satisfacción la privacidad, cortesía y confianza



Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción 2015

En cuanto a la capacidad del odontólogo para escucharlo el 98.5% de los usuarios se mostró satisfecho, el 99% estuvieron satisfechos con el trato del odontólogo y el 86.3% opino estar satisfecho con el trato por el personal que lo atendió.

La satisfacción general de acuerdo con la percepción de los usuarios con relación a la información proporcionada sobre su padecimiento y tratamiento; así como de las características del trato con la atención brindada, comprendido dentro del enfoque de proceso, fue de 99.5% y solo el 0.5% refirió estar insatisfecho.

Dimensión de Resultados

En el enfoque de resultados la satisfacción y las expectativas del usuario con relación a la atención odontológica, el 99% consideraron estar satisfechos con el tratamiento recibido, el 97% con las expectativas que tenían acerca de su tratamiento y el 97% con el servicio de atención. En este contexto la valoración del servicio en general a través del enfoque de resultados, fue de 98.5% y solo el 1.5% refirió estar insatisfecho. Asimismo el 95.4% de la población estudiada comentó que regresaría nuevamente para la atención odontológica en contraste con el 4.6% el cual indicó que no lo haría.

De manera global las distribuciones porcentuales de los enfoques de estructura, proceso y resultado para valorar la calidad de la atención en las clínicas odontológicas fue de 97.1%.

Con respecto a los aspectos que podrían mejorarse según la opinión de los usuarios destaca, el acondicionamiento del área de espera, la disminución a los costos de los tratamientos, poder agendar citas por teléfono.

VI. DISCUSIÓN

Con relación a la dimensión de estructura, el tiempo de espera para recibir la atención se encuentra de 30 a 45 minutos, estos resultados están por encima de lo estimado según el sistema nacional de indicadores de calidad en salud, el cual menciona que el promedio de tiempo de espera es de 30 minutos¹.

De acuerdo a la satisfacción con el tiempo de espera la mayoría de los usuarios se encontraron satisfechos. Los aspectos de menor porcentaje de satisfacción fueron la limpieza e higiene en que se encontraban los servicios sanitarios, la ventilación del área de atención odontológica así como, la del área de espera, el funcionamiento de los equipos dentales y la disponibilidad del material para ser atendido. Resultados similares a lo encontrado por Betin ², en el estudio realizado para valorar la calidad del servicio estomatológico, los cuales mencionan que entre las dificultades que afectaron la calidad de estructura fueron las relacionadas con el equipamiento para la consulta por escasa cantidad de carpules, anestésicos, seguido de deficientes condiciones higiénicas sanitarias del local, las condiciones del área de espera y deficiente ventilación del área.

En cuanto a la percepción en los proceso con respecto a la amabilidad, cortesía, privacidad confianza y seguridad durante el tratamiento, así como la capacidad del odontólogo para escucharlo, los usuarios refirieron estar satisfechos y muy satisfechos; resultados encontrados en similitud en un estudio de satisfacción de los aspectos técnico-afectivos en estas clínicas recientemente, donde refieren aspectos

positivos en el trato personal y la posibilidad de expresar sus ideas durante la consulta.³

En lo que se refiere al trato proporcionado por el odontólogo el 99% de los usuarios señalaron estar satisfecho; en concordancia con Landa Mora⁴ y colaboradores quienes mencionan que el 82% de los usuarios de los servicios de estomatología del IMSS manifestaron estar satisfechos con el servicio proporcionado por el odontólogo.

La satisfacción con la percepción de los usuarios de las clínicas odontológicas centrales sobre el tratamiento recibido, las expectativas cubiertas acerca de su tratamiento y la valoración del servicio en general a través del enfoque de resultados fue de 98.5% satisfactorio muestra la disposición de los usuarios con la recomendación del servicio a terceros y en un 95.4% valorada la posibilidad de regresar en otra ocasión para su tratamiento dental. Resultados similares a lo encontrado en un estudio donde se menciona que al preguntarle al paciente si regresaría a la misma clínica donde fue atendido, el 95.5% opino que si lo haría. Con relación al porcentaje de satisfacción global alcanzado de 97.1%, se observó que es acorde al porcentaje estimado de satisfacción correspondiente al servicio de atención percibida por los usuarios en la dimensión de resultado y mayor al porcentaje del indicador propuesto en este estudio (90%).⁵ Sin embargo se podría considerar que de este porcentaje de usuarios satisfechos percibieron durante el proceso integral de la atención una adecuada percepción con aspectos como el trato por el odontólogo, amabilidad y cortesía, la información sobre su padecimiento y tratamiento, el tratamiento recibido; que de alguna manera compensan la insatisfacción encontradas en el enfoque de estructura.

VII. CONCLUSIONES

La percepción del usuario respecto a la calidad de la atención odontología de las clínicas centrales de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, es que el servicio brindado es de calidad, ya que en los indicadores propuestos por Donabedian como predominantes en el servicio evaluado como estructura, proceso y resultado, se observaron porcentajes elevados de satisfacción por parte de los usuarios del servicio. En cuanto al enfoque de proceso los aspectos de la relación interpersonal como la amabilidad y cortesía, la capacidad del odontólogo para escucharlo, la confianza y seguridad, fueron valoradas por los usuarios positivamente. Demostrando que los programas educativos cumplen con los objetivos de aprendizaje y formación de los futuros profesionales con calidad y calidez. Lo cual influye en que el paciente considere la posibilidad de recomendar los servicios y regresar en otra ocasión para su atención odontológica.

Por tanto la calidad está relacionada a la satisfacción que expresan los usuarios en cada una de las tres dimensiones en el servicio: instalaciones, la organización y el acto propio odontológico, por lo que un cambio en la satisfacción en cualquiera de ellas afectará el nivel de satisfacción global, ya sea en positiva o negativamente.

VIII. REFERENCIAS

- 1 García MS, Gómez E, Díaz G. Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el servicio de cirugía cardiovascular del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16: 208-214.
- 2 Betin P, Guardela S, Infante F, Díaz C, González M. Satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. Revista de la facultad de ciencias de la salud 2009.
- 3 Morales García MH, Priego Álvarez HR, Avalos García MI. Aspectos técnico-afectivos de la práctica odontológica: valorados por el usuario en el proceso de atención. Rev. Quintana roo 2013; Año 6.
- 4 Landa-Mora F, Francisco-Méndez G, Muñoz-Rodríguez M. Satisfacción de los usuarios con los servicios de estomatología en el IMSS. Revista Médica Del IMSS 2014; 45: 149-155.
- 5 Sánchez Islas A. satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. Instituto de ciencias de la salud área académica de medicina.

Rezagó escolar de estudiantes en un modelo de educación híbrido: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

*MTE. Verónica Guadalupe Carrera Paz, Esp. Adelfo García Jiménez**

MCE. Elizabeth Aguilar Aristigue, MCE. Gabriela Vicente Ramírez

I. RESUMEN

El Curso Complementario de Licenciatura en Enfermería (CCLC) es un programa educativo de blended learning para enfermeros generales adultos, especialmente mujeres; cuatro de cada diez estudiantes de este curso presentan rezago en sus asignaturas, lo cual les impide egresar, cifra coincidente con la media nacional de escuelas con estudios a distancia. El objetivo de la investigación identificar los obstáculos que determinan el rezago de los estudiantes del CCLC. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo. Con una población conformada por 549 estudiantes con una muestra aleatoria de 61 sujetos. El método de recolección fue la encuesta y la técnica el cuestionario, elaborada con 59 ítems. El resultado principal del estudio mostró una población tipo entre 36 y 48 años, de sexo femenino, casada, con dos hijos en promedio. Los obstáculos reportados por los sujetos de investigación para continuar con sus asignaturas fue en orden de importancia: falta de tiempo, problemas familiares, siendo menos importantes la disponibilidad de internet, la falta de asesorías o el diseño instruccional de las guías didácticas. El estudio muestra que son los obstáculos internos los que inciden en el rezago. La existencia de modelos de tutorías podría contribuir a disminuir el índice de rezago en la población estudiada.

II. INTRODUCCIÓN

Elementos de blended learning

Dentro de los elementos subyacentes que se pueden distinguir en el aprendizaje colaborativo, presentes en la modalidad mixto, se encuentran los siguientes (Driscoll & Vergara, 1997, citados en Zañartu, 2003)

Responsabilidad individual: todos los miembros son responsables de su desempeño individual dentro del grupo. Interdependencia positiva: los miembros del grupo deben depender los unos de los otros para lograr la meta común. Habilidades de colaboración: las habilidades necesarias para que el grupo funcione en forma efectiva, como el trabajo en equipo, liderazgo y solución de conflictos.

Interacción promotora: los miembros del grupo interactúan para desarrollar relaciones interpersonales y establecer estrategias efectivas de aprendizaje.

Proceso de grupo: el grupo reflexiona en forma periódica y evalúa su funcionamiento, efectuando los cambios necesarios para incrementar su efectividad (autoevaluación y coevaluación).

Modelos de Blended Learning

En la actualidad existen diferentes modelos de blended learning que se clasifican según el porcentaje de uso de la web comparado con la enseñanza presencial, o según el nivel de integración de Internet en la clase presencial. (Fainholc, 2006). Vera F, (2000) plantea que el aprendizaje combinado ofrece diversos modelos, los que combinan varias opciones, como clases en el aula física, clases en aula virtual, aprendizaje al propio ritmo, y aprendizaje colaborativo.

Para Bartolomé, (2004) blended learning es aquel modo de aprender que combina la enseñanza presencial con la tecnología no presencial. Por su parte García, (2004) y Brodsky,(2003) no ven en la metodología Blended Learning nada innovador, es más bien una metodología que se ha usado por años, lo que sí es novedoso según Mortera (2009) es el estudio científico de este modelo, por su parte Turpo, (2009) plantea que anteriormente la enseñanza tradicional, la que se da cara a cara se apoyaba en elementos tecnológicos, mientras que hoy en día después de un auge de e learning y el surgimiento de problemas en el proceso se está apoyando la educación a distancia con presencialidad. Representa un modelo más amplio que incluye la utilización de escenarios formativos múltiples de acuerdo con la necesidad del que aprende. (Verdú, 2006) Fainholc, (2006) distingue como Blended Learning a los cursos que tienen del 30 al 79% de sus contenidos con un sistema electrónico de gestión de cursos con páginas web articulada con la clase presencial. Otras acepciones del término 'blended learning' son: enseñanza bi-modal, mixta, híbrida, semi-presencial, o web-asistida (Bates, 2003; Boettcher & Conrad, 1999). El aprendizaje combinado (mixto o bimodal) apunta a un modo de aprender en el cual se combina una modalidad de enseñanza y aprendizaje presencial con una modalidad de enseñanza y aprendizaje virtual. Se podría considerar que esta modalidad mixta parece ser una respuesta válida para mejorar la calidad de la educación porque reúne todas las piezas del mosaico. (Forés & Trinidad, 2003; Vera, 2005).

La licenciatura en enfermería, curso complementario se imparte desde 2001 con un modelo híbrido, haciendo uso de recursos tecnológicos y con el acompañamiento de asesorías presenciales grupales programas por unidad de cada asignatura, bajo un enfoque pedagógico constructivista. La demanda educativa está compuesta por personal de enfermería técnico que ejerce la profesión en diferentes Instituciones de Salud del Estado de Tabasco y del sureste de la República Mexicana (Pinto, Figueroa, García, 2001).

Anualmente se inscriben al CCLE en promedio 60 alumnos. Entre 2001 y 2010 se matricularon 549 alumnos en nueve generaciones en su mayoría mujeres, de ellos 155 (28.20%) han concluido todas sus asignaturas, 106 (19.30%) se han dado de baja por diferentes motivos, 55 (10.01%) pertenecen a la última generación quienes aún se encuentran cursando las asignaturas de tercer semestre; en rezago académico se consideran los 233 (42.40%) estudiantes que debieron haber concluido ya el programa. Estos últimos son los que se consideran sujetos del estudio. Se indaga en esta investigación sobre los obstáculos o motivos que han tenido para no concluir el programa.

Serrano & López (1999) plantearon como obstáculos que impiden el desarrollo de la educación a distancia (ead) el desconocimiento de aspectos conceptuales y operativos de la edad, obstáculos propios del

estudiante tales como: problemas de conectividad desde el sitio en el cual se encuentre, sentimiento de soledad, el control de su propio tiempo. Para Von Prümmer (2005) la cuestión de género dentro la educación a distancia, es importante considerándola como una modalidad especialmente amigable para la mujer, por la flexibilidad que los programas a distancia suponen, haciéndose compatible con las otras esferas de sus vidas y la libertad para establecer sus propios horarios dentro de un margen de tiempos.

Con respecto a estudios sobre obstáculos o causas de deserción en América Latina; en México Panchi (2005) reportó el 20% falta de tiempo del alumno, otro 20% por problemas en el asesoramiento, 6% por falta de equipo de cómputo, 6% problemas de salud, entre otros. De Aguinaga (2007) señala las condiciones socioeconómicas y el contexto familiar del estudiante, además de las relacionadas con la estructura del sistema escolar. Mortis, (2010) investigó las causas académicas y no académicas de deserción estudiantil encontrando un índice de deserción de 52% y con respecto a los motivos por los que los estudiantes no continuaron en el programa encontró; cambio de trabajo, problemas de tiempo por el trabajo, problemas económicos, el estudiante desconocía que el programa era virtual al momento de inscribirse, estudiantes que nunca se reportaron, consideraron cara cada asignatura, dificultad con el internet, no contar con equipo de computo, no le gustó la modalidad, un accidente, y problemas familiares como los principales motivos de deserción. Por su parte Orozco (2009) identificó el perfil de los estudiantes que corresponde a mujeres entre 36 a 40 años casadas con por lo menos 2 hijos, laborando en un área relacionada con su formación. En Colombia Vázquez (2007) identificó factores asociados con la capacidad intelectual del alumno, donde él mismo no se adapta a la dinámica de independencia, autorresponsabilidad y auto organización que exige la modalidad de educación a distancia, factores de índole institucional, asociados con los recursos, estructuras, facilitadores y contenidos curriculares, que estén generando elementos motivadores de su deserción. En costa Rica las razones de deserción identificadas según su orden de importancia fueron: trabajo con un 36% problemas de salud con un 26%, viajes y otros con un 15 % cada uno, no así las variables relacionadas con problemas familiares o el cambio de institución educativa con un 0% (Jiminián, 2006).

Responder a la interrogante sobre cuáles son los obstáculos que los estudiantes tienen para concluir sus estudios del CCLE permite a la institución conocer en que variables se pueden realizar cambios que faciliten al alumno egresar del programa, así mismo permitirá evaluar según la percepción de los alumnos con respecto a los asesores, los contenidos de las guías didácticas, el lenguaje.

II. OBJETIVOS Y METAS

Conocer los factores que determinan el rezago escolar de los estudiantes del CCLE en su modalidad abierta y a distancia de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, con el fin de establecer estrategias que permitan a la institución disminuir el índice de rezago de los estudiantes de esta modalidad.

III. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo

4.2 Universo y muestra

La población está conformada por los 596 estudiantes que han ingresado al CCLE desde agosto de 2001 a la fecha. De ellos 233 presentan rezago, manifestado por tener 6 meses o más de inactividad en sus asignaturas.

El muestreo utilizado es el aleatorio simple, en donde todos los elementos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos.

La muestra se calculó en paquete estadístico STATS con los siguientes datos:

N= 233

Error aceptable= 10%

% estimado de muestra: 30

Nivel de confianza: 95%

n= 60

La muestra estuvo conformada por 60 estudiantes del CCLE, quienes presentan rezago académico.

4.3 Método e Instrumento de recolección

La fuente de los datos fue primaria y estuvo constituida por los alumnos con algún rezago en sus asignaturas, la técnica de recolección estuvo compuesta por un cuestionario autodirigido. Dicho cuestionario se dividió en dos secciones principales, la primera sección correspondiente a recabar las características socio demográficas, laborales, escolares y la accesibilidad a la tecnología de los sujetos que conformaron la muestra. La segunda sección se constituyó por 44 ítems en escala likert los cuales exploraron: Motivación intrínseca y extrínseca, percepción del asesor/tutor, diseño instruccional, disponibilidad de equipo de cómputo, obstáculos, recursos tutoriales, estudio independiente.

Análisis de datos

IV. RESULTADOS

Perfil de la muestra.

Se estudió una muestra de 61 estudiantes del curso complementario de la licenciatura en enfermería en la modalidad abierta y a distancia, quienes presentan rezago en sus asignaturas de 6 meses o más y no han concluido su curso.

Los datos de la tabla 1 muestran un 88.5% de estudiantes del sexo femenino y el 11.5% restante del sexo masculino, el estado civil de los encuestados corresponde el 52% a los casados, el 34.4% de la muestra tiene

3 hijos. Para las variables numéricas continuas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión como la media y la desviación estándar. Con respecto a la edad la media es de 42.83 años con una desviación estándar de ± 6.6 .

Tabla 1. Alumnos según características sociodemográficas del CCLE, 2014

Sexo	Frecuencia	Frecuencia relativa
Masculino	7	11.5%
Femenino	54	88.5%
Total	61	100%
Estado civil	Frecuencia	Frecuencia relativa
Soltero	7	11.5%
Casado	32	52.5%
Unión libre	10	16.4%
Divorciado	8	13.1%
Viudo	4	6.6%
Total	61	100%

Fuente: Cuestionario "obstáculos y rezago en estudiantes del CCLE"

Características laborales

Los principales resultados mostraron que el 72.1% tiene un empleo y el 27.9% tiene 2 empleos, el 42.6% labora en el primer nivel de atención del sistema nacional de salud y un 39.3% en el tercer nivel de atención, con respecto a la antigüedad el 39.3% tiene 16 o más años de antigüedad laboral, el puesto que desempeñan los alumnos es en su mayoría el de enfermero(a) general con un 57.4%. (Tabla 2)

Tabla 2. Alumnos según características laborales del CCLE, 2011

Nivel de atención donde labora	Frecuencia	Frecuencia relativa
Primer nivel	26	42.6%
Segundo nivel	11	18%
Tercer nivel	24	39.3%
Total	61	100%
Antigüedad laboral		
2 a 5 años	7	11.5%
6 a 10 años	15	24.6%
11 a 15 años	15	24.6%
16 años y más	24	39.3%
Total	61	100%
Número de empleos		
1	44	72.1%
2	17	27.9%
Total	61	100%
Puesto		
Enfermero general	35	57.4%
Enfermero especialista	4	6.6%
Auxiliar de enfermería	14	23%
Jefe de piso	8	13.1%
Total	61	100%

Fuente: cuestionario "obstáculos y rezago en estudiantes del CCLE"

Horas semanales dedicadas al CCLE

Con respecto a las horas semanales que los alumnos le dedican al CCLE el 39.4% dedican menos de 2 horas a la semana, el 36.1% dedican entre 3 a 5 horas, el 24.6% dedican entre 6 y 10 horas. (Tabla 3)

Tabla 3. Alumnos del CCLE según horas dedicadas al CCLE

Horas	Frecuencia	Frecuencia relativa
3 a 5 hrs	22	36.1
6 a 10 hrs	15	24.6
<2hrs	24	39.4
Total	61	100.0

Fuente: cuestionario "obstáculos y rezago en estudiantes del CCLE"

Disponibilidad de medios y herramientas tecnológicas

Sobre el lugar de acceso a internet, el 57.4% de los estudiantes manifestaron hacerlo en casa, el 42.6% en un ciber, y el 0% lo hace en su centro de trabajo. Con respecto a la propiedad del equipo de cómputo el 39.3% es propio. Sobre la evaluación que hace el alumno sobre su habilidad para manejar la computadora, solo el 23% manifestó estar de acuerdo con una habilidad excelente. (Figura 1)

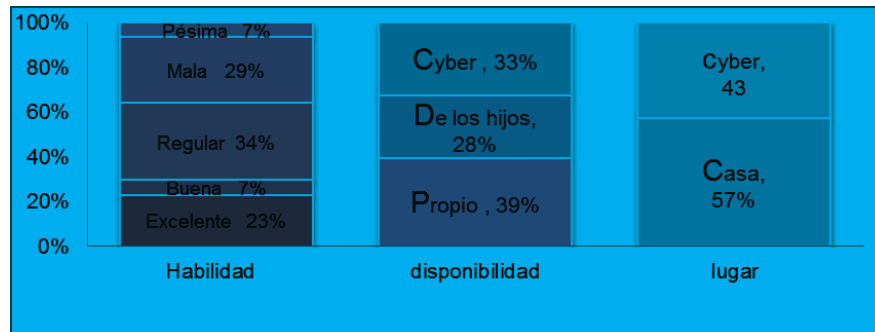


Figura 1. Disponibilidad de medios y herramientas tecnológicas.

Fuente: cuestionario "obstáculos, abandono y rezago en estudiantes del CCLE"

Obstáculos

Se exploraron 5 obstáculos; falta de internet, falta de tiempo, problemas familiares, falta de asesoría y las guías didácticas. Encontrándose que el obstáculo más frecuente entre los alumnos encuestados fue la falta de tiempo con una media de 3.39 puntos, seguido de problemas familiares con una media de 2.50, el obstáculo que menos perciben los alumnos es la falta de asesoría para concluir con su CCLE. (Figura 2)

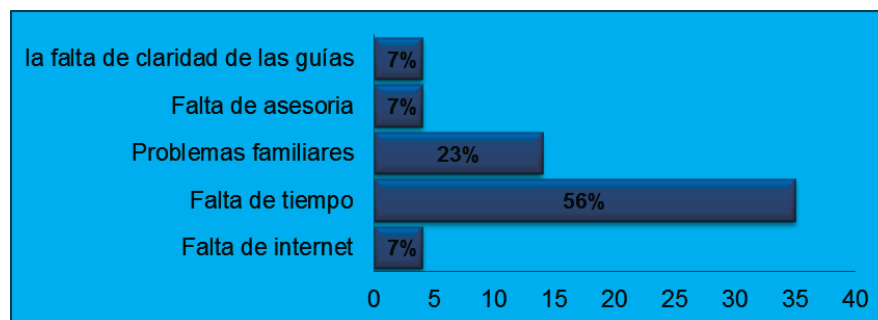


Figura 2. Obstáculos percibidos por los estudiantes.

Fuente: cuestionario "obstáculos, abandono y rezago en estudiantes del CCLE"

V. DISCUSIÓN

El rezago que dificulta la permanencia y egreso del CCLE es un problema multifactorial, según los resultados presentados en el capítulo anterior predominan obstáculos inherentes al alumno, en concordancia con los resultados que reportó Jaik, (2010) tales como el número de horas que dedican a sus actividades escolares, problemas en la organización de su tiempo, la disponibilidad y manejo de equipo de cómputo así como de internet, inasistencia a las asesorías presenciales programadas.

El estudiante del CCLE en general, posee características particulares vinculadas con la profesión; cuidador, dependiente (sigue indicaciones de otro profesional), que se contraponen con el rol necesario del estudiante a distancia, desarrollar habilidades para auto dirigirse, ser autogestor, disciplinado debe ser un proceso gradual dentro del curso, mismo que no se desarrolla en todos los estudiantes. Un hallazgo interesante fueron 13 casos detectados de estudiantes quienes presentaron rezago permanente quienes manifestaron no estar interesados en continuar, debido a la cercanía de su jubilación.

A diferencia de otros estudios los estudiantes del CCLE manifestaron con respecto al lugar de acceso a internet, nunca hacerlo en su centro de trabajo, ya sea unidades familiares, centros de salud, hospitales generales o de especialidad.

VI. CONCLUSION

En los resultados se encontró que los estudiantes del Curso Complementario de la Licenciatura en Enfermería presentan obstáculos para continuar con sus asignatura siendo estos los siguientes en orden de importancia: falta de tiempo, problemas familiares, siendo de menos importantes la disponibilidad de internet.

Los obstáculos se pueden clasificar desde una perspectiva centrada en el estudiante como; internos y externos, el estudio muestra que son los obstáculos internos los que inciden en el rezago.

VII. REFERENCIAS

- Bartolomé, A. (2004). Blended Learning. Conceptos básicos. *Píxel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 23, pp. 7-20. Recuperado de http://www.lmi.ub.es/personal/bartolome/articuloshtml/04_blended_learning/documentacion/1_bartolome.pdf
- Bates, A. (2001): "Como gestionar el cambio tecnológico". Barcelona, Gedisa.
- Blumschein, P. & Fischer, M. (2007). E-learning en la formación profesional: diseño didáctico de acciones de e-learning. Montevideo, Uruguay: Cinterfor/OIT.
- De Aguinaga, C. (2007) La presencia social como elemento minimizador de la deserción en la educación a distancia. *Memoria Virtual Educa 2007*.
- Fainholc, B. (2006) Optimizando las posibilidades de las TIC en educación. *Revista electrónica de tecnología educativa*. Núm. 22. Recuperado de <http://edutec.rediris.es/Revelec2/revelec22/beatriz.pdf>
- Forés, A. & Trinidad, C. (2003) Amalgama o puzzle? El blended learning. *Educaweb*. No. 69. ISSN 1578-5793.
- García, L. (2004). *Blended Learning, ¿es tan innovador?* Editorial del BENED.
- Gonzales, S. (2006) Un modelo Blended learning para la enseñanza de la educación superior. *Virtual educa 2006*. Recuperado el 26 marzo 2011, Recuperado de <http://ihm.ccadet.unam.mx/virtualeduca2006/pdf/133-SGS.pdf>
- Jiminián, Y. (2006) Causas de la deserción en la educación a distancia. El caso de la UAPA. *Revista de educación Superior*. Vol. V No 1 y 2. pp. 7-18.
- Mortera, F. (2002). *Educación a distancia y diseño instruccional: Conceptos básicos, historia y relación mutua*. México, DF.: Taller Abierto. Capítulos 2 y 3. pp. 1-170. Primera Edición.
- Orozco, M., Vizcaíno, J. & Méndez, A. Identificación de factores que obstaculizan la estancia y egreso del estudiante del programa de nivelación a Licenciatura en Trabajo Social, abierto y a distancia. *Humanismo y Trabajo Social*. Vol. 8, pp. 247-258.
- Panchi, A. (2005) factores relacionados con el abandono de estudios de los alumnos de educación superior a distancia. Una experiencia. *Memoria del encuentro internacional de educación superior*. Recuperado de <http://www.um.es/ead/red/10/chiecher.pdf>
- Pinto, B. M., Figueroa, s. L. & García, T. R. (2001) Plan académico del CCLE de la UJAT.
- Serrano, C. & López, L. (1999) Educación a distancia: su polisemia y su prospectiva en la educación pública. *Tiempo de educar*. Vol 1;2 pp 71-92.
- Turpo, O. (2009) Desarrollo y perspectiva de la modalidad educativa blended learning en las universidades de Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Educación*. Vol 50 num 6 2009. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/3002Gebera.pdf>
- Vázquez, C. (2007) La deserción estudiantil en educación superior a distancia: perspectiva teórica y factores de incidencia. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. Vol XXXVII, No 3-4, pp 107-122
- Vera, F. (2008). La modalidad blended-learning en la educación superior. Recuperado 21 de abril de 2011, de

http://www.utemvirtual.cl/nodoeducativo/wpcontent/uploads/2009/03/f/vera_2.pdf

Verdú, C. (2006) Hacia un modelo de aprendizaje combinado en el bachillerato a distancia: b learning. Edutec 2006. Recuperado de: <http://phobos.xtec.cat/ies-m-narcismonturiol/moodle/file.php/1/Edutec%202006/Carmen-Verdu-Jorda.pdf>

Zañartu, L. (2003). Aprendizaje colaborativo: Una nueva forma de diálogo interpersonal y en red. Revista Digital de Educación y Nuevas Tecnologías. Recuperado de: <http://contextoeducativo.com.ar/2003/4/nota-02.htm>

Satisfacción del servicio social y pertinencia de la formación profesional de los alumnos de la Licenciatura en Nutrición de la DACS-UJAT

MCSP. Ligia Araceli Barragán Lizama ^{1}, M. en C. Alma Mileira Zetina Esquivel*

M. en C. Rossana Patricia Gallegos Gallegos, MNC. Conny Pineda Pérez

MNC. Víctor Fernando López Lucio

I. RESUMEN

El presente trabajo fue realizado con los prestadores del servicio social, con el Objetivo: Identificar la satisfacción de las instituciones donde los alumnos de la Licenciatura en Nutrición de la DACS prestan su Servicio Social e identificar la pertinencia de los conocimientos adquiridos durante su formación profesional. Metodología: estudio descriptivo transversal, se evaluaron 53 prestadores. La recolección de datos fue con un cuestionario. Resultados: el sector donde realizan el servicio social es el sector salud (94.3%) y sus principales actividades son clínicas (77.4%), cuentan con un programa de trabajo para las actividades asignadas (79.2%). Los estudiantes en servicio social refieren sentirse agusto en la institución asignada (84%), la coincidencia de su actividad en el servicio social con su formación profesional es media a alta, consideran que el nivel de satisfacción general de la dependencia donde realizan el servicio social es de muy satisfechos (52.9%). Consideran que se debe reforzar el campo de la nutrición clínica (54.7%). Mencionaron que los conocimientos adquiridos durante la formación profesional fueron de buenos a excelentes. Conclusión: la realización del servicio social es una oportunidad para desarrollarse profesionalmente, y conocer el campo laboral; además de considerar pertinentes las actividades del servicio social con su formación profesional.

II. INTRODUCCIÓN

Se entiende como servicio social, las actividades desempeñadas por el alumno durante los últimos periodos de estudios o ya egresado, con la finalidad de prestar un servicio a la comunidad y de poner en práctica los conocimientos adquiridos dentro del área de su especialidad. [1]

El servicio social, surge con dos propósitos fundamentales: vincular al estudiante con su entorno y devolver en forma de acción social, los beneficios que recibió durante su preparación. Tiene como misión contribuir a la formación integral del estudiante y permite, al promover el acercamiento activo de las instituciones de educación superior con la sociedad, consolidar la formación académica del estudiante, desarrollar valores, favorecer la inserción al mercado de trabajo y la aplicación de conocimientos científicos, humanísticos, tecnológicos y culturales, a la solución de los problemas actuales del desarrollo. Por otra parte, favorece la articulación de esfuerzos de las instituciones educativas y los estudiantes, con el sector gubernamental,

productivo y social de las diferentes regiones del país, en programas de responsabilidad compartidas. [2] En este sentido el Modelo Educativo Flexible de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), se han incorporado a los Planes de Estudio el Servicio Social como actividad curricular con valor en créditos y la Práctica Profesional en algunos casos como actividad curricular o extracurricular con o sin créditos dependiendo de cada Plan de Estudios. Desde esta perspectiva, ambas actividades adquieren mayor connotación académica, al constituirse en alternativas educativas para fortalecer la formación profesional del estudiante.

En el Capítulo I de Disposiciones Generales; artículo 3 del Reglamento de Servicio Social y Práctica Profesional de la UJAT menciona que: el Servicio Social es la realización temporal y obligatoria de actividades curriculares o extracurriculares del Área de Formación Transversal dependiendo del Plan de Estudios que se trate, conforme lo contempla el Modelo Educativo Flexible, que llevan a cabo los alumnos inscritos en las licenciaturas de la Universidad, en beneficio e interés de la sociedad, mediante la aplicación de los conocimientos adquiridos, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional. El Servicio Social deberá responder a la formación integral del estudiante y estar acorde a la filosofía universitaria. En el artículo 7 del Capítulo II el Servicio Social en la Universidad tiene como finalidad esencial: Extender los beneficios de la ciencia, la tecnología y la cultura a la sociedad en forma directa o a través de la coordinación de esfuerzos con organismos públicos y privados que comparten con la Universidad propósitos de servicio; otra finalidad es fortalecer en el prestador el significado del Servicio Social como un acto de retribución a la sociedad por los beneficios educativos recibidos; así como fomentar la conciencia de solidaridad con la comunidad, mediante el conocimiento e investigación de sus problemas y la participación en la solución de los mismos; contribuir a la formación académica y profesional del prestador, vinculándolo con los problemas del entorno social del estado, la región y el país; facilitar al prestador la oportunidad de iniciar su desarrollo profesional en el sector privado, cuando la Universidad lo considere oportuno, a través de convenios de colaboración. [3]

El proceso de globalización de la economía, el cambio tecnológico y las nuevas formas de organización de trabajo, exigen a los sistemas de educación y formación profesional crear las oportunidades para desarrollar en los trabajadores, además de las capacidades específicas requeridas por un área funcional de un sector productivo, niveles cada vez mas altos de educación, capacidad de trabajo en equipo, iniciativa, creatividad y capacidad de comunicación en un entorno comunicativo cambiante. Es necesario introducir ajustes constantes en los currículos de educación técnica y de formación profesional, con miras a preparar profesionales con conocimientos, habilidades y actitudes para ejercer actividades y funciones en la amplia gama de procesos de un sector productivo; capaz de resolver problemas y enfrentarse a situaciones contingentes de manera autónoma y flexible.

Para poder ajustar en forma permanente los programas y los procedimientos de evaluación de la pertinencia e impacto de la formación técnica y profesional en el medio laboral, el currículo flexible se convierte en

un instrumento cada vez más útil para los sistemas de la educación y la formación profesional, ya que permite determinar el grado de eficacia de los programas de formación, a nivel de la comunidad egresada. A partir de la evaluación del impacto y desempeño de los egresados en el campo laboral, es posible lograr el ajuste continuo de los programas de formación. La evaluación de impacto en el contexto de la educación y la formación profesional, puede definirse como el proceso mediante el cual se mide y valora la eficacia y pertinencia de los currículos de formación para satisfacer las necesidades y requerimientos de las empresas (instituciones) y de los trabajadores. En el ámbito individual del egresado, se orienta a determinar también, las modificaciones sociales y económicas que pudiesen haber resultado de la formación recibida, o pudiesen atribuirse a su participación en el proceso formativo. [4]

III. OBJETIVOS Y METAS

Identificar la satisfacción de las instituciones donde los alumnos de la Licenciatura en Nutrición de la DACS prestan su Servicio Social e identificar la pertinencia de los conocimientos adquiridos durante su formación profesional.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal. Se aplicó un cuestionario a 53 prestadores del servicio social de la Licenciatura en Nutrición en enero 2015.

La recolección de los datos se realizó en dos etapas:

1ra. Etapa: Se elaboró un cuestionario para la identificar las características de las instituciones donde los alumnos prestan el servicio social; el cual se estructuró para obtener los datos de la investigación.

2da. Etapa: Aplicación del cuestionario. En la última reunión mensual del Programa de Educación Continua para los prestadores del Servicio Social; se les informó el objetivo de la investigación y se procedió a darles una breve explicación, de en qué consistía el cuestionario, una vez de acuerdo se aplicó.

Procesamiento de datos: la tabulación de datos se hizo manual y se realizó por la responsable de la investigación, y para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico de Microsoft Excel. Las medidas empleadas fueron de distribución de frecuencias y proporción, para describir el comportamiento de las variables de la investigación.

V. RESULTADOS

De manera general la mayoría de los estudiantes de la Licenciatura son mujeres (88.7%) y solteras (81.1%); tienen una edad entre 23 y 24 años (82.9%).

El sector que eligen los alumnos para realizar su servicio social es preferentemente el sector salud en un 94.3%, la razón principal por la que eligen la dependencia de adscripción es por que las actividades se relacionan con la carrera (45.3%) y el 32.1% la eligió por la ubicación (ver Tabla No. 2). La mayoría (81.1%) de los estudiantes recibe remuneración económica.

El 45.3% de los alumnos mencionan que el servicio social es una oportunidad de aprender, el 37.7% lo consideran como una oportunidad de relacionarse con el mundo laboral y el 11.3% creen que es una forma de contribuir a la sociedad. En ese sentido piensan que es muy importante hacer algo por la sociedad (77.4%).

Dentro de las principales actividades que realizan los prestadores en el servicio social sobresalen las actividades clínicas en un 77.4%, actividades administrativas en un 11.3%; educativas y comunitarias en un 3.8%; y finalmente investigación (1.9%). El 84.9% de los estudiantes en servicio social menciona sentirse agusto en la institución asignada. La mayoría de los prestadores (81.1%) recibieron capacitación para realizar las actividades que se le asignaron en el servicio social.

El 22.6% de los prestadores piensan que las actividades desempeñadas en relación con los conocimientos adquiridos en la escuela, si se relacionan; y el 18.9% considera que se relacionan medianamente. Además indican que la coincidencia de su actividad en el servicio social con su formación profesional es media en el 54.7% y alta en el 39.6%.

En relación a la expectativa de las actividades realizadas por los estudiantes, el 45.3% refirieron que fueron lo que esperaban, el 37.7% reportaron que fueron mejor de lo que esperaban y el 11.3% peor de lo que esperaban.

En cuanto a su satisfacción en relación con las actividades desempeñadas en la institución asignada, el 62.3% se encuentra muy satisfecho y el 32% satisfecho. En las responsabilidades asignadas los prestadores mencionan estar muy satisfechos (58.5%), y el 30.1% satisfechos. En relación a los aprendizajes adquiridos consideran estar muy satisfechos (56.6%) a satisfechos (41.5%), en cuanto la compensación trabajo-horas el 45% de los prestadores mencionan estar muy satisfechos y el 28.5% satisfechos. En cuanto a la satisfacción con su desarrollo profesional la mayoría está muy satisfecho (77.3%). Finalmente los prestadores consideran que el nivel de satisfacción general de la dependencia donde realizan el servicio social es de muy satisfechos (52.9%) a satisfechos (39.6%). (Ver tabla No. 1)

Tabla No. 1 Satisfacción del alumno al realizar el servicio social

	Muy satisfecho		Satisfecho		Medianamente satisfecho		Poco satisfecho		Nada satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Actividades que desempeñas	33	62.3	17	32	3	5.7		-		-
Responsabilidades que te asignan	31	58.5	16	30.1	4	7.6		-	2	3.8
Aprendizaje adquirido	30	56.6	22	41.5	-	-	1	1.9	-	-
Compensación trabajo-horas	24	45	15	28.5	5	9.6	1	1.9	8	15
Desarrollo profesional	41	77.3	11	20.8	-	-	1	1.9	-	-

Los prestadores del servicio social consideran que la adquisición en el desarrollo de habilidades que la dependencia les ha proporcionado, es excelente en cuanto a: responsabilidad, seguir indicaciones (98.1%); disponibilidad, ética profesional y trabajo en equipo (88.7%); iniciativa (86.9%); compromiso social, toma de decisiones (84.9%); liderazgo y puntualidad (83%) y conocimientos generales del área, cumplimiento y solución de problemas (81%). Y de excelentes a buenas en cuanto a: la aplicación del conocimiento (98.1%), capacidad de análisis (90.5%), compromiso con la dependencia (98.2%), conocimientos especializados (92.5%), creatividad e innovación (86.9%), dominio de programas de computo (80.7%) y efectividad (98.1%).

Los prestadores califican los siguientes aspectos de la dependencia de la siguiente manera: el ambiente laboral de bueno (39.6%) a excelente (37.5%); las instalaciones de trabajo de bueno (41.6%) a excelente (37.7%); las oportunidades de hacer algo útil por la sociedad de excelente (58.5%) a bueno (37.7%); el trato del jefe directo lo califican de excelente (75.4%); de manera general evalúan la dependencia de excelente (71.7%).

En lo que respecta a si, el servicio social contribuye de alguna forma con la sociedad, el 96.2% de los prestadores considera que sí.

Durante la realización del servicio social todos los alumnos mencionan que se fomentaron las siguientes actitudes y valores: compromiso, conciencia de servicio, ética profesional, responsabilidad y solidaridad.

El 64.2% de los prestadores de servicio social considera que le gustaría laborar permanentemente en el lugar de adscripción del servicio. Y en cuanto a si volverían elegir el mismo lugar para realizar el servicio social el 58.5% de los prestadores mencionó que sí. Además el 69.8% indicó que sí recomendaría el lugar para la realización del servicio social. El 79.2% mencionó que realizaría el servicio social aunque no fuera obligatorio.

De los campos de la nutrición que contempla el Plan de Estudios, los prestadores consideran que se debe reforzar el campo de la nutrición clínica (54.7%), seguido de la investigación que pertenece al campo transversal (22.6%) y finalmente el campo de los servicios de alimentación (18.9%). De estos campos las

asignaturas que consideran que se deben reforzar son: la metodología del área general, nutrición clínica en enfermedades metabólicas, anatomía y fisiología, bioquímica estructural, metodología de la investigación en nutrición, introducción a la clínica y nutrición comunitaria. (Ver tabla No. 2)

Tabla No. 2 Campos de la nutrición que consideran los prestadores debería reforzarse

	Frecuencia	Porcentaje
Clínica	29	54.7
Comunitaria	2	3.8
Validos Administrativa	10	18.9
Investigación	12	22.6
Total	53	100.0

En cuanto a las asignaturas que cursaron durante su formación profesional los prestadores mencionaron que las asignaturas del plan de estudios que fortalecieron el servicio fueron: nutrición clínica, nutrición clínica en enfermedades metabólicas, nutrición básica, anatomía y fisiología, nutrición materno-infantil, administración en servicios de alimentación, patologías y nutrición clínica; y las asignaturas que ellos consideran que no tienen relevancia son: didáctica, panorama de la nutrición, bioestadística, pensamiento matemático, nutrición comunitaria, orientación alimentaria y las generales de la UJAT.

Finalmente los estudiantes consideraron que los conocimientos adquiridos durante la formación profesional fueron de buenos (49%) a excelentes (43.4%).

VI. DISCUSIÓN

La UJAT cumple con la definición de las ANUIES donde se entiende como Servicio Social a las actividades desempeñadas por el alumno durante los últimos periodos de estudios o ya egresado; y de acuerdo al modelo educativo de la Universidad esto es al final del área transversal de la estructura curricular, la cual se clasifica en 4 áreas de formación: General, Sustantiva Profesional, Integral Profesional y Transversal. El área transversal está integrada por 5 asignaturas (incluido el servicio social) con 42 créditos, lo que corresponde a un 10%. Las asignaturas de ésta área se encuentran dirigidas a aplicar los conocimientos adquiridos y fortalecer el desarrollo de habilidades, destrezas y competencias; así mismo fomenta la integración de la profesión con el equipo de salud [5]

La Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición (AMMFEN) realizó un estudio de seguimiento de egresados a nivel nacional en 1995 en el cual menciona que los campos donde los egresados se distribuyeron para la realización del servicio social fueron entre nutrición clínica y nutrición

comunitaria de manera similar [6]; en el año 2005 el AMMFEN realizó un estudio de mercado laboral los Nutriólogos en México donde muestran los cambios que se han dado en la ubicación de los egresados en los campos profesionales en relación al estudio anterior. El porcentaje de egresados que se ubicó en el campo de nutrición clínica, el cual rebasó a los otros campos. Lo que concuerda con los resultados que se obtuvieron en este estudio donde las principales actividades que realizan los prestadores en el servicio social de la DACS, son fundamentalmente clínicas. [7]

En cuanto a los conocimientos requeridos para mejorar la formación profesional en este estudio; los presatadores consideran que se debe reforzar el campo de la nutrición clínica seguido de la investigación y el campo de los servicios de alimentación; en el estudio realizado por la AMMFEN en el año 2009, Los Empleadores de los Nutriólogos en México, concuerda con este estudio de poseer conocimientos de nutrición clínica, lo que no se refleja en los conocimientos del área de servicios de alimentos y de nutrición poblacional. [8]

VII. CONCLUSIONES

El sector que eligen los alumnos para realizar su servicio social es el sector salud y piensan que el servicio es una oportunidad de aprender y relacionarse con el mundo laboral.

Las actividades que realizan los prestadores en el servicio social sobresalen las actividades clínicas y mencionan que las actividades desempeñadas tienen relación con los conocimientos adquiridos en la escuela.

El nivel de satisfacción general de la dependencia donde realizan el servicio social es de muy satisfechos a satisfechos e indican que la adquisición en el desarrollo de habilidades que la dependencia les ha proporcionado es de excelentes a buenas.

De los campos de la nutrición que contempla el Plan de Estudios, los presatadores consideran que se debe reforzar el campo de la nutrición clínica, seguido de la investigación y finalmente el campo de los servicios de alimentación.

Los estudiantes consideraron que los conocimientos adquiridos durante la formación profesional fueron de buenos a excelentes.

VIII. REFERENCIAS

- [1] Venegas H. F. Legislación sobre el servicio social en México. Reglamento del Seguro Social al interior de las instituciones de educación superior. Vol. II. México: ANUIES; 1999.
- [2] Sánchez Soler M. D. Mungaray Lagarda A. Problemática del servicio social y propuestas para su mejoramiento. México: Ilustrada; 2000.
- [3] Universidad Juárez Autónoma de Tabasco [en línea]. México: Reglamento de servicio social y práctica profesional. 2011. [fecha de acceso 20 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.archivos.ujat.mx/abogado_gral/legislacion_univ2012/reglamento%20de%20servicio%20social%20y%20practica%20profesional.pdf.
- [4] Gaviria Ayala J.C. Giraldo Arango J. D. Montoya Ríos J.D. Evaluación de la pertinencia de la formación de pregrado y su articulación con el campo laboral del programa de Licenciatura en música [tesis de grado]. Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira; 2009.
- [5] Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México: Plan de Estudios de la Licenciatura en Nutrición; 2010.
- [6] Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición. Los Nutriólogos en México: seguimiento de egresados. México: Trillas; AMMFEN, 1996.
- [7] Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición. Los Nutriólogos en México: un estudio de mercado laboral. México: Trillas; AMMFEN, 2006.
- [8] Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición. Los empleadores de los Nutriólogos en México. México: Trillas; AMMFEN, 2010.

ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA

Capítulo 12

Apoyo familiar y depresión en el adulto mayor con cáncer que acude al Hospital Juan Graham Casasús, Villahermosa tabasco, 2015.

Alberto Abdo Andrade¹, Elsy del Carmen Quevedo Tejero, Ramiro Guerrero Pérez

Capítulo 13

Prevalencia, tipo de fisura y tratamiento ortopédico- ortodóntico en pacientes con labio paladar hendido, clínica de especialidad en ortodoncia PNP, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2015-2016.

*Verónica Rodríguez López, Rosa María Bulnes López, Rafael Ruiz Rodríguez, Hugo Juan Ibarra Duran
Héctor Manuel Contreras Salas*

Capítulo 14

Consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria del estado de Tabasco.

*Mariana González Suárez, Griselda Hernández Ramírez, Valentina Rivas Acuña,
Rodolfo Gerónimo Carrillo*

Capítulo 15

Epidemiología de crisis asmáticas en instituciones de salud en Villahermosa, Tabasco.

*Horacio José Jarquin Barberena, Sandra Edith Jiménez Castillo, Maricruz Cerino Esteban,
Victoria Aimee García Gil, Erika Ramos*

Capítulo 16

Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea, hospital general balancán 2011.

Marcela Falcón Ávalos, Argeo Romero Vázquez^{2}*

Capítulo 17

Portadores de streptococcus beta hemolíticos en estudiantes de ciencias de la salud, UJAT.

Leova Pacheco Gil, Xavier M Boldo León, Hidemí Aguilar Mariscal

Capítulo 18

VH/SIDA y envejecimiento. Una relación múltiplemente estigmatizada y discriminatoria.

Heberto Romeo Priego Álvarez, María Isabel Ávalos García, Manuel Higinio Morales García

Apoyo familiar y depresión en el adulto mayor con cáncer que acude al Hospital Dr. Juan Graham Casasús, Villahermosa Tabasco, 2015

M. en G Alberto Abdo Andrade^{1*}, M. en G Elsy del Carmen Quevedo Tejero¹,
M. en G Ramiro Guerrero Pérez¹

I. RESUMEN

En éste trabajo se presenta un estudio que para determinar la relación que tiene el apoyo familiar y la depresión en el paciente adulto mayor con cáncer que asiste al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús” de Villahermosa Tabasco, se realizó durante el año 2015; mediante el método observacional, prospectivo, transversal, con una muestra de 43 PAM con cáncer, Karnofsky mayor del 80%, ECOG menor de 1, sin deterioro cognitivo de la escala de Pfeifer, de ambos sexos, que acudieron al Hospital durante el primer cuatrimestre del año, se obtuvieron las variables de la edad, sexo, escolaridad, ocupación, funcionalidad familiar, estado depresivo. Con el análisis estadístico descriptivo mediante Software: SPSS TM versión 20.0. Cuyos resultados indica que la Edad media 71 ± 7 años. Femeninos 67.4% (n=29) y Masculinos 32.6% (n=14) La mayor proporción, jubilados(as), 56.3%. Asociación significativa con el sexo femenino. La disfunción familiar y depresión resultó altamente significativa $p=0.000$. Concluyendo que la prevalencia de disfunción familiar y depresión observada es similar a la reportada en España y Cuba. Menor a la media nacional en México y a la reportada en Monterrey cuya prevalencia oscila entre 9.8 a 15%.

II. INTRODUCCIÓN

La familia ha sido identificada en la literatura como la fuente primaria de soporte sicosocial de todo enfermo y particularmente especial cuando éste paciente es adulto mayor con cáncer; es además reconocida como la que asume la mayor responsabilidad en el tratamiento domiciliario; por lo tanto los familiares del paciente oncológico no son observadores pasivos, sino participantes activos que pueden continuar jugando un papel vital en el tratamiento y en la recuperación del paciente.

El apoyo familiar es un factor indispensable en todo adulto mayor que padece de cáncer; al respecto la declaración de la Federación Internacional de la Vejez (FIV) sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad establece en su número 11 que “Las personas de edad avanzada tienen derecho a recibir apoyo y cuidados de familia”; ya que al padecer una enfermedad incurable, a sus condiciones de vida psicosocial y familiar le suceden cambios desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso de los tratamientos; mismos que se relaciona con episodios depresivos mucho más presentes en el paciente oncológico adulto mayor que no por padecer una enfermedad maligna e incluso terminal tiene que ser

un paciente deprimido, y aun cuando la depresión es una parte lógica del diagnóstico, al paciente muchas veces no se le toma en cuenta para darle un cuidado especial profundizando en su nivel depresivo que en ocasiones es desconocido por la familia.

La Organización Mundial de la Salud refiere un crecimiento triple en la población y una transición demográfica importante de la población mundial; considerando que para el año 2050 las personas mayores de 60 años pasará de ser de las 542 millones en el año de 1995 a 1.200 millones en el año 2025 y 2000 millones en el año 2050; En México el 6.3 % de los mexicanos tienen 65 años o más; de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (CONAPO, 2011), se cuantifican 7 millones de PAM de los que 3.8 millones son mujeres y 3.2 millones son hombres: actualmente con resultados del censo 2010 que observó ser de 21.4 por cada cien menores de 15 años. Se proyectan una expectativa al nacer de 75 años, lo que denota un aumento en la esperanza de vida, un envejecimiento de la población y un incremento relativo de enfermedades asociadas a éste.

La depresión es una enfermedad; no es una cosa de "voluntad", ni un proceso normal del envejecimiento. Aunque poco atendido con la importancia debida; en los casos de Personas Adulto Mayor enfermo de cáncer significa una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, interfiere en resultados de tratamientos antineoplásicos, con rechazo, con temor, con inasistencias, complicando más el estado de salud y sus oportunidades: Aldana Olarte (2010) en su trabajo de grado en investigación sobre la depresión en adultos mayores encontró una prevalencia global de 9,5%, siendo mayor para el sexo femenino (11,5%), también encontró una menor prevalencia de depresión a medida que aumenta la escolaridad y mayor depresión en presencia de discapacidad y en las comorbilidades como enfermedades cerebrales, cardíacas, diabetes, cáncer y Alzheimer, además del miedo, la angustia, el aislamiento y conflictos familiares, García-Peña. (2008), en un estudio de 7 449 adultos mayores en la Ciudad de México, reporta una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos.

El cáncer sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en el año 2005 murieron 7.6 millones de personas, correspondiente al 13.6% de las muertes mundiales y que entre el 2005-2015 morirán 84 millones más (OMS, 2008). El apoyo familiar resulta pues una parte fundamental en todo momento de los diferentes episodios de cambios por el que cursa el enfermo deprimido adulto mayor con cáncer.

III. OBJETIVOS Y METAS

Al relacionar el apoyo familiar y la depresión en el paciente adulto mayor con cáncer que asiste al Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús" de Villahermosa Tabasco, conocemos las características sociodemográficas de los adultos mayores con cáncer. Identificar el tipo de cáncer y las patologías agregadas y que con más frecuencia llegan a presentar estos pacientes; podemos clasificar la funcionalidad familiar cuando el adulto mayor que padece cáncer presenta depresión.

IV. MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio de corte transversal, Analítico y Prospectivo sobre la relación del apoyo familiar y la depresión en el adulto mayor con cáncer, teniendo como fuente a los pacientes que acuden al Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasus" de Villahermosa Tabasco. Con el siguiente método:

a) Elaboración de los documentos de recolección de datos, consentimiento informado y escalas de medición cuyos instrumentos han sido validados internacionalmente y recomendados en estudios de deterioro funcional y dependencia en las personas mayores.

b) Previa a la documentación bibliográfica recolectada en los temas relacionados con el apoyo familiar y la depresión en pacientes adultos mayores con cáncer se definió el objetivo del estudio para someterlo a la aprobación del comité de ética en investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasus" de Villahermosa

Tabasco, México; incluyendo la cedula de recolección de datos y las escalas de evaluación Apgar familiar, Yesavage, así como las de aplicación diarias Oncológicas ECOG y Karnofsky,

c) Aplicadas personalmente en cada uno de los pacientes seleccionados con criterio de inclusión, fueron recolectados los datos e información y concentrados identificando las variables de mayor trascendencia para su análisis y recomendaciones.

d) Presentación del documento previa declaración de conflicto de intereses para su conclusión.

El universo de estudio está constituido por 43 pacientes que acuden por primera vez al servicio de Oncología del Hospital del 1 de Enero al 30 de abril de 2015. con o sin compañía familiar. Con funcionamiento cognitivo normal de acuerdo al Short Portable Mental Status Questionnaire, ECOG de 1 e Índice de Karnofski mayor al 80% que aceptaron participar en el estudio, excluyendo aquellas que se encontraron con deterioro cognitivo de acuerdo con el Short Portable Mental Status questionnaire, o bien que presentaron índice de Karnofski menor al 80% y ECOG mayor de 1.

V. RESULTADOS

Los pacientes encuestados presentaron una edad promedio de 71 años \pm 7, con una edad mínima de 61 y una máxima de 95 años. En el gráfico 1, se observa la misma proporción en los grupos de 60 a 69 y 70 a 79 años, con 20 casos, 46.5%, para cada uno de ellos.

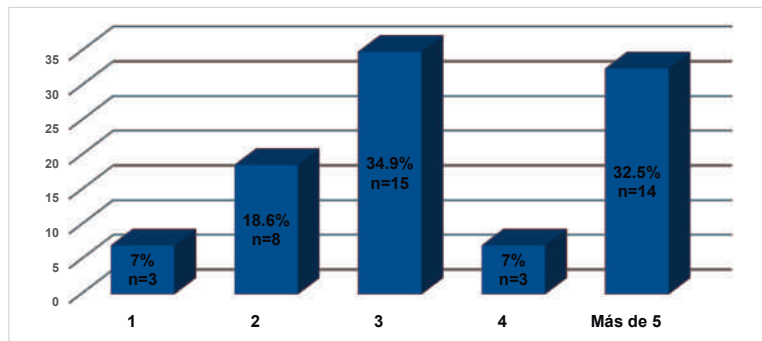
De acuerdo a los datos obtenidos, el género femenino predominó con el 67.4% de los casos (n=29), y el masculino con el 32.6% (n=14). El estado civil de el72.1% de ellos casados o en una relación estable (n=31). No se encontró asociación estadística entre depresión y estado civil (p=0.146) y Más de la mitad de los adultos mayores tienen un nivel de escolaridad primario con el 51.2% (n=22), seguido del nivel superior y medio superior con el 16.3% (n=7) y el 14% (n=6) respectivamente. En este grupo se observa la presencia de personas analfabetas en el 7% (n=3).

Como primer ocupación las labores del hogar en el 60.5% (n=26), el segundo lugar lo integran los empleados, tanto del sector público o privado con un 30.1% (n=13), en tercer lugar campesinos 7.1% (n=3), y un desempleado con el 2.3%.

El Seguro Popular es el principal esquema de aseguramiento de los pacientes, con un 79.1% (n=34), el resto cuenta con derecho habiencia institucional.

Los adultos mayores están integrados en familias con 3 miembros o más en el 74.4%, (n=32). Solo un 7% (n=3) de ellos viven solos, y en el 18.6% (n=8) la familia está integrada por dos miembros.5

Integrantes familiares del adulto mayor con cáncer atendido en el hrae Dr. Juan Graham Casasús. 2015

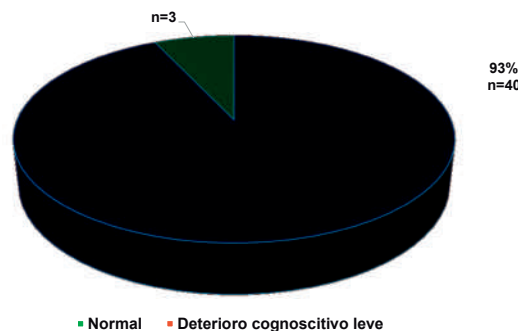


Fuente: Cédula de recolección Apoyo familiar y Depresión en el adulto mayor con Cáncer

Entre los diagnósticos oncológicos, el 27.9% correspondió a Cáncer Cervico Uterino, el 25.6% al Cáncer de mama, seguidos de otras neoplasias malignas como el cáncer de próstata en el 9.3%, Colon en el 7% al igual que el cáncer de piel y Linfoma; Cáncer Laríngeo y de Endometrio con 4.7% cada uno; y el 2.3% en cada grupo de Cáncer Gástrico, vejiga y de Cavidad oral.

Al aplicar la escala de Pfeiffer para evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores, se observa que el 93% (n=40) presentaron puntuaciones normales. Únicamente tres de ellos 7% (n=3), reportaron deterioro cognoscitivo leve.

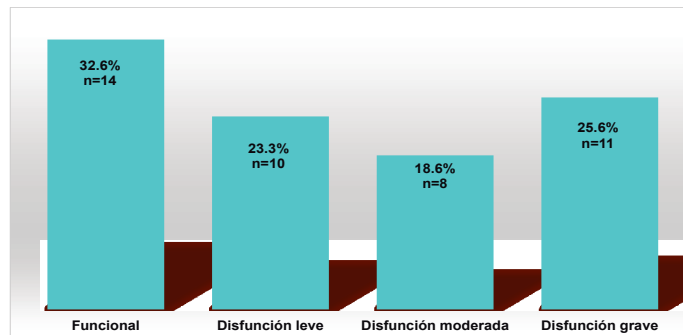
Short portable de deterioro cognitivo en el adulto mayor con cáncer atendido en el hrae Dr. Juan Graham Casasús. 2015



Fuente: Escala de Pfeifer en adulto mayor con Cáncer

Al utilizar la escala de APGAR Familiar, se observó que el 67.4% de los encuestados presentaban algún tipo de disfunción familiar: El 25.5% (n=11) fueron clasificados con disfunción grave; 18.6% (n=8) disfunción moderada y 23.3% (n=10) con disfunción leve. Únicamente el 32.6% (n=14) obtuvieron un puntaje acorde a un APGAR familiar funcional.

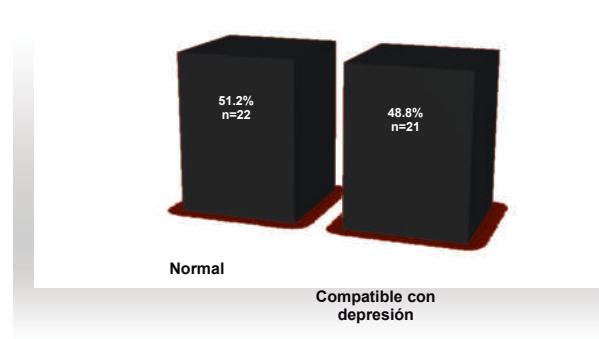
Apgar familiar del adulto mayor con cáncer atendido en el hrae Dr. Juan Graham Casasús. 2015



Fuente: Escala de APGAR Familiar en el adulto mayor con Cáncer

Los resultados del Test de Yesavage. Como se puede observar, el 51.2% (n=22) fueron considerados dentro de rangos normales, es decir, sin depresión. El porcentaje de adultos mayores con depresión fue de 48.8% (n=21).

Depresión en el adulto mayor con cáncer atendido en el hrae Dr. Juan Graham Casasús. 2015



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica. Test de Yesavage en el adulto mayor con Cáncer

La asociación entre la funcionalidad familiar y la depresión en el adulto mayor con cáncer. Todos los pacientes con resultado del Test de Yesavage "compatible con depresión" presentaron algún tipo de disfunción familiar: leve 23.8% (n=5), moderada 28.6% (n=6) y grave 47.6% (n=10). Por otro lado el 63.6% (n=14) de los adultos mayores con resultados normales para la Escala de Depresión Geriátrica conviven en su mayoría dentro de familias funcionales; el 22.7% (n=5) cuentan con familias con disfunción leve; el 9.1% con disfunción

moderada y el 4.5% (n=1) con disfunción familiar severa. Se obtuvo una asociación estadística altamente significativa con una $p=0.000$.

Asociación entre apoyo familiar y depresión en el adulto mayor con cáncer atendido en el hrae Dr. Juan Graham Casasús. 2015

Tabla de contingencia Escala de APGAR familiar * Test de Yesavage. Escala de Depresión Geriátrica

		Test de Yesavage. Escala de Depresión Geriátrica		
		Normal	Compatible con depresión	Total
Escala de APGAR familiar	Funcional	14	0	14
	%	63.6%	0%	32.6%
	Disfunción leve	5	5	10
	%	22.7%	23.8%	23.3%
	Disfunción moderada	2	6	8
	%	9.1%	28.6%	18.6%
	Disfunción grave	1	10	11
	%	4.5%	47.6%	25.6%
Total		22	21	43
		100%	100%	100%

Fuente: Escala de APGAR Familiar, Test de Yesavage en el adulto mayor con Cáncer. Base de datos SPSS.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23.353a	3	.000
Razón de verosimilitudes	30.025	3	.000
Asociación lineal por lineal	21.531	1	.000
N de casos válidos	43		

a. 3 casillas (37.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.91.

VI. DISCUSIÓN

A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años, se estima que para el 2025 existirán más de 100 millones de PAM en América Latina y el Caribe.

Un riesgo más, que surge de las nuevas configuraciones familiares y tipos de convivencia familiar, es que la presencia de hogares unipersonales en los que reside un adulto mayor tiende a aumentar. Ante estas condiciones, la familia sigue siendo el principal soporte para cubrir las necesidades de los ancianos. En la familia, las personas mayores buscan cubrir sus necesidades cotidianas, de ayuda, de afecto, de comunicación, de pertenencia, de autoestima, de identificación, de compañía, de relaciones sociales, de cooperación y de solidaridad.

En síntesis, la importancia del apoyo familiar en la vida de los ancianos, especialmente cuando éstos son dependientes, es fundamental en muchos sentidos. Sin embargo, diversas condiciones económicas y sociales han hecho que las familias no siempre puedan responder de manera satisfactoria ante las necesidades de los mayores. (Rueda 2011). Por otro lado, es conocida la importancia de la red social y el soporte familiar en la salud de las PAM, se ha visto que las PAM sin soporte familiar o una red socio familiar adecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellas que sí lo tienen. (Ruiz 2010).

Se sabe que el proceso de envejecimiento de la población no es homogéneo; se observan diferencias en las condiciones de salud de los individuos según sexo, condiciones socioeconómicas, lugar de residencia (urbano/rural), entre otros aspectos (Manrique y col. 2011). Entre las características sociodemográficas del estudio actual, los adultos mayores con cáncer presentaron los siguientes datos: una edad media correspondiente a la octava década de la vida, en su mayoría mujeres, por lo cual la principal actividad observada fue labores del hogar. Con nivel escolar de primaria y secundaria. Cuya prestación médica es a través del Seguro Popular. Diversos estudios han encontrado el número de enfermedades crónicas, depresión, problemas de salud mental, presencia de dolor, enfermedades respiratorias, deterioro cognitivo, déficit auditivo, déficit visual y ceguera afectan negativamente la independencia de los AM. Los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Dr. Juan Graham Casasús, presentaron enfermedades crónicas degenerativas, concomitantes a los distintos tipos de cáncer por el cual acudieron. La depresión durante la senectud se acompaña de complejidades nosológicas, fenomenológicas, diagnósticas y terapéuticas, que requieren conocimientos especiales, toda vez que abundan las presentaciones clínicas poco usuales, capaces de confundir el diagnóstico; también el tratamiento se ve afectado por los efectos colaterales de los medicamentos antidepressivos indicados a los senescentes (Fuentes 2014).

En la variable de este estudio, se presenta la depresión, acompañando a una compleja patología como es el cáncer, pero mayormente marcada, al observar la falta de apoyo familiar. La relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja: intervienen factores: biológicos, de enfermedad y psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas por la familia (recursos) para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros de mayor edad. Estos resultados proponen a los clínicos poner atención a las relaciones entre los miembros de la familia al momento de decidir el tratamiento del adulto mayor con depresión y también considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención, de estrategias educativas y de psicoterapia enfocadas en el adulto mayor con depresión. Ithandehui y colaboradores en el 2010 encontraron una estrecha correlación entre depresión y funcionamiento familiar. En la presente investigación se encontró una asociación entre las variables antes descritas, altamente significativa ($p=0.000$).

VII. CONCLUSIONES

La salud del adulto mayor es materia de gran importancia social. La Gerontología en la investigación médica, desarrolla métodos de análisis individual, mediante la evaluación geriátrica integral (EGI), un procedimiento de evaluación especializada interdisciplinaria para detección y explicación de problemas del adulto mayor. Busca cubrir las necesidades de servicios y desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para la mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia.

Entre las características sociodemográficas de los adultos mayores con cáncer la edad media corresponde al grupo de la octava década de la vida, predominando en más de dos terceras parte el género femenino. Siete de cada diez pacientes se encuentran en una relación conyugal estable. Observando que en más de la mitad de ellos cuentan con un nivel escolar medio. Cuya mayoría se dedica a labores del hogar. Con servicios médicos a través del Seguro Popular.

El cáncer que con más frecuencia presentan estos pacientes, ocurre en el sexo femenino, predominando el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama, seguidos de cáncer de próstata, colon y otras como el cáncer de piel. Cuatro de cada diez adultos mayores presentaron enfermedades clasificadas dentro de los crónicos degenerativas. Las familias de los pacientes adultos mayores con cáncer se integran con 3 miembros o más; en su mayoría con algún grado de disfunción familiar, de las que una cuarta parte presentaron disfunción grave. En cuanto al estado cognitivo, en casi la totalidad de los adultos mayores con cáncer estudiados se encontraron dentro de parámetros normales. De acuerdo a los resultados del test aplicado, casi la mitad de los pacientes presentaron depresión; concluyendo que existe una importante relación del apoyo familiar con la presencia de depresión en el paciente adulto mayor con cáncer que asiste al Hospital

Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús" de Villahermosa Tabasco. Por lo que la atención gerontológica clínica y social es de particular importancia en el adulto mayor con cáncer, como servicio interdisciplinario para detección y explicación de problemas del adulto mayor orientado a preservar el apoyo familiar. El desarrollo de profesionales en el área gerontológica contribuye en la cultura actual como una necesidad social y familiar de capacitación ante la transición demográfica, contribuye a estimular la dedicación familiar con dinámicas de integridad para nutrir el apoyo familiar y atenuar las

posibilidades depresivas donde se desarrollen planes de conservación de núcleo familiar, redes de apoyo social con dinámicas emotivas que mitiguen la soledad y momentos de tristeza en este grupo de edad, además de desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para su mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Aldana Olarte, Ricardo Andrés, Pedraza Marín, Jaime Alberto. (2010). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud
- Alvarado S. (2004) Psico Oncología en México; Perspectiva histórica; Gaceta Mexicana de Oncología, 2 (3) 44-47.
- Álvarez, J., Sicilia, M. (2007). Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores [Versión electrónica]. Anales de psicología, Vol.23, Nº 2 (Diciembre), 272-281.
- Arcia, CN. (2008). Como son los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr, 24 (3), 1-20.
- Ávila-Funes J, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores, salud pública México; 49(5): 367-375.
- Cadena Sanabria, M.O. (2012). "Importancia de la valoración Geriátrica Integral en el manejo de pacientes con cáncer" Rev, Médica UIS, vol. 25, No. 253
- Chancay-Lino, I.A. (2012). Identificación De Los Conocimientos Que Tienen Los Familiares Sobre Cuidados Personales, Psicológicos Y Espirituales Que Influyen En La Salud Del Adulto Mayor. Cantón La Libertad. Hospital "Dr. Rafael Serrano López". Recuperado de: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/xmlui/handle/123456789/125>
- Cicely Saunders: Art. Vs Libro G De Simone, J Manzini, JM Butera. (2012). Boletín del Consejo; Glosario sobre el final de la vida.
- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J.E., Salazar-Estrada, J.G.y Ángel-González, M., (2008).Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. Revista de Salud Pública, 10(1).
- Flores S. y cols. (2012) "Factores familiares y religiosos en adultos mayores-su relación con depresión: Journal of behavior; health and social Issues, vol. 3. No.2. P.89-100.
- Folstein M, Folstein S. Mini-mental-state. (1975). A scale practical method for grading the cognitive state of the clinician. J psichiatr 12.189- 198.
- Fuentes CL. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 14(3):365-377.
- García Lozano, L; Mérida Quiñones, F; Mestre R, I; Gallego P. MD; Duarte Romero, AJ; Mesa Ramos, RG; Rodríguez Escalera, C (2013) La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar, Atn.prim; 25:62-9. - vol.25 núm 04
- García, J.J., Jasso B. (2010)- Mortalidad por cáncer en el adulto mayor en México SSA. Anuarios estadísticos de Mortalidad. 1980-2003. Dirección General de Estadística e Informática. México.
- García-Peña C., Wagner F.A., Sánchez-García S., Juárez-CedilloT.,Espinel-Bermúdez C., García-Gonzalez J.J., Gallegos-CarrilloK., Franco-Marina 55
- F., Gallo J. J. (2008). Depressive symptoms among older adults in Mexico City. Journal General and Internal Medicine, 23 (12), pp. 1973-1980.
- González, C A Ham- Chande, R. (2007) Functionality and health a typology of aging in Mexico. Salud Pública de México, vol.49, p. s448-458 Guía de Práctica Clínica Nacional en México, 3.3: espectro ansiedad depresión; 2007
- Itandehui-Martínez A, Pastrana-Huanaco EC, Rodríguez-Orozco A R, Gómez Alonso C. (2010). Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. Rev. méd. Chile. 137(12): 1642-1643.
- Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez- Rojo MM. (2011) Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud pública Méx. 2011 Feb; 53(1):26-33.
- Mézquita Melo E, Silva RM, Fernández. (2007). AFC O comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama; un enfoque no modo de interdependencia de Roy. Rev. Bras. Cancerol. 51(3): 219-226. 56
- Montes de Oca V, (2004) Familias con ciclo vital avanzado; el efecto del envejecimiento en los hogares de México. Ponencia presentada en el XXV congreso de LASA, Las Vegas 2004.Centro de Estudios Demográficos y sobre desarrollo Urbano, Colegio de México.

- Montorio I. (1994). Evaluación de las actividades de la vida diaria. La persona mayor: Guía aplicada de evaluación psicológica.
- Munar S. (2012). La familia como importante factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10818/2084>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008)¿Aumenta o Disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? Reporte 1/4/2008. Recuperado de: [www.who.int/temas de salud/cáncer](http://www.who.int/temas_de_salud/cancer).
- Reyes C.E., Rincón H, G. (2007) Estrategias para afrontar el cáncer: Cartas a la Salud, No. 137, Oct.
- Rueda CA, Ferreira MR. (2011). El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. *Ciencia UANL* 14 (3):297-305. 57
- Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. (2010). Situación socio-familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 25 (4):374-379.
- Secretaría de Salud México. (2008). Panorama epidemiológico de mortalidad por cáncer cervicouterino en México (1980-2004). *Rev Fac Med UNAM*. 51:47
- Velázquez, M.T. (2004). El envejecimiento de la Población. *Ciencias*, 75, 28-34.
- Yesavage JA, Brink TL, (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: at preliminary report. *J Psychiat. Res.* 17: 37-49

Prevalencia, tipo de fisura y tratamiento ortopédico - ortodóntico en pacientes con labio paladar hendido, clínica de especialidad en ortodoncia PNP, Universidad Juárez Autónoma De Tabasco, 2015-2016

M.O. Luz Verónica Rodríguez López, M. en S.P. Rosa María Bulnes López

C.D.E. Rafael Ruiz Rodríguez, C.D.E. Hugo Juan Ibarra Duran

C.D.E. Héctor Manuel Contreras Salas

I. RESUMEN

La OMS menciona que la fisura de labio y/o paladar hendido es una de las anomalías craneofaciales más frecuentes, la cual tiene consecuencias médicas, económicas, sociales, y emocionales considerables para los individuos afectados y sus familias. La rehabilitación integral de pacientes que presentan labio y paladar hendido requiere un manejo interdisciplinario que propicie la restauración estructural funcional de los componentes maxilares y faciales afectados, interviniendo neonatólogos, pediatras, odontopediatras, cirujanos maxilofaciales, ortodontistas, otorrinolaringólogos, foniatras, entre otros. Se pretende Identificar prevalencia, tipo de fisura y tratamiento Ortopédico - Ortodóntico, pacientes con Labio Paladar Hendido, Clínica de Especialidad en Ortodoncia PNP, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2015-2016. Estudio de tipo Descriptivo, de corte transversal con método cuantitativo; se incluyeron 25 pacientes con tratamiento de ortopedia y/o ortodoncia; las variables fueron: prevalencia de labio paladar hendido, edad, género, tipo de fisura, tipo de tratamiento ortopédico-ortodóntico. De 25 pacientes con Labio Paladar Hendido, 56% (14) son del género femenino y 44% (11) masculinos. La edad promedio fue de 7.14 años. Tipo de fisura más frecuente : fisura unilateral completa izquierda con 52% (13), fisura bilateral 40% (10). Tratamiento ortopédico-ortodóntico más frecuente : expansión transversal 40.63% (13) tracción sagital del maxilar 15.63% (5).

II. INTRODUCCIÓN

La fisura de labio y/o paladar hendido son una de las anomalías craneofaciales mas frecuentes. La Organización Mundial de la salud (OMS), uno de cada 600 niños que nacen en todo el mundo presenta este defecto, el cual tiene consecuencias médicas, económicas, sociales, y emocionales considerables para los individuos afectados y sus familias . Se trata de una malformación producida a nivel de estructuras orofaringonasales que se producen entre la cuarta y doceava semana de gestación, siendo la sexta. la de mayor riesgo.

El labio y paladar hendido pueden ocurrir juntos o separados. La aparición de esta patología ha venido en aumento a través de los años. Se considera una malformación congénita grave , cuya incidencia en

conjunto varía entre 1:600 a 1:1,200 nacimientos, dependiendo del país o grupo racial. En Europa se ha reportado una incidencia de 1:500 nacidos vivos y de 1:1000 en estados unidos.

La etiología de esta anomalía incluye la interacción de varios factores, tales como: la ingesta de medicamentos durante el primer trimestre de embarazo (anticonvulsivantes, benzodiazepinas, salicilatos), factores infecciosos como enfermedades virales y bacterianas, déficit nutricionales, así también como la irradiación, que ha demostrado su efecto teratogénico. En el 75 % de los casos es multifactorial y del 20 al 25 % de los casos existe algún antecedente familiar.

La Universidad Juárez Autónoma de Tabasco reporta que de los pacientes con labio y paladar hendido, atendidos en la clínica de especialidades odontológicas y las jornadas quirúrgicas para la atención de esta malformación, que el 31% presenta fisura de labio y paladar unilateral completa izquierda, habiendo un mayor predominio en el sexo masculino y el 29% bilateral con predominio en sexo femenino.

La ortopedia pre quirúrgica es un tratamiento eficaz en pacientes con LPH, que si se realiza tempranamente se puede lograr resultados favorables, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

La rehabilitación integral de los pacientes que presentan labio y paladar hendido requiere un manejo interdisciplinario que propicie la restauración estructural y funcional de los componentes maxilares y faciales afectados, brindando apoyo psicológico que permita vincular al niño y a su familia al medio social, en el cual intervienen neonatólogos, pediatras, odontopediatras, cirujanos maxilofaciales, ortodoncistas, otorrinolaringólogo, foniatra, entre otros.

El éxito del manejo del paciente representa un reto para todos aquellos que estén cercanos a su tratamiento debido a la magnitud de los compromisos que acompañan esta alteración, por lo mismo es de suma importancia que apliquen todos los conocimientos y habilidades desde los primeros días de vida del paciente con LPH, siendo el objetivo actual de cualquier tratamiento integral de pacientes con Labio Paladar Hendido, prevenir cualquier secuela y evitarla, así como, preparar todos los elementos o estructuras previas a la cirugía, para que estas sean lo menos invasivas, con mínimo despegamiento y agresión a los tejidos.

La Ortopedia Pre-quirúrgica es un tratamiento que consiste en el uso de aparatos que permiten la estimulación y remodelación ósea de los segmentos nasales alveolares y palatinos fisurados, disminuyendo así, el tamaño de las fisuras, durante los 3 primeros meses de vida, conformándolo lo más próximo a la anatomía normal antes de la cirugía. Se sugiere que este tratamiento se debe de empezar los primeros días de vida; por los estrógenos que hay en el neonato, que dan la elasticidad a los procesos alveolares, permitiendo a que los tejidos fisurados se puedan mover con facilidad. La ortopedia postquirúrgica, es un tratamiento que se realiza a pacientes en crecimiento para remodelar transversal y sagitalmente el maxilar superior, debido al colapso provocado.

En el estado de Tabasco existen un grupo de cirujanos maxilofaciales denominado "Cheej" (niño que ríe) el cual es apoyado por el grupo "Renacer", encabezado por profesores y residentes de la especialidad de cirugía maxilofacial de la UNAM, los cuales realizan jornadas quirúrgicas a nivel Nacional. Al Estado acuden aproximadamente cada 4 a 6 meses, sin embargo, la atención ortopédica no les es posible realizarla, ya

que requieren de un seguimiento de atención más cercano y continuo, por lo mismo acuden a solicitar apoyo al posgrado de Ortodoncia de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, para atender de manera interdisciplinaria y así proporcionar tratamiento integral a los pacientes con LPH.

III. OBJETIVOS Y METAS

Identificar prevalencia, tipo de fisura y tratamiento Ortopédico - Ortodóntico en pacientes con Labio Paladar Hendido, Clínica de Especialidad en Ortodoncia PNPC, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2015-2016.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo Descriptivo, de corte transversal con método cuantitativo; forma parte de la primera etapa de un proyecto integral denominado: Atención Ortopédico - Ortodóntico en pacientes con Labio Paladar Hendido, Clínica de Especialidad en Ortodoncia, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

En ésta primera etapa se incluyeron 25 pacientes que acudieron a tratamiento de ortopedia y/o ortodoncia, a la Clínica de la Especialidad en Ortodoncia, durante el periodo 2015- 2016, los cuales fueron atendidos por los residentes de la especialidad supervisados por el profesor investigador responsable de la Clínica de Labio Paladar Hendido , donde se elaboró expediente clínico, modelos de estudio, radiografías panorámicas, laterales de cráneo, anteroposteriores, así también, se elaboró y aplicó formato de consentimiento informado a participantes y/o sus padres .

Las variables a medir en ésta etapa fueron: prevalencia de labio paladar hendido, variables sociodemográficas, como edad y género, tipo de fisura, tipo de tratamiento ortopédico-ortodóntico.

Se elaboró base de datos diseñada en Excell, utilizando para su procesamiento el paquete estadístico SPSS. Se empleó estadística descriptiva, calculando proporciones, para variables cualitativas; medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas (\bar{X} , DS ,R). Los resultados se presentan en tablas y gráficas.

V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes: De la población de pacientes con Labio Paladar Hendido (25), se identificó que 52% (14) son del género femenino y 48% (11) del masculino. (Ver gráfica No. 1)

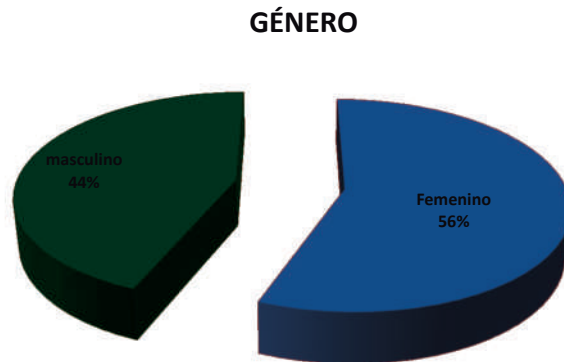
La edad promedio fue de 7.14 años, con un rango de 0 a 30 años.

El tipo de fisura que se presentó con mayor frecuencia fue la fisura unilateral completa izquierda en 52% (13) de los pacientes, seguida de la fisura bilateral con el 40% (10), así como la fisura unilateral completa derecha y fisura del paladar blando con un 4% (1), respectivamente. (ver gráfica No. 2)

El tratamiento ortopédico-ortodóntico más frecuente fue la expansión transversal en 40.63% (13) de los casos, la tracción sagital del maxilar se realizó en el 15.63% (5), la placa obturadora con remodelación naso

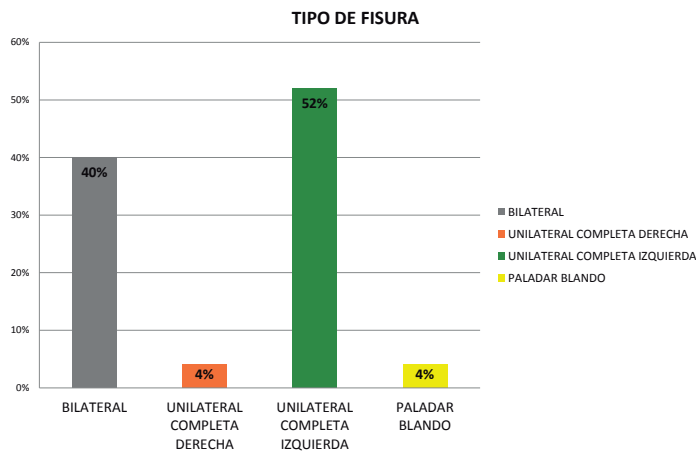
alveolar se realizo en un 12.50 % (4), el posicionamiento de la premaxila en el 9.38% (3), y la aplicación de la placa obturadora sin remodelación naso alveolar en el 3.13% (1) de los pacientes. (Ver gráfica No. 3)

Gráfica No. 1.- Distribución de frecuencias según género en pacientes con Labio Paladar Hendido.



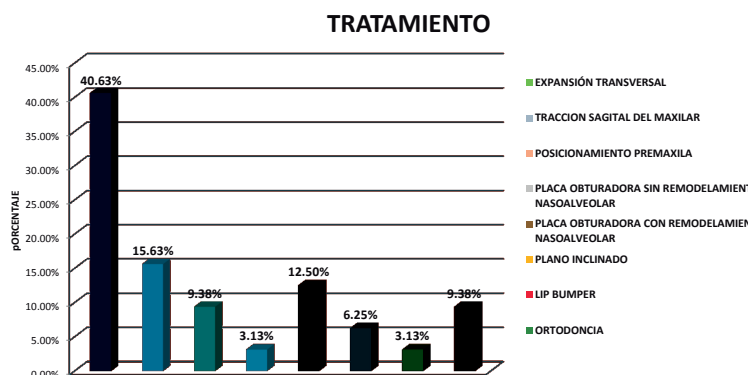
Fuente: 25 pacientes que acudieron a tratamiento de ortopedia y/o ortodoncia, clínica especialidad en Ortodoncia UJAT. 2015-2016

Gráfica No. 2.- Distribución de frecuencias según tipo de fisura en pacientes con Labio Paladar Hendido.



Fuente: 25 pacientes que acudieron a tratamiento de ortopedia y/o ortodoncia, clínica especialidad en Ortodoncia UJAT. 2015-2016.

Gráfica No. 3.- Distribución de frecuencias según tipo de fisura en pacientes con Labio Paladar Hendido.



Fuente: 25 pacientes que acudieron a tratamiento de ortopedia y/o ortodoncia, clínica especialidad en Ortodoncia UJAT. 2015-2016

VI. DISCUSIÓN

El labio hendido (con o sin paladar hendido) suele ser más común en el sexo masculino y el paladar hendido más frecuente en el sexo femenino. A nivel mundial hay controversia de los beneficios del tratamiento de ortopedia en los pacientes con LPH, hay defensores que sostienen que los tratamientos mejoran el resultado estético de las estructuras naso labiales, y reducen el número de cirugías a los pacientes. Además, afirman que la alimentación, el desarrollo del habla y el estado psicológico de los padres mejora. Por el contrario varios autores mencionan que no hay evidencia de la mejora estética o la disminución del número de cirugía, por el cual dicho tratamiento no lo consideran necesario. En lo único que coinciden es que el tratamiento facilita la cirugía.

En la especialidad en Ortodoncia de la UJAT, los tratamientos que se realizaron en este periodo de estudio, se observó que existen cambios transversales y sagitales, así como de remodelación naso alveolar los cuales mejoran las condiciones de los pacientes. Conociendo que la Fisura de labio Paladar es la alteración craneofacial más frecuente, la rehabilitación estomatológica se realiza desde que nacen hasta que termina su crecimiento y más allá de él.

VII. CONCLUSIÓN

De lo anteriormente expresado se concluye lo siguiente:

Del total de pacientes con Labio Paladar Hendido (25), que acudieron a tratamiento de ortopedia y/o ortodoncia, a la Clínica de la Especialidad en Ortodoncia, durante el periodo 2015-2016, predominó el género femenino en un 52%. La edad promedio fue de 7.14 años, con un rango de 0 a 30 años. El tipo de

fisura que se presentó con mayor frecuencia fue la fisura unilateral completa izquierda, seguida de la fisura bilateral. El tratamiento ortopédico-ortodóntico más frecuente fue la expansión transversal y la tracción sagital del maxilar entre otros.

En consecuencia, se hace indispensable conocer los factores de riesgo asociados a la presencia de Labio Paladar Hendido en la región sureste, así como establecer y mejorar los protocolos de atención ortopédico-ortodóntico dirigidos a éste grupo poblacional altamente vulnerable, que si bien requiere de la intervención médica multidisciplinaria, el especialista en ortodoncia debe formar parte de éste equipo, cuya meta primordial es dar solución a sus necesidades de salud oral o maxilofacial y por ende proporcionar una mejoría en su calidad de vida. Por la frecuencia con que se presentan los casos, muchos no pueden ser atendidos durante todo su crecimiento y desarrollo, en los sistemas de salud, es por esto que la universidad Juárez Autónoma de Tabasco a través de la especialidad en Ortodoncia, representa una alternativa de tratamiento el cual puede ser llevado y darle seguimiento de principio a fin.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- World Health organization (WHO) Addressing the global challenges of craniofacial anomalies. Geneva Switzerland:WHO; 2006.
- Mcdonal R, Avery D. Odontología Pediátrica y del adolescente, 6a. edición. Madrid, Harcourt Brace;1998.
- Duque, A., Estupiñon B., Huertas P., Labio y paladar fisurado en niños menores de 14 años; Editora Médica del Valle. 2001;33:1087-112.
- Lopera Restrepo Nataly; Hernández Carvallo, José Ramón; Ortopedia prequirúrgica en pacientes recién nacidos con labio y paladar hendido; Revista Ortodoncia Mexicana. 2016, vol. 4 núm. 1 enero-marzo 2016. pp43-48.
- Flores Paredes A, Velázquez Velásquez M, Ortiz Villagómez M, Ortiz Villagómez G. Ortopedia Prequirúrgica en pacientes con labio y paladar hendido. Archivo de Investigación Pediátrica de México, 2001; 4(13):451-456.
- Montoyama E, Davies P. Anesthesia for infants and children. 7a. edición. Philadelphia: Editorial Mosby; 2007.
- Millard Dr Jr, Latham RA. Improved primary surgical and dental treatment of clefts. Plast Reconstr Surg. 1990;86:857-71.
- Kozelj V. Basis for presurgical orthopedic treatment of infants with unilateral complete cleft lip and palate. cleft palate. Craniofac J. 2000;37:26-32.
- Berkowitz S, Mejia M, Bystril KA. A comparison of effects of the Latham-Millard procedure with those of a conservative treatment approach for dental occlusion and facial aesthetics in unilateral and bilateral complete cleft lip and palate: part 1. Dental Occlusion. Plast Reconstr surg 2004;113:1-18.

Consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria del Estado de Tabasco

M.C.E. Mariana González Suárez, M. en C. Griselda Hernández Ramírez

Dra. Valentina Rivas Acuña, M.C.E. Rodolfo Gerónimo Carrillo

I.- RESUMEN

Introducción. El alcohol constituye en la actualidad un fenómeno complejo que tiene consecuencias en la salud de los individuos y su entorno, se ha convertido en la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los adolescentes (Armendáriz, et al., 2012).

Objetivo. Describir el tipo de consumo de alcohol en los estudiantes de preparatoria del estado de Tabasco.

Metodología. Descriptivo transversal, una muestra de 318 estudiantes. El muestreo fue aleatorio estratificado, se utilizó la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT).

Resultados. El consumo de alcohol por sexo se presentó consumo dañino en los hombres (43.2%) y consumo sensato en las mujeres (37.6%). En el tipo de consumo por edad se encontraron diferencias significativas ($\chi^2= 14.531$, $p= .024$) en los estudiantes de 18 y 19 años de edad que tuvieron un consumo dañino (40.4%). Conclusiones. Se obtuvieron prevalencias altas de alguna vez en la vida, en el último año y en los últimos siete días. Las mujeres presentaron mayor consumo en alguna vez en la vida y los varones mayor consumo en el último año. Se observó que a mayor edad existe mayor consumo de alcohol.

II.- INTRODUCCIÓN

El uso y abuso de sustancias adictivas como el alcohol constituye en la actualidad un fenómeno complejo, tiene consecuencias en la salud de los individuos y su entorno, representa un problema de salud a nivel mundial, nacional y local, (Álvarez, Alonso & Guidonizzi, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala que el consumo de bebidas alcohólicas es el primer factor de riesgo en los países de desarrollo y el tercero en los países desarrollados y es la causa de 2.5 millones de muertes por año en el mundo, a nivel mundial jóvenes de entre 15 y 29 años (320,000) mueren por esta causa, lo que representa el 9% de todas las muertes en el sector de esta población.

En México la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) menciona que el consumo de alcohol en los jóvenes aumento significativamente, de tal manera que el consumo de alguna vez paso de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y el último mes de 7.1% a 14.5%, esta misma tendencia se observó en

los hombre y las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.5% y en ellas de 2.7% a 11.6% (CONADIC, 2012).

En este sentido se puede mencionar que la adolescencia es una etapa vital cuya característica central es el empeño de los jóvenes por reafirmar su independencia, por lo cual uno de sus mecanismos frecuentemente utilizado se centra en el rechazo tácito y explícito de sus escalas de valores instituidos por sus padres, tutores o instituciones (Manrique- Abril, Ospina & García- Ubique, 2011).

En los adolescentes la ingesta de bebidas alcohólicas provoca graves problemas tanto a nivel físico como emocional, de los cuales se encuentran los trastornos mentales, vandalismo, violencia, accidentes de tráfico, entre otros (Salomó, Gras & Font, 2012).

Por lo tanto el consumo de alcohol suele desarrollarse en esa etapa los cuales en su momento no se traducen en morbilidad o mortalidad durante el periodo de la adolescencia, sino que surge más tarde en la vida, y sus repercusiones comprometen la transición saludable en la vida adulta. Es por ello que el consumo de sustancias psicoactivas se ha vuelto un reto para los sistemas de salud, a pesar de los avances en la tecnología, la difusión masiva de los efectos y las estrategias que se han implementado durante el pasado y el presente siglo, no se ha encontrado una manera adecuada de evitar esos problemas de salud en los jóvenes, puesto que se sigue acrecentando (Cruz et al., 2012).

Por lo cual los profesionales de enfermería deben participar en las escuelas de educación básica, con el objetivo de realizar diagnósticos de salud, que les permitan conocer los factores de riesgos de la población, para intervenir, de tal forma, que en base a los resultados puedan desarrollar o potencializar los factores de protección y tener como resultado una conducta promotora de salud (Álvarez, Alonso & Guidorizzi, 2010).

II.- OBJETIVOS

Describir la prevalencia global, lèpsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por sexo y edad en estudiantes de preparatoria.

Describir el tipo de consumo de alcohol en los estudiantes de preparatoria por sexo y edad.

III. MATERIALES Y MÉTODO

El diseño del estudio fue descriptivo de corte transversal. El muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato, las combinaciones de los niveles de estratos, las combinaciones de los niveles de semestre y turno formaron los doce estratos. La muestra se determinó considerando un IC de

95% bilateral, para un promedio en donde se obtuvo una $DE=25$ y un límite de error de estimación de .3 y al considerar un efecto de .20 la muestra final fue de 318 estudiantes, y al distribuirla a través de los estratos se encontró que se requería de un grupo de cada uno de estos estratos. Para la recolección de los datos se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol, y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] (De la Fuente & Kershenobich, 1992).

La Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA) conformada por 8 preguntas que describieron las características sociodemográficas, en las que se incluía: edad (años), sexo, semestre, grupo, años de escolaridad, estado civil, ocupación y con quién vive. Así como la prevalencia de consumo de alcohol en alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días, la edad de inicio de consumo, cantidad de bebidas típicas en un día normal y tipo de bebida alcohólica consumida. Para valorar el consumo de alcohol se utilizó el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] (De la Fuente & Kershenobich, 1992) constituido por 10 ítems. Este instrumento examinó el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses y los problemas que ocurrieron a partir de la bebida; las preguntas 1,2 y 3 hacen referencia a la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, se usó para determinar si la persona estaba bebiendo más del límite sensato de consumo de alcohol. Los ítems 4,5 y 6 exploraron la posibilidad de que exista dependencia de consumo de alcohol y 7,8, 9 y 10 se refirieron al consumo de alcohol excesivo y dañino.

Los resultados obtenidos con el instrumento reportaron un valor mínimo de 0 y valor máximo de 40 puntos, donde a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de 0 a 3 se considera un consumo sin riesgo (consumo sensato), si se obtiene una puntuación de 4 a 7 se tiene problemas para el consumo de alcohol (consumo dependiente) y de 8 a 40 puntos se considera un consumo de riesgo elevado o consumo dañino. El estudio se apejó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987). El procesamiento de los datos se realizó mediante el Paquete Estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. 0 para Windows, se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de variabilidad (varianza, desviación estándar), se usó la Estimación Puntual y por Intervalos, del 95% de Confianza.

III. RESULTADOS

En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes del estudio, el 56.6% eran del sexo femenino, en cuanto al estado civil 70.4% de los jóvenes no tiene pareja, respecto al grado escolar el 35.2% pertenecen al 6to semestre. Cabe mencionar que el 36.4% de los que trabajan son empleados. Respecto a con quién vive el estudiante el 68.9% refirió vivir con ambos padres.

Tabla 1. Prevalencia global, larsica, actual e instantánea del consumo de alcohol

Prevalencia de consumo de alcohol	Si		No		95% IC	
	f	%	f	%	LS	LS
Alcohol						
Alguna vez en la vida	238	74.8	80	25.2	70	80
En el último año	167	52.5	151	47.5	47	58
En el último mes	116	36.5	202	63.5	31	42
En la última semana	116	36.5	202	63.5	31	42

Nota: IC = Intervalo de Confianza, LI = Limite Inferior, LS = Limite Superior, % = para respuestas afirmativas, n = 167

La tabla 1 presenta la prevalencia del consumo de alcohol en donde se muestra que la prevalencia alguna vez en la vida fue de 74.8%, IC 95% [70-80], la prevalencia larsica o en el último año fue de 52.5%, IC 95% [47-58], y la prevalencia en el último mes y la última semana fue de 36.5%, IC 95% [31-42] respectivamente.

Tabla 2. Tipo de consumo de alcohol según el cuestionario AUDIT

Variable	f	%
Consumo sensato	53	31.7
Consumo dependiente	50	29.9
Consumo dañino	64	38.4

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 167

La tabla 2 se presenta los tipos de consumo de alcohol, reportados en el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), el cual fue contestado por los estudiantes que consumieron alcohol en el último año. Se observa que el 31.7% de los estudiantes presentaron un consumo sensato, el 29.9% presentó un consumo dependiente y el 38.4% un consumo dañino.

Tabla 3. Chi -cuadrada de Pearson para el tipo de consumo de alcohol por edad

Edad en años	Consumo sensato		Consumo dependiente		Consumo dañino		X ²	p
	f	%	f	%	f	%		
15 años	10	62.5	3	18.8	3	18.8		
16 años	4	12.1	13	39.4	16	48.5	14.531	.024
17 años	20	30.3	22	33.3	24	36.4		
18 y 19 años	19	36.5	12	23.1	21	40.4		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 167

La tabla 3 presenta el tipo de consumo de alcohol por edad, los estudiantes de 15 años presentan mayores porcentajes de consumo sensato (62.5%), en los estudiantes de 16 años la mayor proporción fue en un consumo dañino (48.5%) y en los de 17 años de igual forma el mayor porcentaje de consumo dañino (36.4%). En cuanto a los estudiantes de 18 y 19 años presentan un consumo dañino (40.4%) seguido de un consumo sensato (36.5%).

VI. DISCUSIÓN

En los datos sociodemográficos se obtuvo que el 56.6% de los participantes son del sexo femenino, con una edad de 15 a 19 años, en cuanto a su estado civil el 29.6% de los estudiantes tiene una pareja actualmente, respecto al grado de escolaridad el 35.2% se encuentra cursando el último semestre de la preparatoria. El 13.8% estudian y trabajan siendo en su mayoría empleados, mientras que 68.9% de los estudiantes viven con ambos padres. Estos datos son similares a los reportados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2010) el cual reporta que existe un aumento significativo en las mujeres en las edades de 15 a 19 años, las cuales se encuentran con mayor preparación académica que los hombres, una proporción de los jóvenes en estas edades reportan un trabajo remunerado y viven en sus hogares con sus padres.

En la prevalencia de consumo de alcohol global, lapsica, actual e instantánea en los estudiantes de preparatoria se encontró que el 74.8% IC 95% [70-80] ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 52.5% IC 95% [47-58] ha consumido en el último año, el 36.5% IC 95% [31-42] ha consumido alcohol en el último mes y los últimos siete días respectivamente. Estas prevalencias coinciden con los reportados por Ávila (2012), Peralta, Oliva y Esparza (2009), Armendáriz, Rodríguez y Guzmán (2008) García, Morales y Valadez (2008) y así mismo con los reportados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), donde indican un aumento significativo en las prevalencias de consumo de alcohol del 2008 al 2011. Este aumento de las prevalencias se debe a que son una población vulnerable la cual está en la búsqueda de nuevas experiencias, identidad propia y la aceptación de un grupo social, así mismo pueden tener información errónea respecto al consumo de alcohol, en donde consideran que el alcohol no causa grandes riesgos, favorece la diversión y facilita las relaciones sociales. Además cabe mencionar que el alcohol es una de las drogas legales de más fácil acceso

influenciada por los medios de comunicación. Estos datos son similares a los reportados por Cicua, Méndez y Muñoz (2008) quienes identificaron los factores asociados al consumo de alcohol en los adolescentes.

En cuanto a la prevalencia del consumo por edad se encontró que la mayoría de los estudiantes de 18 a 19 años presentaron mayor consumo que los menores de edad, estos datos coinciden con los reportados por Ávila (2012) quien documentó prevalencias similares y por la ENA, 2011. A mayor edad del estudiante de preparatoria el consumo de alcohol va aumentando esto debido a la etapa en la que se encuentra del inicio a la vida adulta y con ello aparecen los diferentes roles y nuevos grupos sociales. Los múltiples factores personales y psicosociales pueden influenciar en el consumo de alcohol en esta edad, así como el sentirse con más libertad para realizar acciones en las que se reduce la supervisión directa de los padres.

En cuanto al tipo de consumo de alcohol por edad se encontraron diferencias significativas, los estudiantes de preparatoria de 15 años el (62.5%) presentó consumo sensato, los estudiantes de 16, 17, 18 y 19 años presentaron un consumo dañino, (48.5%, 36.4% y 40.4% respectivamente) de tal manera se observa que a mayor edad el consumo de alcohol va en aumento, estos datos concuerdan con los reportados por Ávila (2012), Peralta et al (2009) y Cicua, Méndez y Muñoz (2008). Esto podría explicarse que al consumir alcohol los hace parte de una selección y socialización entre amigos, ya que para el adolescente debe existir aprobación de los pares, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen el alcohol.

VII. CONCLUSIONES

Se reportaron prevalencias altas de alguna vez en la vida, prevalencia en el último año y en los últimos siete días. Así mismo las mujeres presentaron mayor consumo en alguna vez en la vida, mientras que los varones presentaron mayor consumo en el último año, en las cuatro medidas de prevalencia de consumo de alcohol por edad fue más alta en los grupos de edad de 18 y 19 años.

En el tipo de consumo de alcohol por sexo los hombres presentaron un consumo dañino.

El tipo de consumo de alcohol por edad se reporta que los adolescentes de 18 y 19 años presentaron un consumo dañino, mientras que los adolescentes de 15 años tuvieron un consumo sensato.

VIII. REFERENCIAS

- Acosta, L.D., Fernández, A.R., & Pillon, S.C. (2011). Factores sociales para el uso en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*, 19 Spe, 771-781.
- Alderete, E., Kaplan, C.P., Gregory, M.A., & Pérez – Stable, E. (2008). Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública de México*, 50 (4), 300-301.
- Álvarez, A., Alonso, M.M., & Guidonizzi, A.C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (Spec), 634-40.
- Armendáriz, N.A., Rodríguez, L., & Guzmán, F.R. (2008). Efecto de la Autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4(1), 1-16.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], (2012). Encuesta Nacional de las Adicciones [ENA]. Recuperado el 27 de Abril, 2013 de <http://www.conacid.salud.gob.mx>.
- Cruz, A.B., Luna, Y.C., Méndez, M.Y., Muñoz, T.J, Nava, A.G., & Adán, .M.R.... et al. (2011). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniera civil. *Psicología y Salud*, 21(2), 265-271.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo el uso nocivo del alcohol, 5-7.
- Manrique-Abril, F, Ospira, J., & García-Ubique, J. (2009). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja. *Rev. Salud Pública*, 13(1), 89-101.
- Salomó, A.A., Gras, M.A., & Font-Mayolas, S. (2012). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.

Epidemiología de crisis asmáticas en instituciones de salud en Villahermosa, Tabasco.

*Dr. Horacio José Jarquin Barberena*¹, Est. Jiménez Castillo Sandra Edith
Est. Cerino Esteban Maricruz, Est. Victoria Aimee García Gil, Est. Erika Ramos*

I. RESUMEN

La prevalencia del asma y de los trastornos alérgicos resulta alarmante en México, afectando hasta una tercera parte de los niños en la población en general. Reportes epidemiológicos realizados sobre la tendencia del asma en la población de la república mexicana han manifestado resultados significativos que señalan que Tabasco ocupa el primer lugar en casos de crisis asmáticas⁶ relacionándolo a factores medio ambientales como la altitud de manera inversa y la temperatura de manera directa. En este trabajo se realizan proyecciones sobre la prevalencia de ingresos por crisis asmáticas en Villahermosa, Tabasco durante el periodo de junio del 2015 a junio del 2016. Estudio epidemiológico en el que se revisaron informes mensuales estadísticos de morbilidad sobre el asma y estado asmático de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud de México, para recopilar la prevalencia de casos nuevos del asma bronquial, y dicha información se obtuvo a través del total de números de casos reportados por las principales instituciones de salud de Tabasco, Se confirma en este estudio la alta incidencia en crisis asmáticas durante los meses del año , el impacto mayor está en la edad de niños ambos sexo 1 a 9 años

II. INTRODUCCIÓN

El asma es un importante problema de salud, que afecta a personas de todas las edades en Tabasco. Cuando esta enfermedad crónica no se controla, puede dañar la vida cotidiana y, en ocasiones, suele ser fatal. Para determinar su prevalencia se han utilizado numerosas metodologías, entre las que se destaca el boletín de la Dirección General de Epidemiología (DGE) las cuales nos han servido como referencia para conocer el estado actual del asma en el estado.

Stone Aguilar et al [1] plantean que uno de los aspectos importantes para el diagnóstico y la evolución del asma es el antecedente familiar de la enfermedad.

Existen varios problemas al clasificar el asma según la gravedad, pues esta suele cambiar con el tiempo; de ahí que en las personas que la padecen en la categoría leve, también pueden presentarla de forma aguda, lo cual podría ocasionar la muerte en cualquier momento

Los alérgenos domésticos constituyeron el primer factor predisponente en esta serie. Tal como se plantea, los hongos productores de esporas, las cuales pasan al aire y se convierten en aeroalérgenos

importantes, tienen una variación tanto estacional, y se encuentran influenciados por la humedad como principal factor que controla su crecimiento; por lo que habitualmente se localizan en cobertizos, graneros, casas (especialmente en sótanos, baños húmedos), plantas de interior, vaporizadores, humidificadores y acondicionadores del aire.

De la misma forma, las mascotas domésticas son una fuente común de aeroalérgenos, pues se ha demostrado que el epitelio descamado, adherido al pelo, se aeroliza y se convierte en un alérgeno potente, el cual es constantemente producido, al igual que las excreciones corporales. Las plumas de los pájaros domésticos, las gallinas, los patos y los gansos, también son una fuente significativa de aeroalérgenos, además de aquellas que son usadas en la fabricación de almohadas, edredones y ropa. Otro de los factores que puede causar un episodio agudo de asma es el ejercicio y el tabaquismo se asocia a la rápida disminución de la función pulmonar en los pacientes con asma y agrava los síntomas; además, puede causar una menor respuesta a los esteroides inhalados y, consecuentemente, reduce la posibilidad del control de la enfermedad. Se conoce que las personas asmáticas son más propensas a las infecciones víricas, pues estas, en específico los rinovirus y el sincitial respiratorio, incrementan la presencia de linfocitos T y eosinófilos en las vías respiratorias, que son determinantes en el proceso inflamatorio del afectado.

Uno de los estudios más importantes con respecto a la prevalencia del asma es el Estudio Internacional sobre Asma y Alergias en la Niñez (ISAAC, por sus siglas en inglés), en el que un mismo cuestionario se aplica a niños de 6 a 7 años y/o adolescentes de 13 a 14 años de edad en diversos centros en todo el mundo, con sus respectivas traducciones al idioma local. [2]

Uno de los resultados más importantes del estudio ISAAC es que la prevalencia de asma en niños en edad escolar y adolescentes tiene una gran variabilidad entre los diversos países participantes, e incluso entre las diferentes regiones de un mismo país. [3, 4,5] En la fase 1 la prevalencia de algunos centros llegó a ser 15 a 20 veces mayor que la prevalencia de otros centros. Por lo tanto es importante estudiar el comportamiento epidemiológico del asma en el tiempo sobre la población para poder conocer la prevalencia y así identificar los grupos etarios de mayor incidencia según las diferentes temporadas de la región y valorar la causa del porque se da tal comportamiento.

III. OBJETIVOS Y METAS

Conocer la prevalencia de ingresos por crisis asmáticas en instituciones de salud en Villahermosa, Tabasco durante un periodo de 12 meses.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

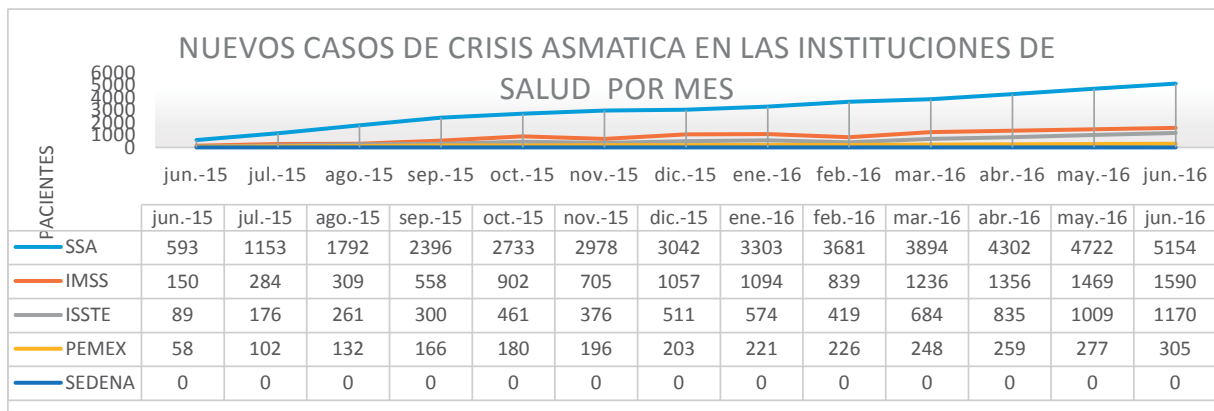
Se trata de un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de ingresos por crisis asmáticas en instituciones de salud Villahermosa Tabasco durante doce meses. Para ello se recopiló información epidemiológica de

manera retrospectiva sobre la prevalencia del asma en cada hospital que se menciona en las gráficas utilizando el boletín de la Dirección General de Epidemiología (DGE) en donde encontramos informes de morbilidad a través de los reportes mensuales del asma.

Ésta información se obtuvo del total de número de casos de asma registrados anualmente en dicha fuente. La prevalencia se calculó por los ingresos de crisis asmáticas en diferentes hospitales de Tabasco en series de tiempo anual para identificar sus componentes de tendencia, componente cíclico y componente irregular.

V. RESULTADOS

Se observa en forma general que los ingresos a los centros de salud se relaciona con los meses del año en un incremento modulado, hasta el mes de julio del 2015 a partir de esa fecha existe un ingreso que vuelve a incrementar, hasta el mes de diciembre del 2015, sin embargo es de considerar que algún factor predetermina la reducción de los ingresos para iniciar de nuevo un incremento en el mes de enero del 2016 y finaliza en el mes de junio del 2015 (figura 1)



En la cual observamos los ingresos de todas las instituciones de salud instituciones de tabasco de todos los meses del año se reporta un total de 68630. en esos ingresos la secretaria de salud reporta 39743 seguido con 11549 IMSS, ISSTE con 6865, y PEMEX con 2573. (tabla1)

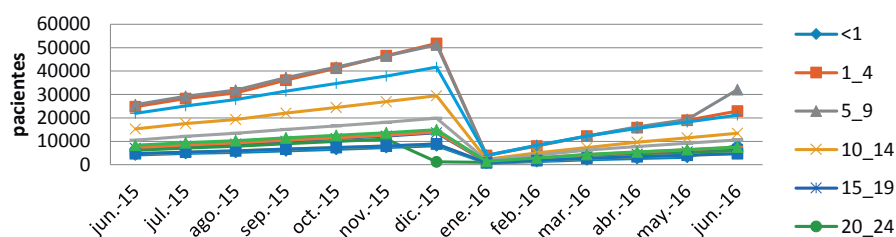
Tabla1.- tablas de ingresos de instituciones de salud de Villahermosa, Tabasco

Mes	SSA	IMSS	ISSTE	PEMEX	SEDENA	OTROS	TOTAL
Jun-15	593	150	89	58	0	0	830
Jul-15	1153	284	176	102	0	0	1615
Ago-15	1792	309	261	132	0	0	2494
Sep-15	2396	558	300	166	0	0	3420
Oct-15	2733	902	461	180	0	0	4176
Nov-15	2978	705	376	196	0	0	4259
Dic-15	3042	1057	511	203	0	0	4813
Ene-16	3303	1094	574	221	0	0	5192
Feb-16	3681	839	419	226	0	0	5165
Mar-16	3894	1236	684	248	0	0	6062
Abr-16	4302	1356	835	259	0	0	6752
May-16	4722	1469	1009	277	0	0	7477
Jun-16	5154	1590	1170	305	0	0	8219
TOTAL	39743	11549	6865	2573	0	0	60730

Los nuevos casos de crisis asmáticas reportados en las instituciones de salud por mes, se representa en la tabla 2 podemos observar la cantidad de pacientes totales que ingresan de forma acumulada durante los 12 meses del estudio y se observa una distribución de los ingresos de las instituciones a través de los meses iniciando con primer lugar de importancia la secretaria de salud, segundo lugar IMSS y tercer lugar ISSTE, PEMEX y SEDENA

TABLA 2.- nuevos casos de crisis asmáticas en las instituciones de salud por mes en la gráfica numero 3 se presenta una descripción de las crisis asmáticas reportadas durante los meses de estudio referida a la edad de los pacientes ingresados. podemos observar como resultado que el riesgo de mayor riesgo es de 1 a 4 años seguido de 5 a 9 años lo cual representa mayormente una población infantil.

Gráfica 3 .-Nuevos casos de crisis asmática de junio-2015 a junio -2016 por edad



DISCUSIÓN

El número de ingresos anuales de crisis asmáticas a las instituciones de salud de Villahermosa Tabasco confiere la importancia del asma en Tabasco, que según los reportes nacionales y estatales ocupa el primer lugar de problemas de salud, causados por asma alérgica.

Su impacto lo vemos en una disminución de la calidad de vida de estos pacientes que impacta sobre su forma de vida cotidiana y económica. Este impacto es mayor en los grupos etarios de 1 a 4 años seguido de 5 a 9 años, lo cual afecta su condición de vida y su calidad además de inasistencia a clases; para las instituciones de salud reportadas significa erogación de medicamentos y atención en camas disponibles

CONCLUSIÓN

Se confirma en este estudio la alta incidencia en crisis asmáticas durante los meses del año son los más altos comparados con otras entidades nosológicas reportadas por secretaria de salud en Tabasco.

El impacto mayor de las crisis en Villahermosa originado por las condiciones medio ambientales de cada mes impacta sobre la edad de niños ambos sexos 1 a 9 años.

Obtuvimos como resultados la prevalencia de casos que ingresan a la secretaria de salud de Villahermosa Tabasco tiene un orden de 3311.91 de ingresos mensuales.

VIII. REFERENCIAS

- [1] Stone Aguilar H, García Caballero R, López González AL, Barragán Meijueiro MM, Sánchez Coronel G. Asma infantil. Guías para su diagnóstico y tratamiento. *Alergia, Asma e Inmunología pediátrica* 2007; 14(1): 18-36.
- [2] Mario Humberto Vargas Becerra, epidemiología del asma , neumonía y cirugía de torax, 2009,68(s2)s91-s97.
- [3] The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J* 1998; 12: 315-35.
- [4] López C, Carrillo J, López J, Rincón C, Velasco J, Cairo S, y cols. Prevalencia y severidad del asma en niños de seis y siete años de Torreón, Coahuila, México. *Rev Alerg Mex* 2008; 55: 148-52.
- [5] Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Mallol J, Keil U, Mitchell E, et al, the ISAAC Phase Three Study Group. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax* 2007; 62: 758-66.
- [6] Dirección General de Epidemiología (<http://www.dgepi.salud.org.mx>)

Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo cesárea, Hospital General Balancán 2011

M. en C. Marcela Falcón Ávalos¹, D. en E. Argeo Romero Vázquez^{2*}

I. RESUMEN

Introducción. El sobrepeso y la obesidad son un serio problema en la salud pública mundial no respectando sexo ni condición social estando presente en la mayoría de las enfermedades crónicas; sufrir solo padecer obesidad pregestacional es un riesgo para diversas complicaciones durante la gestación y el parto. En la actualidad el incremento de los nacimientos por cesárea obedece a múltiples factores pero considerando la alta prevalencia del sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil no se observa asociación con los partos por cesárea. **Objetivo.** Comprobar que el sobrepeso y la obesidad pregestacional son un factor de riesgo para cesárea en mujeres que se atendieron su parto en el Hospital General en el 2011. **Material y métodos.** Estudio de casos y controles, retrospectivo y analítico. Incluyendo 78 controles; observando las variables: sociodemográficas, antecedentes heredofamiliares, antecedentes gineco-obstétricos, estado nutricional y características del parto. Dividiendo los casos y los control en grupos nutricionales según su Índice de Masa Corporal: obesidad, sobrepeso y normopeso de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Se evaluó la diferencia entre variables con Chi-cuadrado, Pearson o test exacto de Fisher (para las frecuencias bajas). Para la medida de fuerza de asociación se usó la razón de momios con intervalo de confianza del 95% admitiendo un nivel de significancia estadística de 0.05. Se utilizó programa Epiinfo 7. **Resultados.** De las variables analizadas resultaron con riesgo estadísticamente significativo; las obesas de 20 a 24 años, ama de casa obesas, el ser primigesta y multigesta por control de peso en las obesas y con peso normal y las multípara con sobrepeso. El riesgo de cesárea en las obesas resultó mayor (RM 6,45 [IC 95% 1.9137-28.5479], p 0.00247) que las gestantes de los demás grupos. **Conclusiones.** La obesidad aumenta considerablemente el riesgo de tener una operación cesárea. **Palabras claves:** Obesidad, sobrepeso, cesárea, parto eutócico.

II. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y obesidad es un serio problema de salud pública mundial que afecta la vida de millones de mujeres su origen es multifactorial, casi siempre está presente en enfermedades crónicas (Atalah 2004), (Zonana, Baldenebro y Ruiz, 2010), (De la Calle, Armijo, Martín, Sancha, Magdalena, Orral, 2009). Dada la magnitud y trascendencia es considerado en México un problema epidémico de salud pública. La Encuesta Nacional en Salud (ENSANUT 2006) demuestra a través de datos estadísticos que la obesidad en grupo de mujeres en edad fértil va en aumento; las complicaciones obstétricas en la mujer obesa pueden presentarse desde el inicio de la gestación. Existen estudios que demuestran

negativo que ejerce la obesidad en la concepción, parto y puerperio, durante el periodo del parto lo que ocasiona un aumento en el número de cesáreas, aumentando el riesgo a medida que aumenta el IMC materno (De la Calle, Armijo, Martín, Sancha, Magdalena, Omeñaca, et al., 2009), (Valenti, Sciamanna, Herrera, Dörfler, y Bonavera, 2001), además se asocia a aumento de riesgo de complicaciones del embarazo parto y puerperio (Salinas, Naranjo, Valenzuela, Maisto, Andrighetti, Zamorano, Salinas y Heuser, 2008), y la existencia de mayor morbilidad materno-fetal en mujeres obesas (Romero, Urbina, Ponce y Amador, 2006).

III. OBJETIVOS Y METAS

Comprobar que el sobrepeso y la obesidad pre gestacional son factores de riesgo de cesárea en mujeres atendidas de parto, en el Hospital General Balancán, 2011.

Metas:

Determinar al grupo nutricional de las mujeres estudiadas con mayor riesgo de cesárea.

Identificar otros posibles factores asociados a cesárea en las mujeres estudiada.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles, retrospectivo y analítico. En pacientes que se les realizó cesárea en el Hospital General de Balancán, Tabasco, México. 2011, considerando 98 expedientes a través de muestreo probabilístico, se realizó la selección de los 78 expedientes de cesárea a través de un muestreo aleatorio de mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. A cada caso se le seleccionó un control (expedientes de partos eutócicos) obtenidos a través del muestreo aleatorio simple de los 443 expedientes de mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General Balancán (HGB) en el año 2011 que cumplieron con los criterios de inclusión.

El instrumento fue estructurado y sistemático, en donde se vaciarían los datos según las variables de interés: edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación, antecedentes gineco-obstétricos (AGO), antecedentes heredo-familiares (AHF), tipo de parto, características antropométrica, semanas de gestación en el momento del parto, peso neonatal. Se solicitó al departamento de estadística la base de datos de los partos atendidos en el periodo 2011 previa autorización del director del Hospital General Balancán, donde se hizo una primera selección de los partos eutócicos y por cesárea de mujeres con edad mayor de 20 años eliminando las pacientes menores de 19 años y mayores de 35 años.

Se determinó el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada paciente tomando el peso inicial del embarazo y/o antes de las 16 Semana de Gestación (SDG), se dividió a los casos y los controles en tres grupos de acuerdo al los criterios establecidos y avalados por la Organización Mundial de la Salud; peso normal (IMC: 18.5-24.99 kg/m²), sobrepeso (IMC: 25-29.99kg/m²), obesidad (IMC: \geq 30 kg/m²). La descripción de los datos cualitativos se realizó en forma de frecuencias y proporción, y los datos cuantitativos mediante la media y desviación estándar. Para estudiar la posible diferencia de las características cualitativas se calculó la Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) o test exacto de Fisher cuando existían frecuencias bajas en alguna modalidad. Se calculó como medida de fuerza de asociación la razón de posibilidad (Razón de Momio [RM]) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Rechazando la hipótesis nula para una $p < 0.05$. Se utilizó el programa Epi-Info 7 (CDC). Los datos recolectados se transcribieron en una base de datos elaborada Excel 2007 para la realización de tablas y gráficas.

V. RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Las características de las 156 mujeres en estudio fueron las siguientes: la edad de las embarazadas estuvo en el rango de los 20 a los 34 años de ellas más de la mitad (52%) se ubicó en el intervalo de 20 a 24 años. Las desviaciones estándar para la edad de los casos osciló en 24 ± 3 y en los controles se observó de 25 ± 4 . El estado civil de la mayoría fue unión libre con un 52% y el menor lo constituyen las solteras, el 94% de las gestantes estudiadas son amas de casa sólo el 2 % trabaja como empleada. El 41% de las gestantes tiene un grado de instrucción de nivel medio ó superior, solo el 5.1% es analfabeta, el restante tiene estudios de primaria y secundaria. Dos terceras partes (64.1%) de las gestantes tienen su procedencia del área rural. Dentro del análisis bivariado de las variables sociodemográficas de las gestantes atendidas en el HGB en el periodo 2011, se observa mayor riesgo de cesárea; edad de 20 a 24 años (RM 1.86, [0.99-3.519]) con una $p = 0.0543$, en la condición del estado civil de nuestras gestantes vivir en unión libre presento un riesgo mayor (RM 1.766 [IC 95% 0.936-3.311]), las mujeres analfabetas tienen un riesgo mayor (RM 1.7123 [IC 0.3938-7.426]), el ser estudiante representa riesgo a cesárea (RM 5.274 [0.6017-46.22]), proceder de medio urbano represento mayor riesgo a cesárea (RM 1.3983 [IC 95% 0.7848-2.697]) pero estas variables analizadas no tienen significancia estadística (tabla 1).

Tabla 1. Asociación de riesgo de cesárea en relación a las variables sociodemográficas.

Variable	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
Edad	20-24	47	35	1.86	0.99-3.52	0.0543
	25-29	21	29	0.62	0.32-1.23	0.1699
	30-34	10	14	0.67	0.28-1.62	0.3747
Estado civil	Casada	28	36	0.654	0.3438-1.2416	0.19285
	Unión libre	46	35	1.766	0.9363-3.3311	0.07794
	Soltera	4	7	0.548	0.1538-1.954	0.53368*
Grado de instrucción	Analfabeta	5	3	1.712	0.3938-7.426	0.71929*
	Primaria	12	18	0.606	0.2697-1.362	0.22288
	Secundaria	27	27	1	0.5170-1.934	1
ocupación	Med-sup	34	30	1.236	0.6525-2.342	0.514991
	Ama de casa	70	77	0.114	0.0139-0.9316	0.033746*
	Empleada	3	0			0.245161*
Procedencia	Estudiante	5	1	5.274	0.6017-46.22	0.209618*
	Rural	47	53	0.559	0.2843-1.097	0.08943
	Urbana	31	25	1.398	0.7248-2.697	0.31662

Fuente: expediente clínico *Test exacto de Fisher

En relación al índice de masa corporal, vemos que en el grupo de las pacientes obesas existe riesgo para los rangos de edad 20-24 años RM 5.58 (IC95% 5.5882-26.4095), p 0.03, estadísticamente significativa, en relación a los grupos de sobrepeso y peso normal no se obtuvo significancia estadística (tabla 2).

Tabla 2. Asociación de riesgo de cesárea en relación a las variables condición nutricional y la edad

Variable IMC	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
>30	20-24	10	2	5.5882	1.1825-26.4095	0.03152*
	25-29	2	0			0.49677*
	30-34	4	1	4.1622	0.4546-38.1104	0.36685*
25-29.99	20-24	13	12	1.1	0.4673-2.5894	0.82723
	25-29	7	12	0.5423	0.2014-1.4602	0.22093
	30-34	4	7	0.5483	0.1538-1.9541	0.53368*
18.5-24.99	20-24	24	21	1.2063	0.6027-2.4146	0.59599
	25-29	12	17	0.6524	0.2882-1.4767	0.3034
	30-34	2	6	0.3158	0.0617-1.6157	0.27615*

Fuente: expediente clínico * Test exacto de Fisher

En cuanto a la asociación, índice de masa corporal y ocupación se observó mayor riesgo en las ama de casa obesas RM 5.46 (IC95% 1.5042-19.8828), $p = 0.008$, estadísticamente significativa, las estudiantes con peso normal presentaron riesgo a cesárea (RM 2.02 [IC 95% 0.1799-22.8180]), $p=1.0000$, estadísticamente no significativa (tabla 3).

Tabla 3. Asociación de la condición nutricional en relación a la ocupación

Variable IMC	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
>30	Ama de casa	14	3	5.4688	1.5042-19.8828	0.00846*
	Empleada	1	0			1.00000*
	Estudiante	1	0			1.00000*
25-29.99	Ama de casa	21	31	0.5586	0.2843-1.0974	0.08942
	Empleada	1	0			1.00000*
	Estudiante	2	0			0.49677*
18.5-24.99	Ama de casa	35	43	0.6625	0.3525-1.2452	0.20018
	Empleada	1	0			1.00000*
	Estudiante	2	1			2.0263

Fuente: expediente clínico * Test exacto de Fisher

En la escolaridad de las pacientes obesas no se observó riesgo ni asociación estadística para ningún grado de estudio, en el grupo de las pacientes con sobrepeso haber estudiado solo primaria registró más riesgo a cesárea que los demás grados de estudio pero no obtuvo significancia estadística, inversamente en el grupo de las pacientes con peso normal se registró un mayor riesgo de cesárea en las pacientes con grado de estudio de secundaria. En cuanto al estado civil en el grupo de las pacientes obesas no se observa riesgos ni significancia estadística. Las pacientes con sobrepeso y peso normal el vivir en unión libre representa riesgo a cesárea pero carece de significancia estadística. En el caso del lugar de procedencia para el grupo de las pacientes obesas y con sobrepeso se observó mayor riesgo a cesárea al provenir de medio rural contrariamente al grupo de las pacientes con índice de masa corporal normal que el riesgo a cesárea lo observaron las pacientes que provenían de medio urbano.

Variable antecedentes familiares y gineco-obstétricos

Dentro del análisis bivariado de los antecedentes heredofamiliares se observó que las pacientes que refirieron tener familiares diabéticos obtuvieron mayor riesgo a operación cesárea (RM 1.6842 [IC 95% 0.7840-3.6182]), así también las pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial, aunque no se obtuvo significancia estadística (Tabla 4). En relación a los antecedentes gineco-obstétricos analizados resultó que el ser primigesta si representa un importante riesgo a cesárea ya que al estudiar la posible influencia resulta una $X^2 = 12.3845$, $RM = 3.403$ (IC 95% 1.6975-6.845), $p = 0.0004$, por lo consiguiente se corrobora que el ser nulípara tiene a su vez una $X^2 = 24.8411$, $RM = 5.778$ (IC 95% 2.7479- 10.91), $p = 0.0000017$, estadísticamente significativa, también se observó que tener dos o más abortos representa un RM de 2.02 (IC 95% 0.1799-22.08) pero no se obtuvo significancia estadística (tabla 5).

Tabla 4. Asociación de riesgo de cesárea en relación a las Variables antecedentes heredofamiliares.

Variable	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
AHF	DM	21	14	1.6842	0.7840-3.6182	0.179115
	HAS	12	10	1.2364	0.5002-3.056	0.645462
	DM-HAS	9	7	1.323	0.4688-3.749	0.597639
	NEGADOS	36	47	0.5653	0.2995-1.067	0.077558

Fuente: expediente clínico.

AHF: antecedentes heredofamiliares DM: diabetes mellitus HAS: hipertensión arterial.

Cuadro 5. Asociación de riesgo de cesárea en relación a las variables antecedentes gineco-obstétricos.

Variable	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
Numero de Embarazo	Primigesta	38	17	3.403	1.6975-6.845	0.00043
	Secundigesta	26	20	1.7	0.8563-3.374	0.12756
	Multigesta	14	41	0.197	0.0952-0.409	0.000007
Paridad	Nulípara	51	20	5.477	2.7479-10.91	0.000001
	Primípara	17	20	0.808	0.3857-1.693	0.572285
	Multípara	10	38	0.154	0.0697-0.344	0.000002
Aborto(s)	Ninguno	60	68	0.49	0.2101-1.143	0.095109
	Un aborto	16	9	1.978	0.8159-4.797	0.126573
	2 o mas	2	1	2.026	0.1799-22.818	1.00000*

Fuente: expediente clínico * Test exacto Fisher

Las pacientes multigestas con obesidad presentan riesgo aunque no tiene significancia estadística, en cambio en el grupo de las pacientes con peso normal el ser primigesta resulto con riesgo RM 3.20 (IC95% 1.3728-7.4873), p 0.005, estadísticamente significativa en cambio en este grupo el ser multigesta resulto protector para los controles (Tabla 6). En el grupo de las pacientes con obesidad el ser multigesta y de las de sobrepeso las nulípara resultaron con más riesgo de cesárea aunque estadísticamente no significativa, llama la atención las nulíparas del grupo de peso normal que resulto con RM 3.25 (1.5108-7.0134), p 0.00198, estadísticamente significativa (tabla 7).

Tabla 6. Asociación condición nutricional en relación al número de embarazo.

Variable IMC	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
>30	Primigesta	5	0			0.05850*
	Secundigesta	5	0			0.05850*
	Multigesta	6	3	2.0833	0.5020-8.6463	0.49472*
25-29.99	Primigesta	10	8	1.2868	0.4792-3.4553	0.61622
	Secundigesta	7	8	0.8627	0.2969-2.5069	0.78594
	Multigesta	7	15	0.4141	0.1587-1.0806	0.06572
18.5-24.99	Primigesta	23	9	3.2061	1.3728-7.4873	0.0055
	Secundigesta	14	12	1.2031	0.5172-2.7988	0.66743
	Multigesta	1	23	0.0311	0.0041-0.2369	0.00000*

Fuente: cedula de recolección de datos * Test exacto Fisher

Tabla 7. Asociación condición nutricional en relación al número de partos

Variable IMC	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
>30	Nulipara	7	0			0.01357*
	Primipara	3	0			0.24516*
	Multipara	6	3	2.0833	0.5020-8.6463	0.49472*
25-29.99	Nulipara	15	8	2.0833	0.8277-5.2441	0.11392
	Primipara	5	10	0.4658	0.1515	1.4321
	Multipara	4	13	0.2703	0.0840-0.8701	0.03725*
18.5-24.99	Nulipara	29	12	3.2551	1.5108-7.0134	0.00198
	Primipara	9	10	0.887	0.3393-2.3184	0.8066
	Multipara	0	22			0.00000*

Fuente: expediente clínico * Test exacto Fisher

Variable antropométrica:

En la tabla 8, se observa que el índice de masa corporal en el rango de obesidad de los casos resulto con una RM de 6.45 (IC 95% 1.9137-28.5479), p 0.0024, estadísticamente significativo.

Tabla 8. Asociación de riesgo de cesárea en relación a las variables antropométrica de las pacientes estudiadas.

Variable	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
IMC	Normal	34	44	0.5971	0.3171-1.1244	0.10931
	Sobrepeso	24	31	0.6738	0.3479-1.3050	0.24077
	Obesidad	16	3	6.4516	1.9137-28.5479	0.00247*

Fuente: expediente clínico * Test exacto Fisher

Variables características del parto:

En la tabla 9, se muestran las variable en relación a las características del parto, se encontró evidencia de riesgo asociado a cesárea en las mujeres que tiene mas de 42 semanas de gestación pero no obtuvo significancia estadística, los productos de más de 4000 grs. tienen RM 2.6027 (IC 95% 0.4895-13.84), p=0.44233, aunque no se obtuvo significancia estadística.

Tabla 9. Asociación de riesgo de cesárea en relación a las variables semanas de gestación y peso neonatal.

Variable	Categoría	Ca n=78	Co n=78	RM	IC 95%	p
SDG	<36 SDG	0	5			0.05850*
	37-41 SDG	75	72	2.0833	0.502-8.646	0.49472*
	>42 SDG	3	1	3.080	0.313-30.27	0.62011*
Peso neonatal (g)	< 2499	4	4	1.000	0.241-4.149	1.00000*
	2500-2999	17	17	1.000	0.467-2.138	1.00000
	3000-3499	28	35	0.6880	0.318-1.308	0.25336
	3500-3999	24	20	1.2889	0.640-2.594	0.47666
	>4000	5	2	2.6027	0.489-13.84	0.44233*

Fuente: expediente clínico *Test exacto de Fisher.

VI. DISCUSIÓN

Las características del grupo de estudios variarían de los resultados de otras investigaciones, demográficamente la edad media de las gestantes obesas y con sobrepeso fue de 25 ± 4 años relativamente menor a las de las pacientes con normopeso 24 ± 3.5 años concordando con investigaciones previas (De la Calle, Armijo, Martín, Sancha, Magdaleno, Omeñaca, et al., 2009), además diferimos de otras investigaciones en donde la edad de las pacientes que sufren obesidad pregestacional es menor (Valenti, Sciamanna, Herrera, Dörfler, y Bonavera, 2001), (Romero, Urbina, Ponce y Amador, 2006), la diferencia probablemente se explicaría a que los estudios citados incluyeron gestantes primigestas sin importar la edad. De las pacientes estudiadas el 41% tienen algún grado de estudio medio o superior, el analfabetismo solo está presente en una pequeña minoría, descartando riesgo obstétrico por ausencia de grado de estudios (Secretaría de Salud, 1993). En cuanto a su condición civil también queda descartado riesgo ya que 92% de las gestantes atendidas están casadas o viven en unión libre (Secretaría de Salud, 1993). Al analizar la variable obesidad y ser ama de casa resultó ser riesgo a cesárea $RM= 5.46$, solo que al analizar en general esta variable tiene una tendencia a ser un factor protector, pero estos datos tendrían que ser estudiados más a fondo, debido a que se presta a confusión ya que el ser ama de casa es una ocupación pero implica estar en actividad física constante por lo tanto podría ser una respuesta del porque las amas de casas estén protegidas contra cesárea tal vez por la actividad física más no por la ocupación.

La procedencia de la mayoría de las pacientes que acudió a atención de parto en el periodo de estudio fue rural tanto para los casos como para los controles. Se observó aparente riesgo en la diabetes mellitus como antecedente heredofamiliar, otro estudio refiere mayor proporción (Romero, Urbina, Ponce y Amador, 2006) de estos antecedentes en sus pacientes obesas que se les realizó cesárea, contrario a nuestros resultados en donde estos porcentajes son menores, debido a que en la mayoría de los expedientes revisados los antecedentes heredofamiliares fueron negados en la historia clínica.

En los antecedentes gineco-obstétricos se encontró que en las pacientes la primiparidad y por ende la nulíparidad constituyen factores de riesgo obstétrico con una fuerte asociación estadística, se encontró además que la multiparidad es un factor protector a cesárea. En cuanto a las variables antropométricas podemos decir que el IMC previo al embarazo de las obesas encontrado en un estudio realizado en Chile (De la Calle, Armijo, Martín, Sancha, Magdaleno, Omeñaca, et al., 2009) es similar al de las gestantes obesas, pero difiere de la investigación realizada en Buenos Aires Argentina ya que el índice de masa corporal de las pacientes obesas fue mayor (Valenti, Sciamanna, Herrera, Dörfler, y Bonavera, 2001). Con respecto al tipo de parto se demuestra un aumento del riesgo de cesárea en el grupo de las pacientes obesas con respecto a los demás grupos como se ha comprobado en otros países (Atalah y Castro, 2004), (Valenti, Sciamanna, Herrera, Dörfler, y Bonavera, 2001). La presente investigación muestra la relación entre el índice de masa corporal pregestacional elevado con el riesgo de cesárea, los resultados concordaron con otras investigaciones (De la Calle, Armijo, Martín, Sancha, Magdaleno, Omeñaca, et al., 2009), (Shamah, Villalpando, Rivera y Rivera, 2007), (Sáez y Al-Hoothy, 2005), (Valenti, Sciamanna, Herrera, Dörfler, y Bonavera, 2001), (Romero, Urbina, Ponce y Amador, 2006). El riesgo encontrado en las pacientes obesas es de mayor, al igual que el observado en la Universidad de Chile (De la Calle, Armijo, Martín, Sancha, Magdaleno, Omeñaca, et al., 2009). El riesgo a cesárea fue mayor en los neonatos con mayor de 4000g pero no se pudo comprobar su asociación estadística.

VII. CONCLUSIONES

La importancia la nutrición materna en la evolución del embarazo ha sido ampliamente demostrada. La creciente epidemia de obesidad existente en la población tabasqueña, lo que obliga a analizar a las mujeres en edad fértil en el periodo gestacional y la asociación existente entre el exceso de peso. El presente estudio confirma el impacto negativo de la obesidad materna, el solo hecho de llegar al embarazo en grado de obesidad condiciona la realización de cesárea sin importar edad o condición social de la gestante, el ser gestante obesa es un alto riesgo para una cesárea. En el estudio se ve reflejado que la primiparidad y nuliparidad en las pacientes condiciona a operación cesárea.

VIII. REFERENCIAS

- Atalah, SE., Castro, SR. (2004). Obesidad materna y riesgo reproductivo. [En línea]. Rev. méd. Chile, 132(8): 923-930. Recuperado el 16 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- De la Calle, M., Armijo, O., Martín, E., Sancha, M., Magdaleno, F., Omeñaca, F., et al. (2009). Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. [En línea] Rev. chil. obstet. ginecol, 74(4): 233-238. Recuperado el 16 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-
- Romero, G., Urbina, FJ., Ponce, AN., Amador, N. (2006). Morbilidad materno-fetal en embarazadas obesas. Ginecol Obstet Mex, 74:483-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2006/gom069f.pdf>
- Sáez, V., Al-Hoothy, AK. (2005, 15 de noviembre). Relación de la Talla y el Índice de Masa Corporal Maternos con el Riesgo de Operación Cesárea. Código ISPN de la Publicación: Hospital Ginecobstétrico Clodomira Acosta Ferrales, Hospital Universitario Al Kuwait, Sana'a Yemen. [En línea]. Revista científicas.com, Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFkpyZyAVLDdPiRJK.php>.
- Salinas, H., Naranjo, B., Valenzuela, C., Maisto, J., Andrighetti, S., Zamorano, A., Salinas, J., Heuser, K. (2008). Resultados obstétricos asociados al incremento del índice de masa corporal durante el embarazo en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Publicado en Clin Invest Ginecol Obstet, 35(6):202-6. Recuperado el 16 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7/resultados-obstetricos-asociados-al-incremento-indice-masa-13129646-originales-2008>
- Secretaría de Salud. (1993). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido". Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html.
- Shamah, LT., Villalpando, HS., Rivera, S., Rivera, JA. (2007). Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional De Salud Pública. Disponible en: http://www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf.
- Valenti, EA., Sciamanna, DE., Herrera, VA., Dörfler, KA., Bonavera, F. (2001). Riesgo de operación cesárea en pacientes obesas con embarazos de término. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 20:105-109. Recuperado el 16 de abril de 2012. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91220303>.
- Zonana, NA., Baldenebro, PR., Ruiz, MA. (2010). Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. [En línea]. Salud pública Méx, 52(3): 220-225. Recuperado el 16 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

Portadores de streptococcus beta hemolíticos en estudiantes de Ciencias de la Salud, UJAT

Dra. Leova Pacheco Gil, Dr. Xavier M Boldo León, Dra. Hidemí Aguilar Mariscal

I. RESUMEN

Las infecciones asintomáticas producidas por Streptococcus Beta Hemolíticos son relativamente frecuentes y pueden ser la causa de secuelas a largo plazo que incluyen glomerulonefritis, fiebre reumática y en algunos casos alteraciones neuropsiquiátricas. Se realizó un estudio de corte transversal, en 143 estudiantes de Ciencias de la Salud de la UJAT a los que se les realizó un exudado faríngeo para buscar Streptococcus betas hemolíticos, los aislamientos fueron clasificados con antisueros específicos y se determinó la sensibilidad a Antibióticos de los aislamientos. Se determinó mediante una encuesta si tenían alguna sintomatología relacionada y se analizó la relación de los serotipos encontrados con ella. Se encontró una prevalencia de 10% en la población estudiada siendo el serotipo B el más abundante (40%) seguido de los serotipos G (33%) y A (26%). Ninguno de los aislamientos mostró resistencia a los Penicilina, Eritromicina, Amoxicilina-Clavulanato, Clindamicina o Vancomicina. Estos datos sugieren que la portación de SBH en la población estudiantil debe ser monitoreada para prevenir secuelas, diseminación a la población que atienden y evitar el uso indebido de antibióticos.

II. INTRODUCCIÓN

Streptococcus es un género de bacterias que incluye a los cocos Gram positivos, catalasa negativos que debido a que tienen un solo plano de división generan cadenas de dos o más bacterias. La clasificación de este género se inició en base a sus características bioquímicas y el tipo de hemolisis. Rebeca Lancefield sistematizó la clasificación de los mismos basado en la presencia y tipo de antígenos de superficie (Lancefield 1928). Esta clasificación, aún vigente, permite diferenciar bien los Streptococcus Beta Hemolíticos y los divide en los grupos de la A a la W. Algunos Streptococcus Alfa o Gama Hemolíticos no pueden ser clasificados de esta manera, como por ejemplo Streptococcus pneumoniae. Los principales Streptococcus patógenos para humanos que se han denominado piogénicos son Beta-hemolíticos y pertenecen a los grupos A, B, C y G de Lancefield (Kohler,2007). Streptococcus pyogenes (Grupo A) causa principalmente infecciones de piel y mucosas, el ejemplo más común es la faringitis purulenta, impétigo, fiebre escarlatina, erisipela, celulitis y abscesos en diferentes partes del cuerpo. Sin embargo, algunas infecciones pueden conducir a secuelas no piogénicas como la fiebre reumática, alteraciones cardiológicas y glomerulonefritis; algunas cepas debido a que tienen factores de virulencia más peligrosos pueden también causar síndrome de shock tóxico, fascitis necrotizante (Cunningham,2000).

Se han reportado algunos casos muy raros de meningitis, neumonía, fiebre puerperal y recientemente se han documentado casos de alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes susceptibles posteriores a la infección cuando la fuente de infección es alimentaria (Lewin, 2011). Las infecciones invasivas se han relacionado siempre a alteraciones del sistema inmunológico, infecciones virales previas o heridas en la piel (Lamagni et al ,2008; Ermet et al 2015).

La clasificación de *Streptococcus pyogenes* se basa en la tipificación de una de sus proteínas de superficie, la proteína M, que hasta hace algunos años se realizaba por métodos inmunológicos y más recientemente por secuenciación de la región variable del gen que codifica a la proteína denominado emm, con los que se han descrito más de 150 tipos (d'Humières ,2015), el serotipo que corresponde a más del 90% de los aislamientos es el M1. No existe una vacuna disponible sin embargo todos ellos son sensibles a la penicilina, aunque unas pocas cepas resistentes han sido reportadas de manera aislada; el tratamiento alternativo para los pacientes alérgicos a la penicilina es la eritromicina.

Streptococcus agalactiae (Grupo B de Lancefield), tiene importancia veterinaria pues causa mastitis bovina con una tasa de ataque de 40 %. En el humano coloniza el tracto gastrointestinal y genitourinario del 30% de los individuos sanos. Desde décadas pasadas se ha reportado como un causante de infecciones de líquido amniótico durante el embarazo provocando abortos infecciosos. En los neonatos y niños menores de 3 años causa infecciones de inicio temprano debido a la colonización en el canal del parto, se desarrolla en los primeros 5 días de vida manifestándose como neumonía, meningitis y sepsis con una tasa de mortalidad hasta del 50%. Las infecciones tardías en niños pueden ser hasta después de los tres meses, e incluyen sepsis, osteomielitis y meningitis sin embargo en diversos estudios se ha recuperado de faringe en proporciones aun mayores que el resto de los grupos (Crespo et al 2014).

Los *Streptococcus* de los grupos C y G son patógenos de origen animal y muchos son considerados oportunistas, causan las mismas infecciones que *Streptococcus pyogenes* como faringitis e impétigo. La clasificación de estos grupos ha cambiado en los últimos 40 años y se han determinado cuatro especies para *Streptococcus* grupo C (*S. equimilllis*, *S. dysgalactiae*, *S. equi*, y *S. zooepidermicus*.) y ya se ha propuesto la clasificación en subespecies.

Hasta antes de los años 80s no se habían descrito muchos casos de infecciones invasivas por los serotipos C y G, sin embargo, en los últimos 20 años se ha incrementado el número de casos de infecciones invasivas e incluso mortales por estos serotipos (Brand, 2009).

Las infecciones asintomáticas por SBH son comunes y estas se han descrito principalmente en niños y adolescentes, los individuos denominados portadores potencialmente pueden diseminarlas. Existen pocos reportes de portación de *Streptococcus* en adultos en el Estado de Tabasco y los estudiantes de Ciencias

de la Salud pueden ser la fuente de contagio para los pacientes y comunidad atendida por estos desde la época estudiantil.

III. OBJETIVOS Y METAS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de portadores de Streptococcus Beta Hemolíticos y la susceptibilidad a antibióticos de los aislamientos en estudiantes aparentemente sanos de estudiantes de Ciencias de la Salud de la DACS.

Metas:

1. Identificar a los alumnos de Ciencias de la salud de la DACS que estén colonizados con Streptococcus Beta Hemolíticos.
2. Conocer cuáles son los serotipos de SBH que colonizan a Alumnos de la DACS.

IV. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio piloto de corte transversal en una muestra no probabilística de 143 estudiantes de las carreras del área de la salud seleccionados entre los que acuden a realizar su examen médico obligatorio como estudiantes de nuevo ingreso, y alumnos de los dos primeros años de las carreras. Se solicitó por escrito su autorización para participar en este trabajo, después de explicarles detalladamente en qué consiste la toma del producto.

Las muestras de exudado faríngeo tomado en ayuno y sin aseo bucal se recolectaron utilizando un hisopo estéril, se frotó la faringe posterior y las amígdalas, evitando tocar la lengua, la parte interna de las mejillas y los dientes. Posteriormente se inocularán en Agar Sangre de Carnero al 5% y se incubaron en una estufa a 35C en ambiente microaerofílico durante 18-24 Horas, posteriormente se revisarán bajo la luz artificial reflejada para identificar la presencia de beta hemólisis, se verificó la identificación con las pruebas de tinción de Gram, Catalasa, resistencia a Bacitracina, y Prueba de CAMP.

Los cultivos que cumplieron con los criterios para pertenecer al grupo de Streptococcus piógenos Beta hemolíticos, se guardaron en glicerol a -20C hasta su uso, posteriormente fueron clasificadas en grupos utilizando una serie de anticuerpos específicos unidos a partículas de látex de los grupos de la A a la G. con el Slidex Strepto-kit (BioMérieux).

Se investigaron los patrones de resistencia a Penicilina, Eritromicina, Clindamicina, Amoxicilina-Clavulanato por el método de Kirby-Bauer de acuerdo a los criterios establecidos por la CLSI (CLSI, 2014).

Los datos epidemiológicos de las personas que participaron en el estudio como son edad, sexo, carrera, presencia de sintomatología faríngea, y así como toma de antibióticos previamente, se recabaron mediante un cuestionario. Los resultados se presentan en porcentajes, proporciones y la comparación entre grupos para las variables no paramétricas se harán realizando una prueba de Chi cuadrada con corrección de Fisher en el programa SPSS.

V. RESULTADOS

De 143 individuos estudiados, 32 (22%) eran hombres y 111 (78%) mujeres; en 15 alumnos se observó crecimiento de STBH (10%) , de estos 15 SBH grupo B se aisló en un 40% seguido por el Grupo G con 33% y 26% del grupo A (Tabla 1).

Tabla 1. Serogrupos de SBH recuperados de estudiantes de Ciencias de la Salud

Serogrupos de SBH	CASOS POSITIVOS	%
A	4/15	26
B	6/15	40
G	5/15	33

SBH: Streptococcus Beta Hemolíticos

La presencia de sintomatología asociada al aislamiento de alguno de los grupos de SBH se presentó principalmente en aquellos individuos con Streptococcus grupo B donde encontramos que el 50 % de ellos presentaba uno o más de los síntomas asociados a faringitis, solo 1 (25%) de los que tuvieron aislamiento con Streptococcus grupo A y Grupo G los presentaron (Tabla 2). La sintomatología más frecuente fue la amigdalitis leve (30%), dos de los alumnos refirieron dolor articular al momento de la toma, sin embargo ninguno presentó exudado purulento, dolor laríngeo ni declaro tener infección de vías urinarias ni cardiopatías. Fig. 1

Tabla 2. Casos con sintomatología en relación a la clasificación de Lancefield.

SBH	Grupo "A"	Grupo "B"	Grupo "G"	TOTAL
SINTOMATICOS	1/4 (25%)	3/6 (50%)	1/5 (20%)	5
ASINTOMATICOS	3/4 (75%)	3/6 (50%)	4/5 (80%)	10
TOTAL	4/4 (100%)	6/6 (100%)	5/5 (100%)	15

SBH- Streptococcus Beta Hemolíticos

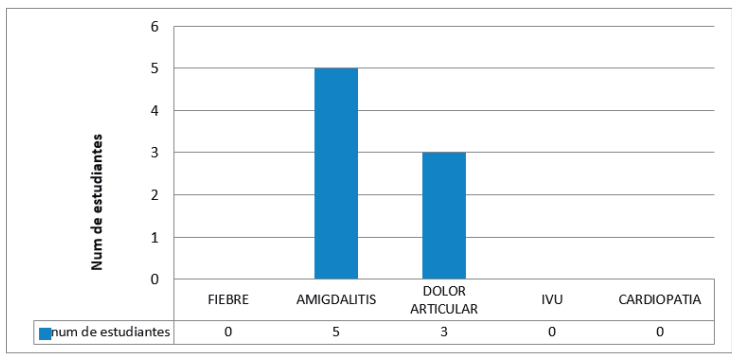


Fig1. Sintomatología asociada a los aislamientos de SBH en estudiantes de medicina

Únicamente un paciente tuvo amigdalitis leve, dolor articular con historia reciente de faringitis simultáneamente, en este paciente se aisló Streptococcus grupo B; Otro más con amígdalas inflamadas y e historia reciente de faringitis y aislamiento de Streptococcus grupo G dos de ellos reportaron haber tenido faringitis reciente con aislamiento de Streptococcus grupo G y dos más con aislamiento Streptococcus del grupo A. En general 5 de los cinco pacientes (33%) presentaron amígdalas ligeramente inflamadas, ninguno con fiebre y dos con historia reciente de faringitis (Tabla 3). Ninguno de los pacientes presentó infección de vías urinarias, o alguna cardiopatía previamente diagnosticada.

Tabla 3. Sintomatología encontrada en los diferentes aislamientos de Streptococcus Beta Hemolíticos

GRUPO DE STREPTOCOCCUS	Fiebre	Amígdalas inflamadas	Dolor articular	Historia reciente de faringitis
A	A	A	A	A
A	A	A	A	A
A	A	X	A	A
B	A	A	A	A
B	A	X	X	X
B	A	X	A	A
B	A	A	A	A
B	A	A	A	A
G	A	A	A	A
G	A	A	A	A
G	A	A	A	A
G	A	X	A	A
G	A	A	A	A
G	A	X	A	X
G	A	A	A	A
TOTAL	0/15	5/15	1/15	2/15

A- AUSENTE X - PRESENTE

En cuanto a las pruebas de sensibilidad, ninguna de las cepas recuperadas en este estudio mostro resistencia a Penicilina, Oxacilina, Eritromicina o Clindamicina.

VI. DISCUSIÓN

Aunque *Streptococcus pyogenes* es el más investigado a nivel mundial debido a las secuelas que algunos serotipos pueden causar, el aislamiento de otros serogrupos ha emergido en los últimos años como lo demuestra este estudio en individuos aparentemente sanos en los que los serotipos B y G se recuperaron en mucho mayor porcentaje, esto concuerda con estudios en otros países latinoamericanos como en Venezuela en niños (Zoiret, 2014; Abdissa 2011), y en 160 adultos de 16 a 72 años de edad donde la frecuencia de portadores fue 21,2% (n= 34) el doble de lo encontrado en este estudio , sin embargo la distribución de los serogrupos fue similar a la nuestra (Gutierrez et al 2015). En estudios donde se han incluido muchos más individuos, los estreptococos del grupo A se han aislado en mucho menor porcentaje que los serogrupos G, B y C respectivamente (Belard, 2015), Todo esto lleva a reconsiderar el papel de los estos serogrupos como causa de faringitis y sus posibles secuelas. Otro estudio en Finlandia (estudió 106 individuos de 15 a 65 años, los cuales obtuvieron 24 (22,6%) individuos portadores de estreptococos p-hemolíticos.

Por otro lado, han sido documentados brotes de faringoamigdalitis por SBHA de origen alimentario (Culqui et al, 2014), así como el desarrollo de complicaciones neuropsiquiátricas en ciertos pacientes; dado que la población estudiada en este trabajo incluye un alto porcentaje de estudiantes de nutrición, enfermería y medicina que acuden a prácticas a los hospitales, estos pueden ser una fuente de infección para los pacientes.

En estudios de casos y controles el aislamiento de *Streptococcus Beta hemolíticos* solo es ligeramente mayor en casos que en los controles (Naik et al , 2016) . En el análisis de los resultados se observa que de las 15 muestras positivas a STBH que resultaron en el laboratorio, el 70% de los estudiantes no presentaron sintomatología, por lo que se consideran portadores que pueden diseminar la infección a huéspedes susceptibles, por lo que el monitoreo de portadores se vuelve mucho más importante.

En este estudio la prevalencia de portación de STBH en el sexo masculino represento el 15%, en comparación al sexo femenino con el 9%, sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa, En este grupo de estudio no encontramos resistencia a los antibióticos probados a diferencia de estudios similares (Naik et al ,2016), en los que encuentran entre 10 y 20 % de resistencia para Eritromicina, Amoxicilina- Clavulanato y Cefalosporinas . En otros países y en especial el *Streptococcus Pyogenes* (Grupo A) ha sido reportado con niveles de resistencia hasta del 30% para Eritromicina, Clindamicina e incluso resistencia a Rifampicina del 8% (Sayyahfar, 2015). La vigilancia de la resistencia a antibióticos es otra de las prioridades de los sistemas de Salud

VII. CONCLUSIONES

El presente estudio mostró que se encontró una prevalencia global de 10. % de Streptococcus Beta Hemolíticos considerados como piogénicos, con predominio de Streptococcus del Grupo B seguidos por el G. El aislamiento de Streptococcus Beta hemolíticos grupo A fue menor que los otros grupos, lo que indica que se ha subestimado el papel de los serotipos B y G estos como causa de faringitis y probablemente de infecciones invasivas. No se encontraron cepas resistentes a Betalactámicos, Eritromicina, Levofloxacina y Clindamicina, pero la vigilancia de la aparición de cepas resistentes debe ser continua. Es importante monitorear al personal de salud para detectar los posibles portadores de este grupo de Bacterias para evitar la diseminación de Infecciones y para prevenir en ellos secuelas que puedan impedir su adecuado desarrollo personal y profesional. Este es en nuestro conocimiento el primer estudio de portadores adultos de SBH en Tabasco y el primero que se realiza en Estudiantes Universitarios de Ciencias de la Salud

VIII. REFERENCIAS

- Abdissa, A., Asrat, D., Kronvall, G., Shitu, B., Achiko, D., Zeidan, M., Aseffa, A. (2011). Throat carriage rate and antimicrobial susceptibility pattern of group A Streptococci (GAS) in healthy Ethiopian school children. *Ethiop Med J*, 49(2), 125-130.
- Belard, S., et al. (2015). "Beta-Hemolytic streptococcal throat carriage and tonsillopharyngitis: a cross-sectional prevalence study in Gabon, Central Africa." *Infection* 43(2): 177-183.
- Brandt CM, Spellerberg B. (2009) Human infections due to *Streptococcus dysgalactiae* subspecies *equisimili*. *Clin Infect Dis*. 49(5):766-72.
- Crespo-Ortiz Mdel, P., Castaneda-Ramirez, C. R., Recalde-Bolanos, M., & Velez-Londono, J. D. (2014). Emerging trends in invasive and noninvasive isolates of *Streptococcus agalactiae* in a Latin American hospital: a 17-year study. *BMC Infect Dis*, 14, 428. doi: 10.1186/1471-2334-14-428
- CLSI. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twenty-Fourth Informational Supplement. CLSI document M100-S24. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2014
- Culqui, Dante R, Manzanares-Laya, Sandra, Van Der Sluis, Sarah Lafuente, Fanlo, Albert Anton, Comas, Rosa Bartolomé, Rossi, Marcello, & Caylá, Joan A. (2014). Brote de faringo-amigdalitis por *Estreptococo b-hemolítico* grupo A. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 322-325
- Cunningham R, (2000) Recurrent Group B Streptococcal Disease in Infants: A Possible Explanation *Clin Infect Dis*. 31 (2): 627
- d'Humières, C et al (2015) Comparative epidemiology of *Streptococcus pyogenes* emm-types causing invasive and noninvasive infections in French children by use of high-resolution melting-polymerase chain reaction. *Pediatr Infect Dis J*. 34(6):557-61
- Ermert, D., Shaughnessy, J., Joeris, T., Kaplan, J., Pang, C. J., Kurt-Jones, E. A., . . . Blom, A. M. (2015). Virulence of Group A Streptococci Is Enhanced by Human Complement Inhibitors. *PLoS Pathog*, 11(7)
- Gutiérrez, Clara, Chacón, María, Pérez-Ybarra, Luis, Rivero, Hilary, Straga, Sheryl, & Luis-León, Juan. (2015). Valores referenciales de antiestreptolisina O y portadores asintomáticos de estreptococos hemolíticos en adolescentes y adultos del Municipio Francisco Linares Alcántara, Venezuela. *Revista chilena de infectología*, 32(6), 689-694.
- Kholer W. (2007) The present state of species within the genera *Streptococcus* and *Enterococcus*. *Int. J. Med. Microbiol*. 297:133-150
- Lamagni TL et al. (2008) Epidemiology of severe *Streptococcus pyogenes* disease in Europe *J Clin Microbiol*. 46(7):2359-67 *J Clin Microbiol*. 46(7):2359-67.
- Lancefield RC. The Antigenic Complex of *Streptococcus Haemolyticus* : lli. Chemical and Immunological Properties of the Species-Specific Substance. *The Journal of experimental medicine*. 1928; 47(3):481-91.

- Lewin, A. B., Storch, E. A., & Murphy, T. K. (2011). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus in identical siblings. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 21(2), 177-182. doi: 10.1089/cap.2010.0085
- Naik, T. B., Nadagir, S. D., & Biradar, A. (2016). Prevalence of Beta-Hemolytic Streptococci Groups A, C, and G in Patients with Acute Pharyngitis. *J Lab Physicians*, 8(1), 45-49. doi: 10.4103/0974-2727.176235
- Sayyahfar, S., Fahimzad, A., Naddaf, A., & Tavassoli, S. (2015). Antibiotic Susceptibility Evaluation of Group A Streptococcus Isolated from Children with Pharyngitis: A Study from Iran. *Infect Chemother*, 47(4), 225-230. doi: 10.3947/ic.2015.47.4.225
- Zoïret Chacón, M; Pérez-Ybarra, L M; Guzmán, N A; Luis-León, J J; González, Y A; Gutiérrez, C N; (2014). Aislamiento faríngeo de estreptococos betahemolíticos utilizando caldo todd-hewitt en individuos asintomáticos con y sin previo cepillado dental. *Saber. Revista Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente*, 26.

Panorama actual de la salud en Tabasco

VIH/SIDA y envejecimiento.

Una relación múltiplemente estigmatizada y discriminatoria

Dr. en Cs. Heberto Romeo Priego Álvarez, Dra. en Cs. María Isabel Ávalos García,

Dr. Manuel Higinio Morales García

I. RESUMEN

Entre los aspectos que emergen por el envejecimiento de la epidemia del SIDA destacan el “viejismo” (ageism) y el estigma, pudiéndose hablar ya de una doble, e incluso de una múltiple estigmatización: viejo, desinformado, sidoso, homosexual y pobre; pero también existen otras condiciones que se asocian a la discriminación de este segmento poblacional. Este ensayo pretende reflexionar sobre las condiciones estigmatizadoras del VIH y el envejecimiento que afectan su atención, bajo un enfoque gerontológico tridimensional (epidemiológico, sociosanitario y psicosocial) a la luz de la información existente.

Palabras clave: VIH/SIDA, envejecimiento, estigma, discriminación social.

II. INTRODUCCIÓN

Hablar de HIV-SIDA en adultos mayores sigue siendo un tabú, a pesar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que las personas de 50 años y más infectadas con el virus “aumenta en el mundo” y más lamentable lo es cuando hay vacíos en el conocimiento de este grupo etario sobre el concepto VIH/SIDA, grupos de riesgo, formas de transmisión, vulnerabilidad y otros factores que contribuyen al aumento de esta enfermedad.

Si bien, la respuesta nacional de los Estados miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) a la epidemia por el VIH ha progresado considerablemente en los últimos 35 años, tal es el caso de México donde se han establecido programas sobre el VIH, la mortalidad por el VIH ha disminuido, se han ampliado los servicios para tratar la infección y prevenir su transmisión; los avances son frágiles y queda mucho por hacer, siendo retos claves: el estigma y la discriminación, la limitada sostenibilidad financiera, los sistemas de salud endeble y los enfoques verticales deben abordarse para mantener el progreso y completar la agenda inconclusa; siendo también prioritaria la cooperación técnica para promover y proteger los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH. Al respecto, cabe apuntar el reciente posicionamiento del 08 de junio de nuestro país ante la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) en la ciudad de Nueva York, en donde el Dr. José Narro Robles en la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre VIH/

abordar los temas de la diversidad sexual y combatir la homofobia y transfobia social, con pleno respeto a los derechos humanos”, por ello consideró prioritario “fortalecer las estrategias integrales que respondan a las necesidades y proporcionar los elementos para una sexualidad responsable, informada y protegida”.

el problema del creciente envejecimiento de los portadores y enfermos del VIH/SIDA en el mundo se encuentra en dilema a los sistemas sanitarios, a los profesionales de la salud y científicos, ya que no están debidamente preparados para afrontar este problema, y por otra parte, y aun más importante, es el impacto que el VIH/SIDA tiene en los hogares de los afectados por lo que se hace necesario conocer los estigmas y discriminación relacionados con el VIH/SIDA y envejecimiento que son obstáculos importantes para la prevención y tratamiento.

En esta premisa, este ensayo pretende reflexionar sobre las condiciones estigmatizadoras del VIH y el envejecimiento que afectan su atención bajo un enfoque gerontológico tridimensional (epidemiológico, sanitario y psicosocial) a la luz de la información existente.

Envejecimiento de la epidemia del sida

La OMS considera personas de edad avanzada entre los 60 y 74 años; personas viejas o ancianas de 75 a 90 años; y grandes viejos o grandes longevos a personas que superan los 90 años. Personas de la tercera edad son todos aquellos individuos mayores de 60 años. Si bien esta no es la definición de la OMS en cuanto a la vejez o ancianidad, la mayoría de los estudios en VIH-SIDA establecen como población adulta mayor a la que pertenecen los de los 50 años de edad.

En el informe World AIDS Day del 2015, la OMS reporta un aumento de personas mayores infectadas con el VIH, destacándose que:

- El número de personas mayores de 50 años con VIH está aumentando en todo el mundo.
- La cifra de mayores de 50 años seropositivos es “sorprendentemente elevada”.
- A esa edad, la gente es menos propensa a usar condones para protegerse durante las relaciones sexuales.
- Los médicos raramente someten a sus pacientes (ancianos) a una prueba de VIH, de forma que el diagnóstico es habitualmente tardío.
- Cuanto mayor es una persona, más rápido la infección del VIH da lugar al desarrollo del SIDA.

Los autores del informe señalan que la actividad sexual parece ser la principal forma de transmisión del VIH en las personas mayores. Con la aparición de los fármacos que favorecen la erección masculina se prolongó la actividad sexual de las personas mayores, pero no se generó la conciencia suficiente sobre la importancia del uso del preservativo en esta población que “es menos propensa que las generaciones jóvenes a tener relaciones sexuales protegidas” y tampoco a realizarse rutinariamente pruebas de detección del

50 años” y, que “estos individuos tienen menor tiempo entre el diagnóstico y la aparición del SIDA, lo que refleja tanto un avance más rápido al SIDA que se relaciona con la edad como el fracaso de los médicos en la consideración del VIH como diagnóstico”.

La escasez de datos sobre la prevalencia de esta enfermedad en adultos mayores, la falta de campañas de prevención para esta población y la baja indagación por parte de los profesionales de la salud sobre las conductas de riesgo, manifiestan que los prejuicios sobre la sexualidad en la tercera edad siguen vigentes, sin tener en cuenta que la cifra de mayores de 50 años que contrajeron el virus es “sorprendentemente elevada” (según la OMS).

Al respecto, cabe apuntar que la expectativa de vida de las personas que viven con HIV/SIDA ha experimentado un aumento considerable en la era de los tratamientos antiretrovirales (TAR). Además, se ha descrito el aumento de infecciones nuevas en adultos de mayor edad. Las personas de alrededor de sesenta años son actualmente más activas que hace unos veinte años. Evidentemente, esto incluye la actividad sexual, facilitada en muchos casos por nuevos medicamentos tales como el sildenafil y compuestos similares.

Algunos de los problemas nuevos relacionados con la población de 50 y más años incluyen a los médicos, quienes frecuentemente no consideran que esta población está en riesgo de padecer HIV, por lo que retrasan los test de detección de pacientes que presentan síntomas hasta que descartan otras enfermedades. Igualmente es menos probable que los pacientes asintomáticos se presenten espontáneamente para hacerse la prueba de HIV y que, la probabilidad de que los pacientes de mayor edad sufran comorbilidades que requieren la prescripción de medicamentos concomitantes es mayor que para los pacientes más jóvenes, y con potencial para interacciones entre medicamentos.

Las toxicidades de TAR, particularmente, la dislipidemia, resistencia a la insulina y pancreatitis también pueden ser peores en pacientes mayores con HIV. Hay mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en pacientes mayores, la exposición a inhibidores de proteasa se ha destacado como un factor de riesgo propiamente dicho. En particular, las drogas tales como indinavir y lopinavir/ritonavir, pero también los NRTI como abacavir y didanosina se han asociado con un mayor riesgo de dislipidemia, síndrome metabólico y/o infarto de miocardio y otros eventos relacionados. Dado que algunos de estos hallazgos no se confirmaron en otros estudios, se recomienda precaución cuando se recetan dichos medicamentos a pacientes que presentan otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, ahora se entiende que la patogénesis de la enfermedad del HIV es que el virus induce una respuesta inflamatoria permanente que tarde o temprano afecta distintos órganos y sistemas, como el SNC, hígado, riñones, huesos y otros, y también afecta el riesgo de padecer “cáncer no asociado con SIDA”.

En resumidas cuentas, el SIDA puede considerarse como una enfermedad que acelera el envejecimiento por la inducción de la activación inmune que, a su vez, promueve el estado inflamatorio, responsable del mayor aumento de enfermedades graves de órganos esenciales, pero se ha demostrado que el uso de

disminuyen la carga viral, lo que evidencia la reconstitución inmunológica y el control virológico, de ahí la importancia de una buena adherencia terapéutica y un adecuado control médico para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Un enfoque gerontológico en la relación VIH/SIDA y el envejecer

Para el estudio gerontológico de las consecuencias inmediatas del envejecimiento del SIDA deben considerarse al menos tres dimensiones de análisis: I. Epidemiológico, II. Sociosanitario (cuidado clínico y organización de la atención médica), y III. Psicosocial (Figura 1).

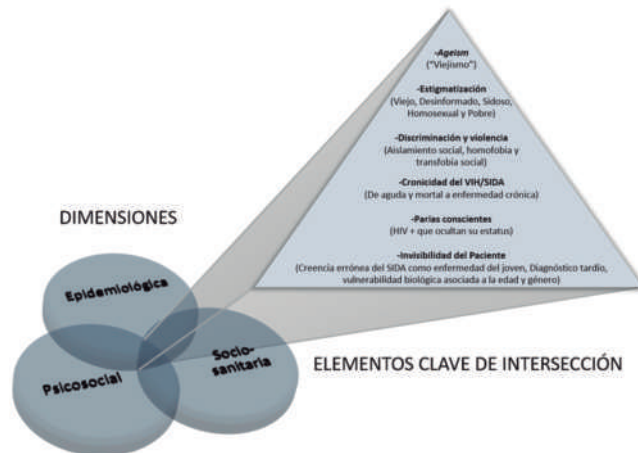


FIGURA 1. Enfoque gerontológico de la relación VIH/SIDA y envejecimiento.

Desde lo epidemiológico considerar que un mayor tiempo de vida de las personas que viven con HIV implica mayores índices de prevalencia, ya que los índices de incidencia están estables o en aumento y, por lo tanto, la carga logística y financiera para la sociedad aumentará a medida que pasa el tiempo.

A partir de un punto de vista clínico, el escenario futuro requiere la vinculación de la práctica de la medicina del HIV con la atención de enfermedades crónicas (componente socio-sanitario). Esto podría ser posible a corto plazo en países ricos con sistemas del cuidado de la salud organizados razonablemente, pero, ciertamente, añade un nuevo desafío para los países de bajos ingresos con sistemas de cuidado médico desorganizados.⁸

Los aspectos psicosociales que emergen por el envejecimiento de la epidemia del SIDA enfatizan el "viejismo" (ageism) y el estigma. El estigma tiene a menudo que ver con las aptitudes de las personas para con los demás. El término según su definición tradicional, se refiere a una marca corporal que representa una mancha mayor en la persona. En su libro titulado "Estigma: La identidad deteriorada" (publicado inicialmente en 1963) el sociólogo Erving Goffman afirma que la palabra "estigma" hace referencia a aquellos atributos indeseables que son incongruentes con el estereotipo generalizado de cómo debe ser cierto tipo de individuo. El estigma es por tanto una sensación de marginación y una marca diferente socialmente inaceptada. Diversos estudios consideran puntos de estigmatización que suelen conjuntarse: sidoso, homosexual, viejo y pobre.

Aspectos relevantes también lo constituyen lo relacionado con vinculación, apoyo y aislamiento social, discriminación y violencias hacia el adulto mayor infectado. ,

El estigma y la discriminación son dos cuestiones separadas pero que a la vez están interrelacionadas, ambas continúan figurando entre los aspectos más incomprendidos de la epidemia del sida. Esta falta de comprensión es probablemente debida a la complejidad de estas dos cuestiones y a las fallas e imperfecciones en las herramientas y métodos que se utilizan en su identificación. La discriminación tiene lugar a partir de estas consideraciones estigmatizantes y pueden llegar a ser violatorias de los derechos humanos de quienes viven con VIH/SIDA y sus familiares, también genera restricción o exclusión social, por eso muchos afectados pueden asumirse como “parias conscientes” (sujetos HIV positivos que ocultan su estatus de infectado en vez de luchar por adaptarse desde esa posición – estigma, lo que conlleva a temor a ser etiquetado o relegado socialmente, sufrimiento silencioso y demora en la búsqueda de atención), y los aspectos de género “El SIDA aumenta en edad y se feminiza” ya que las mujeres mayores son más vulnerables frente al VIH que los hombres por cuestiones biológicas (con el paso de los años el tejido vaginal se vuelve más frágil presentando un alto riesgo de contagio durante las relaciones sexuales sin preservativo), anatómicas (en las mujeres mayores la infección lleva más rápido a la muerte, entre los factores se encuentran la fragilidad de las mucosas y la deficiencia de estrógeno), sociosanitarias (un diagnóstico tardío porque la mujer no se imagina que puede contraer SIDA y los profesionales de la salud no indagan en la vida sexual de los pacientes mayores, mucho menos si son mujeres, y la progresión de la infección a la etapa de la enfermedad se da en un lapso mucho más corto que en los hombres mayores) y psicosociales (los hombres mayores cada vez más consumen fármacos para contrarrestar la disfunción eréctil y a veces suelen recurrir a trabajadoras del sexo y a prácticas peligrosas porque en su generación no usaban preservativo, después vuelven a sus casas y contagian a sus esposas o parejas; las mujeres también suelen recurrir a prácticas peligrosas “relaciones sexuales sin preservativo” cuando tienen alguna relación ocasional, dado que son mujeres de 50 años y más, sin pareja, divorciadas o viudas, pero como ya pasaron la edad reproductiva no se cuidan sin tener en cuenta que pueden contraer el VIH).

En el caso de la actividad sexual de los varones viejos, aunque la disfunción eréctil es común y los fármacos están ampliamente disponibles en los países en desarrollo, no se han realizado estudios de su posible contribución al impacto de la epidemia de VIH, pero su uso en los países industrializados se relacionó con prácticas de seguridad riesgosas. Sin embargo, la responsabilidad no está en estos medicamentos, sino en la falta de información. No se ha estudiado tampoco la actividad sexual de las personas mayores de los países pobres, por eso no hay datos sobre la prevalencia de VIH entre las personas de edad en países en desarrollo.²⁶

A los anteriores estigmas y elementos de discriminación debe añadirse el de ser “viejos desinformados” sobre el VIH y a la falsa creencia de que el SIDA es una “enfermedad de jóvenes”, tanto por este segmento etario como por los profesionales de la salud, haciendo de los viejos infectados una “población invisible” que conlleva a un diagnóstico y tratamiento tardío.

III. CONCLUSION

Las múltiples condiciones de estigmatización: viejo, desinformado, sidoso, homosexual y pobre, aunadas a otros factores de discriminación social, generan una progresión silenciosa y una atención tardía de la epidemia del SIDA en los adultos mayores. El sistema sociosanitario no identifica oportunamente las necesidades de esta población que adquiere características de invisibilidad. Ante el crecimiento de casos de VIH en personas de 50 y más años que ponen en dilema a los sistemas sanitarios, los profesionales de la salud y a los hogares mismos, se hace necesario conocer los estigmas y los aspectos de discriminación relacionados con el VIH/SIDA y el envejecimiento, que son obstáculos importantes en su prevención y tratamiento.

IV. REFERENCIAS

1. Teixeira de Souza Martha H, Stein Backes Dirce, Asta Periera Adriana D, de Lima Ferreira Carla L, Freitas Medeiros Hilda M, Teixeira Marchiori Carla R. Nível de Conhecimento de um grupo de idosos em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Avances en enfermería* Enero – Junio 2009; XXVII (1):22-29.
2. Caffé Sonja, Roses-Periago Mirta, Ghidinelli Massimo, Alonso González Mónica, Mazin Rafael, Zacarías Fernando, Pérez Freddy, Sued Omar, del Riego Amalia, Vila Marcelo. Treinta años del VIH en la Región de las Américas: reflexiones sobre la epidemia por VIH y la cooperación técnica de la OPS. *Actualidades en SIDA* Agosto 2011;19(73):79-84.
3. Secretaría de Salud. La atención del VIH demanda construir sociedades incluyentes: Discurso del Dr. José Narro Robles. Boletín Informativo. Facebook.com/secretariadesaludMX. 08 de junio de 2016.
4. Gorman Christine. The Graying of AIDS. *Time* 0040781X August 2006;168(7).
5. Wachter, Kenneth W, Knodel John E, VanLandingham Mark. AIDS and the Elderly of Thailand: Projecting Familial Impacts." PSC Research Report No. 00-446. May 2000.
6. OMS. Definition of an older or elderly person. Disponible en: [http:// www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/index.html). 2010.
7. Chiao Elizabeth Y, Ries Kristen M, Sande Merle A. AIDS and the Elderly. *Clinical Infectious Diseases*, april 1999;28(4): 740-745.
8. Kaye Richard A, Markus Theodore. AIDS teaching should not be limited to the young. *USA Today Magazine* 01617389. Sep 1997;126(2628):1-5.
9. Eboyei FA, Taiwo M.O. Risk Perception of HIV/AIDS Infection among Elderly in Ile-Ife of Southwest Nigeria. *Indian Journal of Gerontology* 2014;28(2):213–230.
10. Correa Santana Pedro P, Andrade Marilda, dos Santos Érik I, do Espírito Santo Fátima H, de Souza Braga André L, Teixeira Fhelipe A. Evidências científicas de enfermagem acerca do HIV/AIDS entre idosos: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Baiana de Enfermagem*. jul./set. 2015;29(3):278-289.
11. Elders and AIDS: An emerging challenge for LTC providers? *Brown University LongTerm Care Quality Advisor*, 10951083, Sep 97;9(17):1-4.
12. Cahn Pedro. El futuro de la epidemia. *Actualizaciones en Sida e Infectología*. Diciembre de 2013; 21(82): 97-106.
13. Cuzin L, Delpierre C, Gerard S, Massip P, Marchou B. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy in patients with HIV infection aged >50 years. *Clin Infect Dis*. Sep 2007 Se1;45(5):654-657.
14. Gebo KA, Moore RD: Treatment of HIV infection in the older patient. *Expert Rev Anti Infect Ther*. Oct 2004;2(5):733-43.
15. DAD Study Group: Class of Antiretroviral Drugs and the Risk of Myocardial Infarction. *N Engl J Med*. 2007;356(17):1723-1735.
16. Westring Worm S, Sabin C, Weber R et al: Risk of Myocardial Infarction in Patients with HIV Infection Exposed

to Specific Individual Antiretroviral Drugs from the 3 Major Drug Classes: The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs. *JID* 2010;201 (1 February) epub.

17. Hernández Requejo Daymé, Abad Lamoth Abad, Valle Carvajal Elizabeth B. *Rev Cubana de Investigaciones Biomédicas* 2013;32(2):139-146.

18. Inelmen Emine M, Gasparini Giulia, Enzi Giuliano. HIV/AIDS in older adults A case report and literature review. *Geriatrics*. Sep 2005;60(9):2630.

19. Goffman Erving. *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1970.

20. Masten J. Aging with HIV/AIDS: The experience of gay men in late middle age. *Dissertatio Abstracts International, A:The Humanities and Social Sciences*. 2007;67(9):3593.

21. Lyons A, Pitts M, Grierson J, Thorpe R, Power J. Ageing with HIV: Health and psychosocial well-being of the older gay man. *AIDS Care*. 2010;22(10):1236-1244.

22. Parker R, Aggleton P. HIV/AIDS related stigma and discrimination: A conceptual, framework and agenda for action. Retrieved September 2011 from www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdcncptl-fmwrk.pdf

23. Emler CA, Gerkin A, Orel N. The graying of HIV/AIDS: Preparedness and needs of the aging network in a changing epidemic. *Journal of Gerontological Social Work*. 2009;52(8):803-814.

24. Frost D.M, Parsons J.T, Nanin J.E. stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men. *Journal of Health Psychology* 2007;12:636-640.

25. Roger Kerstin S, Mignone Javier, Kirklan Susan. Social Aspects of HIV/AIDS and Aging: A Thematic Review. *Canadian Journal on Aging*. 2013;32(3): 298-306.

26. Levy-Dweck S. HIV/AIDS fifty and older: A hidden and growing population. *Journal of Gerontological Social Work* 2005;46(2):37-50.

27. Pointdexter C, Shippy A. HIV diagnosis disclosure: Stigma management and stigma resistance. *Journal of Gerontological Social Work* 2010;53:366-381.

28. Collymore Yvette. Estigma y discriminación relacionados con el SIDA. Population Reference Bureau, 2002 disponible en <http://www.Prb.org/SpanishContent/2002/EstigmaydiscriminacionrelacionadoconelSIDA.aspx>

29. Zirulnik Jorge. El HIV y los nuevos parias. Diálogo imaginario sobre el SIDA con Hannah Arendt. *Actualizaciones en SIDA* . Junio 2010;18(68):70-73.

30. Comentarios vertidos por la Dra. Liliana Gastrón, directora del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Luján, y profesora de la Universidad Salud y de la Universidad Nacional de Entre Ríos de Argentina al *Diario Popular* en la nota periodística de Muñiz Natalia. Crecen los casos de SIDA en adultos Mayores. Disponible en: http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2009/04/crecen_los_casos_de_sida_en_ad.html
Consultado el 24 de mayo de 2016.

31. Patterson Patricia. Adultos mayores y VIH. *Geriatría Clínica Web* 2014;8(04):94-98 Disponible en: http://www.geriatriclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201404

ÁREA DE PSICOLOGÍA, SOCIEDAD Y SALUD



Capítulo 19

Actitudes ante la homosexualidad de la comunidad universitaria de la Licenciatura en Médico Cirujano de la UJAT.

*María Guadalupe Jiménez Solís, Viviana Valencia Ramón, William Bécquer Pérez Ascencio
Miguel Fernando Ríos Sánchez, Juan Carlos Martínez Zenteno*

Capítulo 20

Ambiente educacional percibido por estudiantes de la Licenciatura en Médico Cirujano.

*Saraí Aguilar Barojas, Alejandro Jiménez Sastré, Elsy del C. Quevedo Tejero, Ma. Luisa Castillo Orueta
Ma. Guadalupe Jiménez Solís*

Capítulo 21

Situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso.

Martín Antonio Aguilar

Capítulo 22

Conflicto de la identidad del yo y dinámica familiar. "Análisis de caso"

*Aline Aleida del Carmen Campos Gómez, Ariani Victoria Alvarado Morales,
Angélica Patricia Hernández Hernández, José Luis Ventura Martínez*

Capítulo 23

Conocimiento, creencias y actitud hacia la lactancia materna en una institución de atención primaria de seguridad social de Tabasco.

*Aralucy Cruz León, Diana Ortiz Solís, María Esther Gerónimo Zurita, Rosa Ma. Arriaga Zamora
Fabiola Morales Ramón, Crystell Guadalupe Guzmán Priego*

Capítulo 24

Desarrollo de habilidades sociales y disminución de problemas conductuales en niños y niñas institucionalizados.

Mariana Morales Alejandre, Jorge Ramón Navarrete Centeno

ÁREA DE PSICOLOGÍA, SOCIEDAD Y SALUD

Capítulo 25

Explorando estrategias y motivación para el aprendizaje en estudiantes de nuevo ingreso de la Licenciatura en Psicología.

*Claudia Soledad de la Fuente Pérez, Alba Cerino Soberanes, Agustín Jiménez Javier,
Karla Cecilia Gómez Castillo, Héctor Herrera Barragán*

Capítulo 26

Nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama.

*Taina Karen Margarita Cortés Rodríguez, Valentina Rivas Acuña, Renán García Falconi,
Margarita Magaña Castillo, Eva Zetina Hernández*

Capítulo 27

Presencia de síntomas del síndrome de burnout en médicos residentes de pediatría en un hospital de alta especialidad.

*José Luis Ventura Martínez, Leova Pacheco Gil, Cynthia del C. Gómez Gallardo,
Dulce María Jiménez Jiménez*

Capítulo 28

Representaciones sociales de la marihuana construidas por estudiantes de educación media superior en el contexto de los foros juveniles de centros de integración juvenil.

*María Trinidad Fuentes Álvarez, Miguel Ángel Escalante Cantú,
Rodrigo Emanuel Madrigal Morales*

Capítulo 29

Relación entre riesgos psicosociales, estrés y depresión en docentes de primaria del sector 2 de Villahermosa.

María Trinidad Fuentes Álvarez, Raymundo Márquez Amaro, Stephanie Cancino Payró

Capítulo 30

VIH/SIDA y envejecimiento. Una relación múltiplemente estigmatizada y discriminatoria.

Heberto Romeo Priego Álvarez, María Isabel Ávalos García, Manuel Higinio Morales García

Capítulo 31

El significado social de la diabetes mellitus gestacional en mujeres del Estado de Tabasco.

*Marcelina Cruz Sánchez, Keila Gabriela Cisneros González, David Ríos Reyes,
Esmeralda Estrada Martínez*

Actitudes ante la homosexualidad de la comunidad universitaria de la Licenciatura en Médico Cirujano de la UJAT

Mtra. María Guadalupe Jiménez Solís, Mtra. Viviana Valencia Ramón

Est. William Bécquer Pérez Ascencio, Est. Miguel Fernando Ríos Sánchez

Est. Juan Carlos Martínez Zenteno

I. RESUMEN

En este trabajo se presentan resultados obtenidos de un estudio realizado en la División Académica de Ciencias de la Salud (DACs) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; organizado por estudiantes de la Licenciatura de Médico Cirujano con colaboración de Profesoras especialistas en el tema, cuyo propósito fue conocer e identificar la escala de actitudes de aceptación ante la homosexualidad de los diversos actores de la comunidad universitaria. Se realizó un estudio de tipo descriptivo. Se procesó y analizó un corpus de 258 encuestas estructuradas efectuadas a la comunidad de la DACs. En los resultados de las encuestas encontramos actitudes positivas que son el 53% de 258 encuestados, los que mantienen actitudes neutrales son el 35% y se encontró un porcentaje significativo de personas homonegativas que representan el 12% de la muestra. La homonegatividad en la comunidad universitaria está presente y es una realidad social que necesita ser estudiada para educar e informar sobre esta preferencia de género y así minimizar el rechazo en todo lo posible, esto a beneficio de la comunidad homosexual y la sociedad en general.

II. INTRODUCCIÓN

La homosexualidad como práctica sexual humana ha existido a lo largo de la historia. Antes de la civilización griega, se encontró la existencia de ésta en Sumeria y en China. Existen registros que se remontan a la civilización griega con la poetisa Safo, que vivió en la isla de Lesbos a finales del siglo VII antes de Cristo y comienzos del siglo VI; así, el término lesbianismo deriva del nombre de dicha isla. Por otra parte, el primer poeta que escribió sobre homosexualidad masculina fue Anacreón de Teos, a comienzos del siglo VI a.C. (Ardila, 1998).

Desde la antigüedad, la visión de la homosexualidad ha evolucionado y con ella la actitud hacia ésta. Ya para finales del siglo XIX y durante el siglo XX comenzaron a presentarse movimientos de liberación homosexual. Para el año 1969 surge un movimiento gay que, según Pérez (1999), marcó un hito en la historia de esta comunidad. Por todo lo mencionado, pareciera que las acciones llevadas a cabo a lo largo de la historia para aminorar la conducta homosexual, colocándola en desventaja frente a la posición heterosexual, no han podido disminuir su prevalencia. En lugar de ello, aparentemente, han contribuido a infundir sentimientos de culpa, inadecuación y estigmatización en las personas que muestran esta preferencia, obstaculizando con esto la aceptación de dicha condición (Szymanski, Cheng, Balsam, 2001) y por ende, pudiendo influenciar las

actitudes hacia esta conducta. En este sentido, Ortiz (2005) menciona que los individuos van incorporando desde pequeños el punto de vista dominante en cuanto a la orientación sexual, con lo que adquieren creencias sobre el estigma, una idea general de lo que significa portarlo y de las consecuencias que le acarrea poseer una orientación sexual no dominante. En la niñez las personas homosexuales varones y hembras aprenden los significados negativos y los estereotipos de género asociados a la homosexualidad, para posteriormente aplicarlo a sus propias personas.

En México, la homosexualidad es legal desde 1871, siendo ilegal la discriminación a los ciudadanos debido a su orientación sexual. El 29 de abril de 2003 se aprobó la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la cual dio origen al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) que se encarga de recibir y de resolver casos de discriminación. Además, México apoyó los principios de Yogyakarta en 2007 y la declaración de la ONU sobre orientación sexual e identidad de género en 2008.

El término homofobia fue introducido en la literatura científica a finales de la década de los sesenta, siendo Weinberg quien asentó su uso. Weinberg (1972) lo definió como el miedo a estar en cercanía de personas homosexuales, así como el temor, odio e intolerancia irracionales hacia el deseo homosexual y su manifestación pública. Herek (2000) criticó el término homofobia por su connotación clínica y propone sustituirlo por prejuicio y autoestigma que son términos de la psicología social; el primero se aplicaría a personas con orientación heterosexual y el segundo a personas con orientación homosexual. Desde esta sugerencia, Mayfield (2001), así como Currie, Cunningham y Findlay (2004) emplearon el término de homonegatividad introducido por Hudson y Rickets (1980).

Por lo anterior, y en base a la investigación realizada y el instrumento de medición cualitativa conoceremos las actitudes de la comunidad universitaria de la Licenciatura en Médico Cirujano de la División Académica de Ciencias de la Salud.

III. OBJETIVOS Y METAS

Conocer las actitudes ante la homosexualidad de la comunidad universitaria de la Licenciatura en Médico Cirujano de la UJAT.

Metas:

Caracterizar la escala de actitudes de aceptación ante la homosexualidad de los diversos actores de la comunidad universitaria

Identificar la escala de actitudes de homonegatividad u homofobia ante la homosexualidad de los diversos actores de la comunidad universitaria

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, se realizara una encuesta a la comunidad universitaria de la licenciatura médico cirujano.

El universo está conformado por 1720 personas: 1501 alumnos del plan 2010, 86 del plan 2006, 121 docentes y 12 administrativos. Se elegirá una muestra del 15% que dan como resultado 258 personas a las cual se les aplicó la encuesta.

V. RESULTADOS

Las actitudes más frecuentes fueron las positivas que son el 53% de 258 encuestados, los que mantienen actitudes neutrales son el 35% y se encontró un porcentaje significativo de personas homonegativas que representan el 12% de la muestra.

Las personas que se encuestaron forman parte de la comunidad universitaria, el 61% de la muestra fueron femeninas que representan 158 de las encuestados de un total 258 personas y el 39% masculinos. Proporcionalmente dentro de las personas homonegativas por géneros las personas femeninas son las que representan el mayor porcentaje.

De las 258 personas encuestadas la mayoría oscila de 18 a 22 años de edad. En el porcentaje de homonegatividad por edad las personas de 17 a 20 años representan los valores más altos haciendo un total de más del 50% de personas con actitudes negativas.

Respecto a la religión, el 61% la comunidad universitaria se declararán católicos. El porcentaje de personas homonegativas por religión se encuentra casi al mismo nivel, los católicos representan el 25.8%, adventistas 22.58%, presbiterianos 16.12%, pentecostés 12.90% y otros 22.58%, la mayoría de las personas homonegativas que presentan un rechazo hacia la homosexualidad son los católicos pero esto no es proporcional con el número de católicos entrevistados puesto que ellos siendo 158 personas solo 8 salieron homonegativos mientras que los adventistas y presbiterianos siendo pocos más del 50% de los encuestados son homonegativos.

La ocupación de la comunidad universitaria se conforma por estudiantes, administrativos y docentes. El 91% de los encuestados son estudiantes que significan 235 personas de 258, el personal administrativo da un total del 15%, mientras que el personal docente un 3%. De 235 estudiantes encuestados 26 dieron homonegativos a la escala suponiendo el 83.87% de un total de 31 encuestas homonegativas en toda la comunidad, gran diferencia dentro de los docentes porque ellos siendo un total de 15 personas encuestadas 4 dieron homonegativas a la escala, significando el 12.90% del total de personas que presentan en algún grado de rechazo hacia los homosexuales en toda la comunidad universitaria.

VI. DISCUSIÓN

La escala aplicada demuestra que en la comunidad universitaria existe un 12% de rechazo hacia la homosexualidad. En comparación con un estudio realizado por Campo, Herazo, Cogollo (2010) en un meta-análisis en el que seleccionaron 8 estudios (3 de Estados Unidos de América, 2 de Inglaterra, 1 de Australia, 1 de Alemania y 1 de Suecia), que entre el 7 y 16 % de estudiantes de enfermería rechazaron la homosexualidad, mientras que en el mismo estudio el rechazo hacia los homosexuales es mayor de parte de los hombres, en nuestro estudio en la DACS las mujeres son las que tienen mayor homonegatividad representada en un 61%. Otros estudios como los de Parker y Bhugra (2000) reportaron que entre el 10 y 15 % de estudiantes británicos de medicina manifestaron actitud negativa hacia la homosexualidad. También en estudiantes estadounidenses Klamen, Grossman y Kopacz (1999) obtuvieron 13 % de respuestas de rechazo. Moral y Valle (2012) hallaron una actitud de rechazo en el 21 % en estudiantes mexicanos de medicina y en el 4 % el rechazo fue extremo. En estos estudios hechos en distintos países occidentales con diversos instrumentos aparece un porcentaje promedio del 14 % de rechazo, lo cual se confirma al igual en esta investigación realizada en la comunidad universitaria de la Licenciatura en Médico Cirujano que dio un 12% de rechazo hacia homosexuales cifra que se acerca a los diversos estudios realizados en diferentes países.

VII. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en estos estudios tiene una coherencia con investigaciones ya existentes en el campo de la homofobia, la existencia de la homonegatividad en la comunidad universitaria está presente, es probable que esto se deba a diversos factores como son pertenecer a alguna religión, el género, y la preferencia genérica. La escala de Moral y Ortega nos ha permitido confirmar algo predecible en la sociedad mexicana y en las comunidades universitarias de todo el mundo. La homonegatividad es una realidad social que necesita ser estudiada para educar e informar sobre esta preferencia de género y así minimizar el rechazo en todo lo posible, esto a beneficio de la comunidad homosexual y la sociedad en general.

VIII. REFERENCIAS

- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y Psicología*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Meccia, E. (2006). *La cuestión gay: un estudio sociológico*. Buenos Aires, Argentina: Gran Aldea.
- Moral, J. & Valle, A. (2012). Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales (ATLG) 2. Distribución y evidencias de validez. *Revista Electrónica Nova Scientia*, 4(1), 153-171. Moral, J. & Valle (2013a). Dimensionalidad, consistencia interna y distribución de la Escala Homonegatividad Internalizada en estudiantes mexicanos de ciencias de la salud. *Acta Mexicana de Psicología*, 3(1), 22- 50.
- Moral, J., & Ortega, M. E. (2009). Representación social de la sexualidad y actitudes en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología Social*, 24(1), 65-79. Campo, A., Herazo, E. y Cogollo, Z. (2010). Homofobia em estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 839-843.
- MORAL, J. y ORTEGA, M. E. (2008). "Diferencias de género en representación social de la sexualidad, así como en actitudes y conductas sexuales", *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Vol. 14, No 28, México, pp. 97-119. (2009). "Representación social de la sexualidad y actitudes en estudiantes universitarios mexicanos", *Revista de Psicología Social*, Vol. 24, No 1, España, pp. 65-79.
- Moral, J. & Valle, A. (2011). Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales en México 1. Estructura factorial y consistencia interna. *Revista Electrónica Nova Scientia*, 3(2), 139-157.
- Ortiz, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México [Versión electrónica], *Salud Mental*, 28(4), 49-65.
- Parker A, Bhugra D. Attitudes of British medical students towards male homosexuality. *Sex Rel Ther* 2000; 15: 141-143
- Pérez, F. (1999). *Homosexualidad, Homosexualismo y Ética Humanista*. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- Szymanski, D., Cheng, Y. y Balsam, K. (2001). Psychosocial Correlates of Internalized Homophobia in Lesbians [Version electrónica], *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 27-38.
- WAA.: *El homosexual ante la sociedad enferma*. Barcelona: Tusquets Editor, 1978.

Ambiente educacional percibido por estudiantes de la Licenciatura en Médico Cirujano

Mtra. Saraí Aguilar Barojas, Mtro. Alejandro Jiménez Sastré

Mtra. Elsy del C. Quevedo Tejero, Mtra. Ma. Luisa Castillo Orueta

Mtra. Ma. Guadalupe Jiménez Solís

I. RESUMEN

El ambiente educacional es un tema al que, en las últimas décadas, se le ha dado mucha importancia en las instituciones de educación superior debido a su relación con el éxito de los estudiantes y la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje, además de que, su conocimiento permite tender estrategias y acciones para mejorarlo. El presente trabajo tuvo como objetivo identificar la percepción del ambiente educacional que tienen los estudiantes de la licenciatura en medicina de una universidad pública en Tabasco. La investigación fue descriptiva con método de encuesta realizada de octubre de 2015 a enero de 2016, en una muestra probabilística de 155 estudiantes de la licenciatura de medicina, de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) para lo cual se utilizó la escala Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM). Los resultados obtenidos identificaron como fortaleza los dominios de la autopercepción que tienen los estudiantes de su avance académico, la percepción sobre sus profesores y la percepción sobre el aprendizaje que han logrado; los porcentaje más bajos fueron en la atmósfera que impera y la autopercepción social. El puntaje global del DREEM, tuvo un promedio de 133.9 ± 19.46 (máximo puntaje posible de obtener= 200 en 50 ítems), lo que, de acuerdo con la interpretación de la escala, el ambiente educacional que prevalece en la licenciatura de medicina de la DACS-UJAT es más positivo que negativo.

II. INTRODUCCIÓN

Desde hace más de tres décadas en diversos países se ha estudiado el ambiente en el que se desarrolla la educación médica y desde entonces lo han relacionado con el desarrollo, la satisfacción y el éxito de los estudiantes (1-4). Sin embargo, con los resultados que se han obtenido, en los últimos quince años también los investigadores lo han tomado como un indicador de la calidad del proceso de formación de los médicos (5,6). Es por ello que se han realizado esfuerzos por diseñar instrumentos que puedan evaluar este ambiente, el cual tiene varias dimensiones de acuerdo con su constructo. La escala The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM), desarrollada en el Reino Unido por Roff et al. (7) es, probablemente, uno de los instrumentos más utilizados en las escuelas de medicina para proporcionar diagnósticos del clima educativo de pregrado de escuelas de medicina. Consta de 50 ítems y proporciona un puntaje global de 200 en cinco dimensiones relacionadas: la percepción del aprendizaje de los estudiantes; percepción de los profesores,

autopercepción académica; percepción de la atmósfera y autopercepción social. La escala fue desarrollada a través de un panel de cerca de 100 educadores médicos de alrededor del mundo. Originalmente fue validada por cerca de 100 estudiantes, también de todo el mundo. Ha sido traducida al Portugués, Árabe, Sueco, Noruego, Malayo y utilizada en Chile, Tailandia, Nepal, Nigeria, Canadá, Irlanda, Tailandia, Indonesia, Malasia, Noruega, Venezuela, Brasil, Sri Lanka y, por supuesto, en el Reino Unido (8). También se ha utilizado para conocer el ambiente escolar en otro tipo de estudiantes del área de ciencias de la salud, como el caso de estudiantes de enfermería (9,10). Existen en México dos estudios reportados que lo utilizaron para evaluar el ambiente educativo, un estudio piloto para evaluar el ambiente educativo en médicos de pregrado (11) y otro aplicado a internos de pregrado y residentes de Medicina Familiar de la UNAM, formándose en una unidad de Medicina Familiar (12), reportados ambos en las memorias de jornadas académicas de la UNAM. La exploración del ambiente educativo recogido a través de la percepción que tienen los estudiantes, puede proporcionar un mejor entendimiento sobre el curriculum de las carreras de ciencias de la salud. Este entendimiento se deriva de que las Universidades son consideradas como una organización que aprende, en constante evolución y cambio, realizada a través de la investigación de sus procesos (13). Es por ello, que es muy importante conocer las fortalezas y debilidades del proceso de enseñanza aprendizaje y de esta manera, modificar los factores que estén en manos de la administración para mejorar la calidad de los programas que se ofertan. Esta situación actualmente es considerada por los organismos acreditadores del área de Ciencias de la Salud, como el CIEES, quienes han realizado recomendaciones sobre la importancia del conocimiento del ambiente escolar para el diseño de estrategias de mantenimiento y mejora de la calidad, de ahí que es necesario cultivar una línea de investigación que permita cumplir con lo solicitado a las instituciones educativas.

III. OBJETIVOS Y METAS

El objetivo de identificar la percepción del ambiente educacional que tienen los estudiantes de la licenciatura en medicina de la DACS. La meta es identificar las fortalezas y debilidades del ambiente educacional a través de lo percibido por los estudiantes para diseñar estrategias de mejora.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una investigación descriptiva con método de encuesta realizada de octubre de 2015 a enero de 2016, en una muestra probabilística de 155 estudiantes de la licenciatura de medicina, de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Para conocer la percepción del ambiente educacional se utilizó la escala Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM), diseñada por Roff en 1997. Es un instrumento de 50 ítems, estructurados en cinco dominios: la percepción del aprendizaje de los estudiantes, de los profesores, autopercepción académica; percepción

de la atmósfera y autopercepción social. Las respuestas son mediante una escala de Likert, cuya suma total máxima es de 200 puntos. De acuerdo con McAleer y Roff (14) la interpretación de cada dominio según la suma del puntaje obtenido se presenta a continuación. Percepción del aprendizaje: 0-12 muy pobre; 13-24 la enseñanza se percibe negativamente; 25-36 una percepción más positiva; 37-48 la enseñanza es altamente pensada. La percepción de los docentes: 0-11 abismal; 12-22 necesita modificarse; 23-33 moviéndose en la dirección correcta; 34-44 profesores modelo. La autopercepción académica: 0-8 fallida totalmente; 9-16 muchos aspectos negativos; 17-24 sintiéndose más en del lado positivo; 25-32 confianza. Atmósfera: 0-12 ambiente terrible; 13-24 hay muchos aspectos que necesitan cambiar; 25-36 actitud más positiva; 37-48 buena sensación general. Autopercepción social: 0-7 miserable; 8-14 no es un buen lugar; 15-21 no tan mala; 22-28 muy buena. En cuanto al puntaje global del DREEM: 0-50 ambiente muy pobre; 51-100 con problemas; 101-150 más positivo que negativo y de 151-200 excelente. Dado que el número de ítems en cada dominio no es similar y, por lo tanto, los puntajes y amplitud de los rangos varían, para poder comparar los cinco dominios y el DREEM global, se calculó el porcentaje de cada uno, de acuerdo con el máximo que se podía obtener. La escala fue previamente traducida por el mismo grupo de investigadores, haciendo una adaptación a la metodología de Wild (15) obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.8871, que indica que no perdió fiabilidad al realizar la adaptación y traducción de los ítems. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo mediante medias, porcentajes y desviación estándar, utilizando el paquete estadístico Minitab 17.

V. RESULTADOS

La edad promedio de los 155 estudiantes fue de 21 años. El 58% de las personas entrevistadas fueron mujeres y el 42% hombres. Los puntajes obtenidos en los dominios de la escala fueron: la percepción del aprendizaje de los estudiantes se obtuvo un puntaje promedio de 33.87 ± 6.26 , que se interpreta como una percepción más positiva (máximo puntaje 48 en 12 ítems); la media de la percepción de los profesores fue de 29.07 ± 4.34 , lo que se considera que se mueve en la dirección correcta (máximo puntaje 44 en 11 ítems); la autopercepción académica tuvo un valor medio de 23.58 ± 4.28 , lo que indica que los estudiantes se sienten más del lado positivo (máximo puntaje 32 en 8 ítems); en la percepción de la atmósfera de aprendizaje se obtuvo una media de 30.06 ± 5.81 que indica que existe una actitud más positiva (máximo puntaje 48 en 12 ítems); y en autopercepción social de 17.11 ± 2.93 puntos en promedio, lo que se interpreta como no tan mala (máximo puntaje 28 en 7 ítems). El DREEM global, tuvo un puntaje promedio de 133.9 ± 19.46 (máximo puntaje 200 en 50 ítems), que de acuerdo con lo establecido por McAleer y Roff (16) el ambiente educacional es más positivo que negativo.

Al calcular el porcentaje de cada dominio, de acuerdo con el máximo que se podía obtener, se observó que, los más bajos fueron para la autopercepción social y la percepción de la atmósfera con el 61.1% y 62.6%

respectivamente. En orden ascendente se obtuvo un 70.1% de puntaje en la percepción del aprendizaje, 73.1% en la percepción de los profesores y 73.6% en la auto percepción académica, que fue el más alto. El DREEM global obtuvo un 67% del total de puntos que suma la escala. Los resultados se presentan en la figura 1.

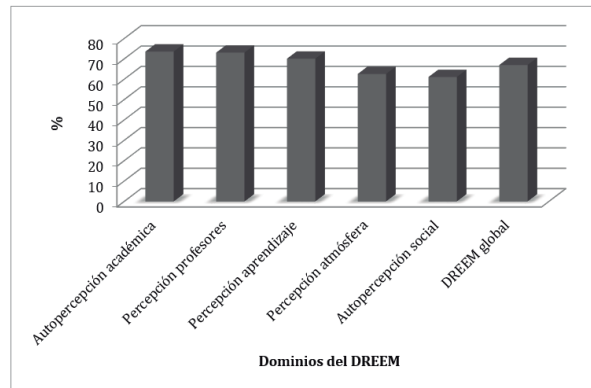


Figura 1. Porcentaje del puntaje obtenido en cada dominio y DREEM global.

VI. DISCUSIÓN

Los puntajes obtenidos, indican que es necesario mejorar la percepción que tienen los estudiantes de la licenciatura en medicina y, tomando como referencia los porcentajes logrados en cada dimensión, se identificaron como los más bajos la auto percepción social y la percepción de la atmósfera que impera. Asimismo, se identificaron como fortalezas las dimensiones de la percepción de los profesores, la auto percepción sobre su avance académico y el aprendizaje que han logrado. En los tres casos es probable que los puntajes obtenidos estén relacionados con la aplicación, en la universidad, del modelo educativo que continúa su transición para estar totalmente centrado en el aprendizaje. Resulta interesante que Riquelme et al. (17), al aplicar la misma escala en estudiantes de medicina en Chile, reportó en todos los dominios valores un poco más bajos que el presente estudio, incluso en el promedio global del DREEM que fue de 127.5. De manera similar Palés (18) en España lo reportó en 116.2 mientras que Lokuhetty et al. (19) en Sri Lanka lo documentó en 107.43, que son puntajes más bajos que el 133.9 calculado en este trabajo. La explicación que algunos autores han dado al respecto es que podría ser el estrés al que están sometidos los estudiantes, lo que implica que se estudie si existe relación entre ambos.

VII. CONCLUSIONES

El DREEM analiza diferentes aspectos del ambiente educacional que pueden incidir en el desarrollo académico de los estudiantes. Los resultados de este estudio permiten identificar como fortalezas del ambiente educacional la auto percepción que tienen los estudiantes de su avance académico, la percepción sobre sus profesores y la percepción sobre el aprendizaje que han logrado, en estos tres dominios fue donde

se obtuvieron los puntajes más altos. Los dominios donde se obtuvieron los porcentaje más bajos, como son, la percepción de la atmósfera que impera y la autopercepción social (ambos <70%), es necesario revisar detenidamente lo que evalúa cada ítem de forma individual y profundizar el análisis. Todos los aspectos explorados están presentes en el ambiente educacional y que pueden estar incidiendo en otras variables educativas, como el rendimiento académico; la importancia del análisis se debe a que los tomadores de decisiones pueden mejorar aquellos aspectos que perciben los estudiantes como negativos.

VIII. REFERENCIAS

- [1] De Young, A. J., 1977, Classroom climate and class success: A case study at the university level. *The Journal of Educational Research*, 70, 252–257.
- [2] Haertel, G. D., Walberg, H. J., Haertel, E. H., 1981, Socio-psychological environments and learning: A quantitative synthesis. *British Educational Research Journal*, 7, 27–36.
- [3] Draper, C., Louw, G., 2007, What is medicine and what is a doctor? Medical student's perceptions and expectations of their academic and professional career. *Med Teach*, 29: e100-e107.
- [4] Karagiannopoulou, E., Christodoulides, P., 2005, The impact of Greek university students' perceptions of their learning environment on approaches to studying and academic outcomes: *International Journal of Educational Research*, 43, 329–350.
- [5] Genn, J. M., 2001, AMEE medical education guide no. 23 (part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education—a unifying perspective. *Med Teacher*, 23, 337–344.
- [6] Roff S., 2005, The Dundee ready educational environment measure (DREEM) –a generic instrument form assuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Med Teach*, 27(4): 322-5.
- [7] Roff, S., McAleer, S., Harden, R. M., Al-Qahtani, M., Ahmed, A. U., Deza, H., 1997, Development and validation of the Dundee ready education environment measure (DREEM). *Med Teacher*, 19, 295–299.
- [8] Miles, S., Swift, L., Leinsteiner, S., 2012, The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): A review of its adoption and use. *Med Teacher*, 34: e620-e634.
- [9] Pimparyon, P., Roff, S., McAleer, S., Poonchai, B., & Pemba, S., 2000, Educational environment, student approaches to learning and academic achievement in a Thai nursing school. *Med Teacher*, 22, 359-365.
- [10] O'Brien AP, Chan TM, Cho M.A., 2008, Investigating nursing students' perceptions of the changes in a nursing curriculum by means of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) inventory: results of a cluster analysis. *Int Nurs Educ Scholarsh*, 5: Article 25.
- [11] García, R., Morales, S., López, M., Sánchez, M., 2011, Octubre, Percepción del ambiente educativo en alumnos de medicina. Piloto de la encuesta DREEM. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 27 de agosto del 2016]. URL disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/MemoriasJems2011/Presentaciones/Viernes/Fournier/12_30%20a%2014_00/PAPE7.pdf
- [12] Campos-Aragón, L., 2011, Octubre, Evaluación del ambiente educacional en una unidad de medicina familiar. Trabajo presentado en las Jornadas de Educación Médica. Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria. Distrito Federal, México. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/MemoriasJems2011/Presentaciones/Viernes/Fournier/12_30%20a%2014_00/PAPE7.pdf
- [13] Gleen L. I., 2000, Gestionando organizaciones de aprendizaje. En: *Liderazgo y organizaciones que aprenden*. Universidad de Deusto, España, 55-71.

- [14] Roff, S., McAleer, S., Harden, R.M., Al-Qahtani, M., Uddin, A.A., Deza, H., Groenen, G., Primparyon. Development and Validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) 1997; 19(4): 295-299.
- [15] Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P., 2005, Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value Health*, 8 (2), 94-104.
- [16] McAleer, S., Roff, S.A., 2001, Practical guide to using the Dundee Ready Education Measure DREEM. *AMEE Medical Education Guide*. (23):29-33. Disponible en: <http://www.gppro.co.uk/swacpo/document/dreems2.doc>
- [17] Riquelme, A., Oporto, M., Oporto, J., Méndez, J.I., Viviani, P., Salech, F., Chianale, J.,
- [18] Moreno, R., Sánchez, I., 2009, Measuring student's perceptions of the educational climate of the new curriculum at the Pontificia Universidad Católica de Chile: performance of the spanish translation of the Dundee Ready Education Environment Measure. *Education for health*, 22(1):1-11.
- [19] Palés, J., Gual, A., Escanero, J., Tomás, I., Rodríguez-deCastro, F., Elorduy, M., Virumbrales, M., Rodríguez, G., Arce, V., 2015, Educational climate perception by preclinical and clínica medica students in five spanish medical schools. *Int J Med Educ*, 8; 6:65-75.
- [20] Lokuhetty, M., Warnakulasuriya, SP., Perera, R., De Silva, H., Wijesinghe, D., 2010, Students' perception of the educational environment in a Medical Faculty with an innovative curriculum in Sri Lanka. *South East Asian Journal of Medical Education*, 2(1): 9-16.

Situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso.

*Lic. en Psicología Martín Antonio Aguilar, M. D. O. Y H.1**

I. RESUMEN

Con una experiencia de más de 30 años en la educación pública superior del Estado de Tabasco, principalmente trabajando con estudiantes de nuevo ingreso, se han detectado carencias en los estudiantes, de tipo académico, de ortografía y redacción, de actitudes ante la vida, de interacción social, familiares y emocionales.

Lo anterior, mediante un estudio de detección de necesidades aplicado a más de 400 estudiantes, se presenta los resultados preliminares, en donde se demuestran situaciones personales y familiares de los estudiantes.

Por lo cual, se propone que, se enfoque, no solamente a cubrir contenidos académicos, sino a fortalecer la personalidad, los valores y las actitudes de los jóvenes.

II. INTRODUCCIÓN

Actualmente la sociedad se enfrenta a una serie de problemas a vencer, que desgraciadamente influye también en nuestros estudiantes llevándolos a conductas poco apropiadas o ideas que afectan su autoestima, su calidad de vida, su salud física, mental y en consecuencia, su desempeño escolar.

Problemas de autoestima, de conducta, de asertividad, de integración familiar y de auto aceptación, afectan día con día en la etapa de la adolescencia e inicios de la edad adulta, por los cambios a los que se enfrenta el ser humano en este periodo de su vida.

A nivel psicosocial el Estado de Tabasco ocupa por algunas de las causas anteriormente descritas, y desde hace muchos años, el primer lugar en suicidios, además tiene relación con agresión y violencia intrafamiliar. Así mismo, en todos los niveles educativos Tabasco es uno de los Estados con más bajo desempeño escolar, alta deserción escolar y poco aprovechamiento.

Las experiencias que los estudiantes viven fuera del salón de clases que tienen que ver con su desarrollo humano, así como los efectos de las mismas en el desempeño escolar son poco conocidas y documentadas por la investigación en Educación Superior, por lo cual no se tiene una concepción completa de los procesos educativos en este nivel. Esta limitación se agudiza por el hecho de que, en la práctica, las actividades extracurriculares, tendientes al desarrollo humano, son vistas como un tema separado de las actividades de formación profesional, por lo que reciben menor atención [1].

A pesar de que las actividades extracurriculares son quizá el reflejo más importante de los intereses y aspiraciones de los estudiantes, las instituciones de educación superior siguen prestando muy poca

atención. Al grado que, en la literatura, no se encuentran muchos reportes acerca de la influencia del desarrollo humano en el desempeño escolar de los estudiantes universitarios.

La UNESCO, en la "Declaración mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción" presentada en el "Marco de Acción Prioritaria para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior" establece la necesidad de modificar el proceso de aprendizaje en la educación superior, ya que considera que debido a la velocidad de los cambios sociales es urgente la necesidad de desarrollar una nueva visión y un nuevo modelo de enseñanza superior que se centre en las necesidades y capacidades del estudiante. Para lograrlo, es indispensable realizar, en la mayor parte de los países, profundas reformas a los sistemas y programas de educación, así como una política de ampliación del acceso. En este mismo sentido, y debido al papel fundamental que juega el docente en el proceso de enseñanza aprendizaje, la misma organización sugiere que, además de las diversas responsabilidades del profesor, el docente deberá ser capaz de proporcionar, en su caso, orientación y consejo, cursos de recuperación, formación para el estudio y otras formas de apoyo a los estudiantes, que haga posible el mejoramiento de sus condiciones de vida. [2,3]

Los aspectos social, individual e intelectual del joven no pueden ser vistos de manera aislada, por lo que es necesario trabajar de forma integral, siendo el desarrollo humano una alternativa para mejorar aquellos aspectos del estudiante que le impiden tener una vida plena, transformando su actitud ante la vida y con ello aprovechando su potencial humano y escolar [4].

El desarrollo humano es una alternativa, el humanismo, en filosofía, actitud que hace hincapié en la dignidad y el valor de la persona. Uno de sus principios básicos es que las personas son seres racionales que poseen en sí mismas capacidad para hallar la verdad y practicar el bien. [5,6]

Debido a la inquietud de maestros del área de ciencias de la salud de una universidad pública del estado de Tabasco preocupados por estos hechos visibles en estudiantes de nuevo ingreso, nace la propuesta de que la formación de los estudiantes del nivel medio superior sea de manera integral, es decir que incluya desarrollo personal, física, emocional y mental.

III. OBJETIVOS Y METAS

Conocer cuáles son las situaciones personales y familiares en estudiantes universitarios de nuevo ingreso en la carrera de Lic. En Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma De Tabasco.

Contar con elementos para la realización de un Taller de Desarrollo Humano.

Meta: Aplicar un diagnóstico a 500 estudiantes de la DACS de nuevo ingreso.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Clasificación del estudio

Estudio: descriptivo

4.2 Universo y muestra

Está constituida por estudiantes seleccionados inscritos en la licenciatura de enfermería de la Universidad Juárez Autónoma del Estado de Tabasco.

4.2 Criterios de inclusión

Estudiantes.

Inscritos en el ciclo correspondiente.

Que hayan sido seleccionados mediante el procedimiento establecido

4.3 Plan de recolección

La recolección de datos se realizará mediante la aplicación colectiva de un cuestionario de 14 reactivos con preguntas cerradas y dos preguntas abiertas, el cual se pretende que el estudiante conteste sincera y asertivamente.

Su aplicación se realizará en las primeras semanas del semestre.

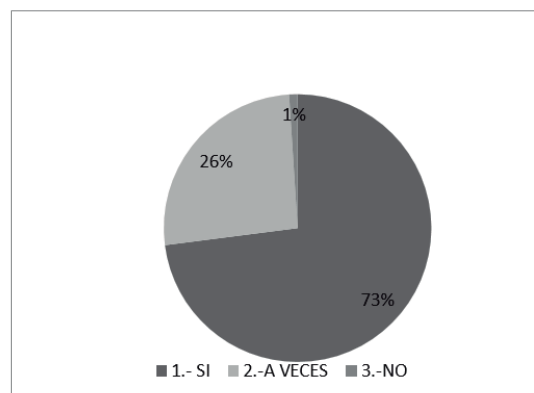
4.3 Plan de análisis

Los datos de la presente investigación serán analizados por métodos de estadística descriptiva, tales como: cuadros simples, porcentajes, gráficas de pastel.

V. RESULTADOS

La población son los 492 alumnos inscritos de la Licenciatura de Enfermería de la DACS – UJAT

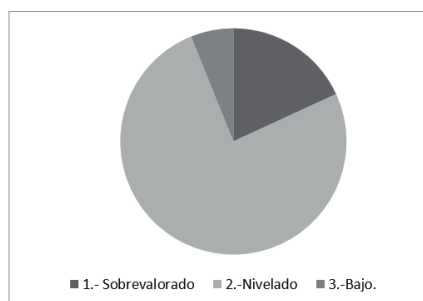
Gráfica número 1. ¿Consideras que te aceptas a ti mismo?



La pregunta 1 indaga: ¿Consideras que te aceptas a ti mismo? Las opciones de respuestas son: R1 son: a. Si
 b. A veces c.No.
 A a se le da el valor de 1, a b. el valor de 2 y a c. el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- SI	359	72.97
2.-A VECES	128	26.02
3.-NO	5	1.02
	492	100.00

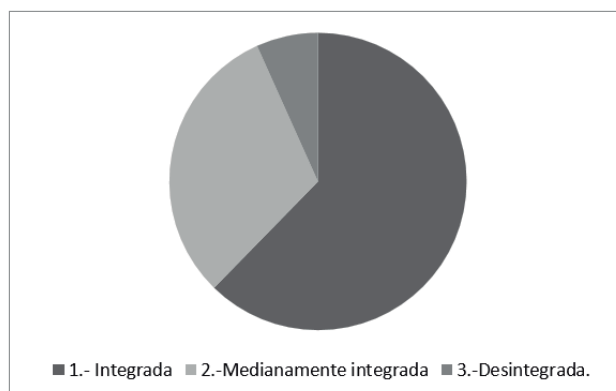
Gráfica número 2. ¿Cómo consideras tu nivel de autoestima?



La pregunta 2 indaga: ¿Cómo consideras tu nivel de autoestima? Las opciones de respuestas son: R2 son: a. Sobrevalorado b. Nivelado c. Bajo.
 A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- Sobrevalorado	89	18.09
2.- Nivelado	372	75.61
3.- Bajo.	30	6.10
TOTAL	491	99.80

Gráfica número 3. ¿Cómo consideras el grado de integración de tu familia?

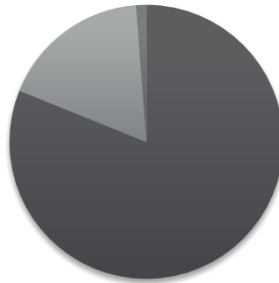


La pregunta 3 averigua: ¿Cómo consideras el grado de integración de tu familia? Las opciones de respuestas R3 son: a. Integrada b. Medianamente integrada c. Desintegrada.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- Integrada	306	62.20
2.- Medianamente integrada	152	30.89
3.- Desintegrada.	33	6.71
TOTAL	491	99.80

Gráfica número 4. ¿Cómo consideras el trato que recibes de tu familia?



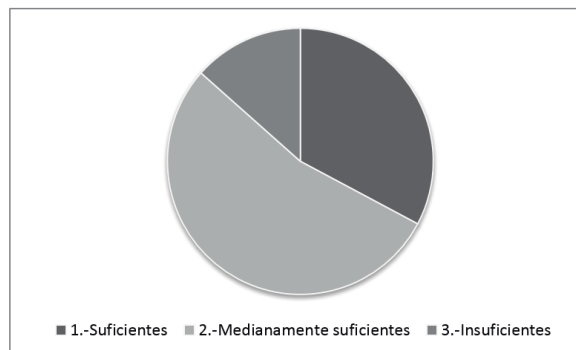
■ 1.-Aceptación y buen trato ■ 2.-Aceptación media ■ 3.-Maltrato

La pregunta 4 averigua: ¿Cómo consideras el trato que recibes de tu familia? Las opciones de respuestas R4 son: a. Aceptación y buen trato b. Aceptación media c. Maltrato.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.-Aceptación y buen trato	399	81.10
2.-Aceptación media	87	17.68
3.-Maltrato	6	1.22
TOTAL	492	100.00

Gráfica número 5. ¿Qué tan adecuadas consideras que son (las condiciones económicas de tu familia) para que te ayuden a financiar tu carrera?



■ 1.-Suficientes ■ 2.-Medianamente suficientes ■ 3.-Insuficientes

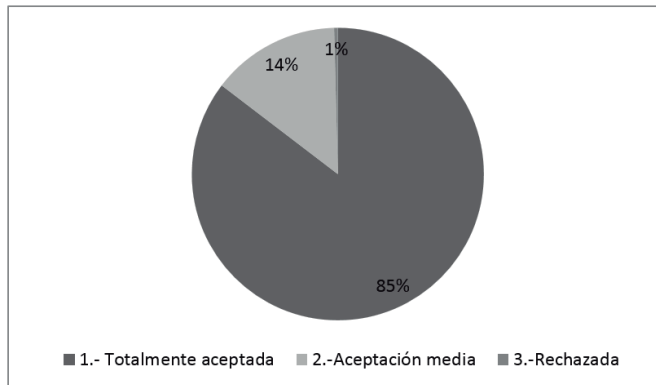
La pregunta 5 inquiriere: ¿Qué tan adecuadas consideras que son (las condiciones económicas de tu familia) para que te ayuden a financiar tu carrera? Las opciones de respuestas R5 son:

a. suficientes b Medianamente suficientes c. Insuficientes.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	F RECUENCIA	%
1.-Suficientes	161	32.72
2.-Medianamente suficientes	264	3.66
3.-Insuficientes	66	3.41
TOTAL	491	99.80

Gráfica número 6. ¿Qué tanto consideras o sientes que tu familia acepta lo que estás estudiando?



La pregunta 6 busca saber: ¿Qué tanto consideras o sientes que tu familia acepta lo que estás estudiando?

Las opciones de respuestas R6 son: a. Totalmente aceptada b Aceptación media c. Rechazada.

A a se le da el valor de 1, a b el valor de 2 y a c el valor de 3.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
1.- Totalmente aceptada	420	85.37
2.-Aceptación media	70	14.23
3.-Rechazada	2	0.41
TOTAL	492	100.00

La pregunta 7 las situaciones que el estudiante ha vivido en su vida, en diferentes circunstancias, para lo cual plantea 27 escenarios diferentes en los aspectos personal y familiar, con la pregunta: 7. En el transcurso de tu vida, ¿Has vivido, ya sea tu o tu familia alguna de las siguientes situaciones.

La frecuencia de respuestas más alta se refiere a las preguntas:

7.11 ¿Te consideras consumidor de algún tipo de droga? Las respuestas a nivel personal son de 1.7% y a nivel familiar es de 9.1%, lo cual es muy bajo.

7.12 Alcoholismo. Las respuestas a nivel personal son del 10.3% y a nivel familiar son de 30.3%, lo que se considera en límites normales.

7.13 Fumar. Las respuestas a nivel personal son de 8.6% y a nivel familiar son de 20.0%

7.14 Algún tipo de farmacodependencia. Las respuestas a nivel personal son del 2.9% y a nivel familiar son de 5.1%.

Al reunir las preguntas 7.11 a 7.14 el porcentaje de respuestas positivas es 23.5% a nivel personal y de 64.5% a nivel familiar, lo cual está en límites normales a altos, sin embargo por la gravedad del tema será conveniente incluir algún subtema sobre drogadicción, que incluya tabaco, alcohol y diferente tipo de drogas y sus efectos negativos.

7.12 Alcoholismo. Las respuestas a nivel personal son del 8.8% y a nivel familiar son de 16.2%, lo que se considera en límites normales

7.21 ¿Has pensado quitarte la vida? Las respuestas a nivel personal son del 14.3% de los casos y a nivel familiar es de 5.1% de los casos.

22 Intento de suicidio. Las respuestas a nivel personal son del 8.6% de los casos y a nivel familiar es del 5.7% de los casos.

Los porcentajes de las preguntas 7.20, 7.21 y 7.22 Este porcentaje es de 41.2% a nivel familiar y a 18.8 a nivel familiar, estos son niveles altos y normales, además, por la importancia de la situación, junto con la pregunta establece la necesidad de algún evento especial buscando indagar más sobre el problema y sobre la búsqueda de su solución. Este tema por su importancia sería conveniente tratarlo fuera del curso de Desarrollo Humano Integral.

7.24 Si eres creyente, ¿Te sientes alejado de Dios y/o de la Iglesia? Las respuestas en la situación personal son del 49,7% de los casos y en el área familiar es del 17,7% de los casos. Este es un punto que requiere ser retomado en el curso de Desarrollo Humano Integral con el nombre de espiritualidad para resolver problemas cómo: soledad, inseguridad e impotencia ante las necesidades de la vida.

7.25 ¿Has sufrido algún robo o asalto Las respuestas a la situación personal son del 24,6% de los casos y a nivel familiar es de 23,4% de los casos, lo cual es alto, por lo cual requiere ser incluido en el curso de Desarrollo Humano Integral con algún subtema cómo recuperación de la sensación de seguridad personal.

La pregunta 8 indaga: Desde que tienes uso de razón, ¿Cómo has sentido el grado en que fuiste deseado por tus padres? La moda de las respuestas es completamente aceptado y querido con el 87,3% de los casos.

La pregunta 9 examina: Considerando que la actitud frente a la vida es lo que piensas y sientes hacia las situaciones diarias que tienes que enfrentar en tu vida general, ¿Cómo consideras tu actitud frente a la vida?

La pregunta 10 explora: Considerando que la actitud frente a la vida es lo que piensas y sientes hacia las situaciones diarias que tienes que enfrentar en tu vida general, ¿Cómo consideras tu actitud frente a la carrera?. La moda de respuestas es con el 76,8%.

La pregunta 11 indaga: ¿Cómo consideras el nivel de confianza que tienes hacia tus padres para platicar tus cosas personales? La moda de respuestas es Regular. Lo cual requiere que se incluya el subtema de Aceptación con los padres en el taller de Desarrollo Humano Integral.

La pregunta 12 inquiriere: ¿Cómo consideras el nivel de confianza que tienes hacia tus padres para platicar tus cosas con respecto a lo que te sucede en la escuela? La moda de respuestas es de Alto.

La pregunta 13 busca saber: Desde el punto de vista socioeconómico, ¿En qué categoría ubicas a tu familia? La moda de respuestas es medio, debido a que existen diferentes fuentes de ingresos y/o se cuenta estrictamente con lo necesario.

La pregunta 14 evalúa: En caso de que se organizará un taller de Desarrollo Humano Integral del Estudiante, ¿Estaría dispuesto a participar? La moda de respuestas es alto con un 59,6% de aceptación. Sería conveniente investigar que se necesita para obtener una mayor aceptación del taller.

VI. CONCLUSIONES

Es importante abordar las áreas que integran al individuo ya que estas son fundamentales en el desarrollo profesional.

Con base en los datos obtenidos en la investigación de Desarrollo Humano que se realizó durante la Semana de Desarrollo Humano y Calidad, el manejo de dichos temas produce un impacto positivo en la población estudiantil.

Dicho impacto en la vida de los estudiantes principalmente se ve reflejado en el área personal y en segundo término, en la espiritual y familiar, esto permitirá resultados favorables en el área académica- profesional.

Siendo el desarrollo humano una alternativa para mejorar aquellos aspectos del estudiante que le impiden tener una vida plena, transformando su actitud ante la vida y con ello aprovechando su potencial humano y escolar.

VII. REFERENCIAS

- [1] Berk, L. E., 1992, "Children's private speech: an overview of theory and the status of research".
- [2] UNESCO (1998) "La Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción". Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. París, 5 - 9 de octubre.
- [3] González Garza Ana María, 1987, "El Enfoque Centrado en la Persona aplicado a la Educación". Edit. Trillas
- [4] Rugarcía, Armando, "Más allá del aprendizaje y las competencias: hacia el desarrollo integral". Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ingeniería. Boletín Electrónico No. 05 URL_07_BAS04.doc 1 de 10.
- Coreth , Emeri, Qué es el hombre. Edit. Paidós. Buenos Aires 2001
- [5] Rogers, Carl. La libertad como creatividad. Edit. Paidós 2002.
- [6] Coreth , Emeri, Qué es el hombre. Edit. Paidós. Buenos Aires 2001.

Conflicto de la identidad del yo y dinámica familiar

Análisis de caso

*Mtra. Aline Aleida del Carmen Campos Gómez, Est. Ariani Victoria Alvarado Morales
Est. Angélica Patricia Hernández Hernández, Mtro. José Luis Ventura Martínez*

I. RESUMEN

Dentro de la práctica clínica del psicólogo, se utilizan diferentes técnicas para llegar a una evaluación e integración. La evaluación psicológica, es por lo tanto una medida de gran alcance en el análisis de la personalidad y el reconocimiento de las demandas emocionales que ocurren dentro de un proceso de psicodiagnóstico. Este trabajo es un estudio de caso sobre las dificultades de un joven de 20 años de edad al cual llamaremos Eddy, para definir su identidad y tomar decisiones de manera asertiva. Para este estudio se eligió una metodología de investigación basada en el enfoque psicodinámico, como guía para el análisis de su personalidad y de las representaciones mentales de los sucesos traumáticos de la infancia. Encontramos como resultado las características principales de su personalidad y carácter, sus temores internos, los conflictos con el padre y las ideas y pensamientos que tiene sobre su concepto personal. En conclusión podemos mencionar que las dificultades que se observan, están orientadas en la dinámica familiar y lazos afectivos con sus padres son originados a raíz de los sucesos que ha vivido desde la infancia, sobre todo el miedo al fracaso y repetir la misma historia de los padres.

II. INTRODUCCIÓN

Desde que nacemos, venimos a un mundo rodeado de tantas posibilidades y creatividad, de las que el ser humano siente la necesidad de distinguirse y dar un paso más en su individualidad; sin embargo, la formación de nuestro propio ser y nuestra propia definición como personas genera una crisis y duelo. Bordinon (2005) menciona que para Erikson la crisis "comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales. Es decir, la crisis es lo que hace avanzar al ser humano de una etapa a otra y genera en ellos el aprendizaje necesario para definirse por sí solo y no por la colectividad, a este proceso le llamamos formación de la identidad, en palabras de Giddens, (2002) "La identidad del Yo es un proyecto distintivamente moderno, un intento del individuo por construir reflexivamente una narrativa personal que le permita comprenderse a sí mismo y tener control sobre su vida y futuro en condiciones de incertidumbre". No obstante, las problemáticas latentes del individuo al comienzo de su recorrido en busca de la identidad, es que se topan con grandes cambios en todas las esferas de su vida.

En la adolescencia implica la tarea de desprenderse, de los lazos familiares de dependencia a los que se estaba sometido totalmente, desprendimiento que es un requisito indispensable para ingresar a la sociedad

desempeñando los roles que corresponden a los adultos. Piaget decía que “Un desarrollo fundamental en auxilio de la conquista de la identidad, es la capacidad de pensar en abstracto o de realizar “operaciones formales”.

El estudio de caso que se presenta es una persona de sexo masculino que acude a terapia manifestando las dificultades para procesar datos abstractos que mejoren la comprensión del mundo que le rodea, relacionando esto con los conflictos emocionales en torno a su desarrollo. Similar al estudio elaborado por De la Llata y Cuevas, en el que señalan que, “La identidad tiene una base fundamental en los primeros modelos, en especial de los modelos parentales; puede expresarse de un modo simplificado como el infante que “quiere parecerse a papá o a mamá”, y ensaya en casa habilidades sociales, es decir, imita las conductas de personas importantes para él; en el progreso a la independencia de la casa paterna el individuo identifica e internaliza comportamientos, ideas y actitudes a través de la red de pares (compañeros, amigos, etc.).

La teoría psicodinámica de la personalidad, variable del psicoanálisis de Sigmund Freud, nos ayuda a comprender como estos procesos rotos del apego seguro entre el infante y sus padres, la formación de defensas emocionales intrínsecas en las funciones del Yo, ejercen un dominio constante en la autonomía y seguridad de la persona. En los estudio de personalidad, dirigidos bajo el modelo psicodinámico se considera que el comportamiento puede ser explicado con base a una serie de construcciones teóricas internas que conforman la estructura de la personalidad, las cuales, junto a una serie de dinamismos internos inconscientes, determinan la conducta; por lo que cualquier manifestación de la conducta será entendida como una expresión de la condición interna de la persona. Por medio de este trabajo se espera dar continuidad al proceso psicodiagnóstico para una terapia emocional para el paciente, y fomentar además una cultura de comunicación en sus hábitos cotidianos.

III. OBJETIVOS Y METAS

Analizar las dificultades de un joven de 20 años de edad, para definir su identidad y tomar decisiones de manera asertiva.

Nuestra meta fue analizar a través de su autobiografía y los test aplicados, la relación que tiene su pasado con relación a su presente y de esta manera darle las herramientas para que Eddy tome decisiones de manera asertiva.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio de caso se utilizaron test proyectivos de la personalidad, (Frasas Incompletas de Sacks, Test de la Familia, H.T.P, 16 PF y MBTI) además de la escala de inteligencia Terman Merrill, la realización de una autobiografía y la entrevista a un familiar. Se utilizó un enfoque psicodinámico, cuyo método de investigación principal fue la asociación libre de recuerdos y pensamientos a través del discurso del paciente, el proceso

de evaluación se llevó a cabo a través de observaciones y sesiones de entrevista, mismas que se dirigen a evaluar aspectos fundamentales de la persona, como las representaciones mentales de los sucesos de la infancia, recuerdos afectivos y los conflictos más llamativos.

V. RESULTADOS

Eddy solicita la aplicación de pruebas que le ayuden a comprender su pasado y la relación que este tiene con el presente en las dificultades de tomar decisiones asertivas, expresando literalmente lo siguiente: “La raíz de todas mis decisiones ahora, me marcaron por mi familia, por mi pasado desde una niñez hasta la adolescencia y soy lo que ahora, y este... me gustaría hablar mucho del pasado porque pienso que desde ahí se construye mi personalidad, desde ese punto, y obviamente mi pasado es con mi familia, vivencias que he tenido”.

A través de sus palabras, da énfasis a la confusión que tiene sobre cómo debe ser para ser aceptado y reconocido por lo demás, sobre que función tiene la familia en el bienestar de sus integrantes y sobre todo al futuro que el mismo se formará.

Al solicitarle la realización de su autobiografía expuso que se le dificultaba a tal grado de que pasaron varios días para poder concluir una sola hoja, misma que al analizar carecía de coherencia en el relato y de pocos detalles sobre su vida, escribiendo solo lo más relevante, relata su vida en torno a los demás pero no como si quisiera darse a conocer o conocerse así mismo.

Eddy, tiene una doble sensación al tomar decisiones, la primera como el mismo lo dice, es a través de sus emociones y la segunda es por medio de su razonamiento, la relación que ubica entre estas dos formas de expresión focaliza el vínculo afectivo entre sus padres. La traición y el engaño al dejarse llevar por el sentir o la supervivencia y el poder cuando se razona lo que se desea.

Para la aplicación de la prueba MBTI, surge un aspecto muy importante de su vida, la dificultad que tiene para dirigirse de una manera específica ante la sociedad, se expresa de diferentes formas, y en cada una de ellas busca complacer una parte de sus deseos e impulsos, sin embargo definirse de una sola manera permanece de manera limitada. En esta prueba se puede apreciar, que las características principales de su personalidad indican que es una persona obstinada, competitiva, que busca el liderazgo, pero no para guiar sino para dominar, es liberal y analítico, confundido y dependiente.

Durante las entrevistas sus mayores intereses eran hablar sobre sus padres y la relación que estos mantenían a la vista de todos. Eddy expresa un marcado conflicto hacia el sexo contrario, que dirige ideales de sumisión y abnegación por parte de las mujeres, además de considerarlas inferiores a su capacidad masculina de

reaccionar ante la vida y las situaciones sociales, sin embargo, se hace presa de ellas, tomándolas como su debilidad y como parte de los fracasos de un hombre.

El miedo de fracasar y perder en la vida, representa uno de sus temores más notorios, pero desconoce al fin su procedencia, esto no lo hace público a sus amistades y familiares, para evitar mostrarse frágil ante ellos. En cuanto a las habilidades que conforman la inteligencia y el nivel de coeficiente intelectual, se puede analizar una de las dificultades de comunicación con los demás, la baja expresividad se relaciona con la escasa verbalización de sus deseos pero sobre todo la escasa atención que alguien le dio. Estos niveles representados en la escala de inteligencia, no coinciden con los pensamientos educativos que el mismo le rechaza a la sociedad, justifica su conducta con la influencia social que los medios ejercen sobre las personas. Eddy asegura que se molesta al tener tantos pensamientos únicos entre los demás, pero no enfocarse en cumplirlos.

No tolera a personas negligentes e irresponsable, lo que lo lleva a la confusión y enojo, porque él es así cuando se trata de trabajar o estudiar, asegura que no logra reconocer a que se debe esa falta de disponibilidad para hacer las cosas, pero tampoco encontrar un sentido en realizarlas. La baja autoestima que presenta, hace que prefiera el aislamiento y la negación de la ayuda emocional de otras personas, en especial la de sus familiares de quienes demandó tanto cariño, y el trato que recibió lo considero áspero y deficiente.

El esfuerzo de los demás representa para él, la soberanía que quieran ejercer sobre su persona, con el paso del tiempo, su conducta delictiva disminuyó bajo la tutela de sus tíos, sin embargo, el control restringido lo hace sentir dentro de una burbuja de ilusiones. El refiere que la estancia con sus tíos le fue de ayuda, pero que no fue debido a ellos, que su comportamiento mejoro.

Durante una de las intervenciones se le da la encomienda de dibujar en el test de la familia, a lo que contesta no poder realizar tal tarea debido a que no siente tener una familia como tal, la separación física de la familia de origen con él, debido al comportamiento antisocial y delictivo de la infancia, hicieron que sus tíos lo adoptaran y le impusieran un estilo de vida diferente.

En cuanto a la proyección de la familia, se observa lo expuesto en las entrevistas; la ubicación de su persona en el dibujo refleja claramente que no se siente identificado como integrante de ella, no existe como tal la pertenencia a un grupo de personas con las cuales la seguridad de su Yo interior se establezca. Estos sentimientos son expresados por Eddy cuando dice que le cuesta trabajo identificarse con los demás, puesto que son escasas las personas con las cuales puede interactuar y estar en sintonía con sus ideales. Durante el proceso de entrevistas surgen otros aspectos de su personalidad, que se dirigen al núcleo familiar y las dificultades que presenta para establecer una identidad que lo defina. En su primera infancia, los excesos de un matrimonio roto por la infidelidad de la madre y los celos compulsivos del padre, crearon un entorno de violencia y adicciones a temprana edad en Eddy, como se observa en las pruebas de personalidad, los

temores que tiene ante la formación de un matrimonio o al menos una relación formal con otra persona, son exagerados y orientados a una dependencia emocional.

Desde muy pequeño ha tenido que tomar decisiones y los resultados han sido negativos para él, como el hecho de iniciar un noviazgo, permanecer en la familia de sus tíos, abandonar la escuela y retomarlas después de algún tiempo, adoptar posturas sociológicas que le brindaran explicación ante el sufrimiento ajeno, y el aislamiento de sus familiares y amigos, todas y cada una de estas decisiones han repercutido en la inseguridad que tiene para ejercer un análisis sobre su propia persona. No logra definirse y tampoco reconocer los aspectos involucrados en cada una de las etapas de su vida.

VI. DISCUSIÓN

En esta persona se puede observar el quiebre psicológico en una de las etapas de su desarrollo; en la actualidad la dificultad para decidir sobre su vida y el rumbo que esta debe tomar, esta mediada por aspectos familiares del pasado. La internalización de la conducta del padre y de la madre, son reproducidas por medio del mecanismo de formación reactiva, el paciente teme a cada uno de los aspectos que llevaron a la disfuncionalidad del matrimonio paterno, y el mismo temor lo guía a la oscuridad de sus más profundos miedos. Esto debido a que ante la negligencia y carencias afectivas, el Yo idealizo lo indicado para vivir en paz, por lo tanto, él no busca la felicidad, busca la paz, puesto que buscar la felicidad y el goce de sus deseos y emociones incluye el dolor y sufrimiento. La desconfianza al daño de los demás, provoca el aislamiento. La sobrevaloración de sus habilidades ocurre por medio de la idealización y razonamiento sobre lo perfecto, por lo tanto se dirige a la dominancia y poder de los demás, para negar que siente ser dominado y controlado a la vez, incluso por sus propias emociones, lo que representaría para él, la debilidad y el posible fracaso.

VII. CONCLUSIONES

En Eddy encontramos que razona sus emociones y sentimientos para no ver sus debilidades, proyecta cada pensamiento positivo y negativo en la sociedad y la familia. La dificultad para tomar decisiones, es por lo tanto una representación mental sobre una situación que lo expongan al dolor y debilidad. El comportamiento ambivalente de su personalidad se relaciona con el escaso apoyo moral en la construcción de su identidad por parte de sus padres. De lo cual demanda atención como un adolescente, que quiere imponer ante los demás sus ideales y pensamientos pero que no logra identificar lo que quiere lograr con eso.

Sugerimos entonces que continúe con su proceso de Psicoterapia, para que resuelva los conflictos internalizados de sus padres y así tomar decisiones apropiadas para el mismo. Además de realizar actividades que le estimulen a tener relaciones con otras personas.

VIII. REFERENCIAS

- Bordignon, N. A., (2005) El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>.
- De la Llata Montoya, A.; Cuevas Sisniega, P., (2009) Influencia del desarrollo de identidad en la comisión de conductas antisociales en adolescentes. Universidad Autónoma de Tamaulipas Ciudad Victoria, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441942916007>.
- Merino Gamiño, C., (1993) Identidad y plan de vida en la adolescencia media y tardía. Perfiles Educativos. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación Distrito Federal, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13206008>.
- Vera Noriega, J. Á., Valenzuela Medina, J. E., (2012) El Concepto de Identidad Como Recurso Para el Estudio de Transiciones. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/03.pdf>

Conocimiento, creencias y actitud hacia la lactancia materna en una institución de atención primaria de seguridad social de Tabasco.

Aralucy Cruz León, Diana Ortiz Solís, María Esther Gerónimo Zurita

Rosa Ma. Arriaga Zamora, Morales-Ramón Fabiola, Crystell Guadalupe Guzmán Priego

I. RESUMEN

La lactancia materna es un comportamiento social aprendido y un acto natural de proporcionar el alimento ideal para favorecer el crecimiento y desarrollo del recién nacido y del lactante, también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres (Quiala L.B. & Meléndez, P.S., 2008). El presente estudio es cuantitativo descriptivo, correlacional de corte transversal en el cual se evaluó el nivel de conocimiento, creencias y actitudes sobre lactancia materna que poseen las madres puérperas que acuden a la U.M.F No. 44 de Villahermosa, Tabasco. Se utilizó el instrumento "Lactancia materna" elaborado por Carrasco, et. al. El procesamiento de datos se realizó con el programa estadístico SPSS, versión 19.0, utilizando estadística descriptiva, para obtener, frecuencia, media y porcentajes por medio de tablas de frecuencias y de contingencia. Dentro de los resultados sobresalió que más de la mitad de las puérperas participantes tuvieron un conocimiento suficiente de la lactancia materna y amamantaron a sus bebés hasta el sexto mes de vida de acuerdo a lo que recomienda la OMS y la UNICEF sobre la importancia de brindar la lactancia materna exclusiva mínimo hasta el sexto mes de vida. Dentro de las creencias negativas se presentan que no dar pecho evita problemas en el amamantamiento, seguido de que hay que dejar de dar pecho si hay heridas y dar pecho no trae beneficios.

II. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños, de tal manera que se recomienda como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido (OMS, 2008).

La lactancia materna exclusiva ofrece ventajas al niño y a la madre, favorece el crecimiento y desarrollo si es amamantado exclusivamente hasta los seis meses, aporta los nutrientes específicos para el sistema nervioso central, sus patrones de crecimiento y desarrollo sensorial y emocional son más armónicos, tienen mayor coeficiente intelectual y mayor desarrollo psicomotor, padecen de un menor número de episodios de diarrea, las infecciones respiratorias también son más leves ya que esta leche aporta componentes inmunes al sistema inmunológico del niño; protege al niño de patologías infecciosas, metabólicas, carenciales, gastrointestinales, odontológicas, muerte súbita, y en la madre mejora la autoestima, logra un vínculo afectivo con su hijo, controla su ciclo reproductivo, ejerce un derecho, manifiesta sentimientos positivos de satisfacción personal y emocional (Sguassero, Y. 2008).

Sin embargo, a pesar de que ha habido un aumento en los índices de lactancia materna exclusiva, aún continúan siendo muy bajos en el mundo en vías de desarrollo y una baja continuidad de lactancia materna con prácticas inadecuadas de alimentación complementaria. Sólo aproximadamente el 36% de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. Los patrones de lactancia materna están muy lejos del nivel recomendado y existen notables variaciones entre las regiones (Raventós, C. A., Crespo, G.A. & Villa, V.S., 2006). Según datos de la OMS existen 37 países que aumentaron su índice de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida implementando programas de promoción, lo cual aumentó del 34% al 41% en el mundo en vías de desarrollo entre 2001 y 2009. Hubo avances significativos en África subsahariana, donde los índices aumentaron más de dos veces, del 15% al 32%, durante este mismo período (Vandale, T.S., Rivera, P.M.E. & Kageyama, E.M.D.L., 2004). La prevalencia de la lactancia materna reportada en diferentes estudios es variada en España se reporta una prevalencia a los seis meses en el año de 1998 de 3.9%, en Brasil de 32.5% de Lactancia Materna exclusiva (LME). En Estados Unidos se han reportado tasas de inicio del 69.5% y prevalencia a los seis meses del 32.5% en 2001; mientras que en México, en la Encuesta Nacional emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el año 2003 se reportó una prevalencia de lactancia materna al cuarto mes de 30.5% (Valenzuela, F.J., Martínez C.E. & Sotelo H.E., 2011).

En México en los últimos 30 años se ha caracterizado por una disminución progresiva de la lactancia materna, la reducción a menos de 50% de la lactancia parcial a los tres meses de edad, más del 70% hacen referencia a diferentes factores que se han asociado con su abandono lo más sobresaliente son las socioeconómicas, culturales, escolaridad y el trabajo fuera del hogar (Karam, T.D., 2011).

Por otro lado la estimación de la mortalidad infantil en el estado de Tabasco es de 18.22% y en el municipio de centro es de 11.43%. Las principales causas de muerte son las infecciones digestivas y respiratorias, otitis, meningitis, y alergias. En el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer 38,433 mujeres fueron beneficiarias del programa de Clínica de Lactancia materna del 2010 al 2012 en el cual se dio un apego inmediato en las mujeres de parto fisiológico que fue de un 78% y de cesárea un 22%. En el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez se implementa el programa Hospital Amigo del niño y de la madre en Alojamiento conjunto con un cobertura del 85% con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención materna infantil mediante la protección y promoción de la lactancia (Secretaría de salud de Tabasco, 2011).

III. OBJETIVOS Y METAS

Determinar el nivel de conocimiento, creencias y actitud para otorgar lactancia materna que poseen las madres puérperas en una institución de seguridad social de Villahermosa, Tabasco.

Objetivos específicos:

Identificar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en las derechohabientes

Describir las causas de abandono temprano de la lactancia materna en las derechohabientes.

Describir la relación entre el conocimiento y la actitud hacia la lactancia materna de las puérperas derechohabientes.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es cuantitativo descriptivo, correlacional de corte transversal en el cual se evaluó el nivel de conocimiento, creencias y actitudes sobre lactancia materna que poseen las madres puérperas que acuden a la U.M.F No. 44 de Villahermosa, Tabasco.

La población estuvo conformada por 610 madres puérperas secundigestas y con niños menores de un año, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que como su nombre lo indica se seleccionó a la población de acuerdo a la conveniencia de las investigadoras, el cual nos permitió obtener los datos por medio de la aplicación del instrumento a todas las madres que cumplieron con los criterios establecidos para el estudio (Polit & Hungler, 2000). La muestra estuvo conformada por 330 madres secundigestas con niños menores de un año.

Previo a la recolección de los datos se procedió a emitir un oficio para solicitar la autorización de la Unidad Médica Familiar No. 44 (IMSS) de Villahermosa, Tabasco, solicitándole su autorización para llevar a cabo el estudio. Posteriormente se solicitó el listado de madres puérperas secundigestas y madres con niños menores de 1 año que acuden a la unidad, se coordinó con las autoridades de la U.M.F N° 44 la fecha y hora conveniente para la obtención de los datos. Para contar con los sujetos se hizo contacto con ellos de manera personal, explicándoles el objetivo del estudio e invitándolos a participar voluntariamente de forma verbal y escrita mediante la forma de consentimiento informado. Una vez que el participante aceptó participar se procedió a aplicar el instrumento.

Se utilizó el instrumento "Lactancia materna" elaborado por Carrasco, et. al., en Valdivia, Chile en el año 2007, para medir la asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida. Consta de 34 ítems y mide el nivel de conocimiento, creencias y la actitud hacia la lactancia materna.

Consideraciones éticas

El siguiente estudio se realizó conforme a lo que dispone el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación específicamente en los siguientes apartados: Respecto al artículo 13 se consideró el respeto a la dignidad humana, cuidando que todos los pacientes participen de forma voluntaria, se protegió su privacidad al momento de la recolección de datos y se buscó el momento oportuno para entrevistar los individuos de manera que no le incomodara su participación.

Análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó con el programa estadístico SPSS, versión 19.0, utilizando estadística descriptiva, para obtener, frecuencia, media y porcentajes por medio de tablas de frecuencias y de contingencia.

V. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 330 puérperas, con una edad mínima de 15 años y máxima de 41 años \bar{X} de 24, y una desviación estándar (DE) = 4. La edad de las participantes se encuentra distribuida de la siguiente manera: el 55.8% tiene de 20-25 años, el 25.4% de 26-30 años, 15-19 años el 11.6%, el 5.4% de 31-35 años.

En relación a las características demográficas de las participantes el 52.1% tiene nivel de escolaridad de bachillerato, el 25.2% universidad y el 22.7% secundaria; con respecto al estado civil el 59.7% son casadas, el 25.8% vive en unión libre y el 14.5% son solteras; referente a la ocupación el 46.1% se dedican a las labores del hogar, 23.0% son estudiantes, 21.8% son obreras y el 9.1% son profesionistas además el 83.9% tiene 2 hijos y el 16.1% tiene 3 hijos.

En la tabla 1 se muestran la distribución de la frecuencia de meses de vida que se amamanto al bebé, se destaca que el 63% amamanto durante el sexto mes, seguida del 13% en el quinto mes.

Tabla 1. Distribución de la frecuencia de meses de vida que se amamantó al bebe.

Meses de vida que se amamantó al bebe	f	%
Sexto mes	20	63.7
Quinto mes	43	13.0
Cuarto mes	30	9.1
Primer mes	19	5.8
Segundo mes	16	4.8
Tercer mes	14	4.2
Total	33	100.0

Fuente: Instrumento "Lactancia materna"

Con respecto a la distribución de la frecuencias de las puérperas que amamantaron a sus bebés, se observó que el 62.7% no dejaron de dar pecho, mientras que solo un 37.3% dejaron de dar pecho.

Tabla 2. Distribución de la frecuencia de amamantar

Frecuencia de amamantar	f	%
No dejaron de dar pecho	207	62.7
Dejaron de dar pecho	123	37.3
Total	330	100.0

Fuente: Instrumento "Lactancia materna" n=330

En cuanto, a las razones de las puérperas que dejaron de dar pecho a su bebé se destacó con un 16.7% por causa de trabajo, seguido de un 9.7% por que el niño rechaza el pecho y con un 7.8% porque no le salió leche.

Tabla 3. Distribución de la frecuencia de las razones para dejar de amamantar

Razones para dejar de amamantar	f	%
Trabajo	55	16.7
Niño rechaza pecho	32	9.7
Porque no le salió leche	25	7.6
Por hospitalización del niño	7	2.1
Problemas en el pezón	3	0.9
Por estar tomando medicamentos	1	0.3
Total	123	100.0

Fuente: Instrumento "Lactancia materna" n=330

En la tabla 4 se muestra la distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento de lactancia materna respecto al nivel de conocimiento se observa que el 53% tiene conocimiento suficiente, mientras que solo un 13% un conocimiento bueno.

Tabla 4. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento de lactancia materna

Nivel de conocimiento de la lactancia materna	f	%
Suficiente	175	53,0
Insuficiente	112	34,0
Bueno	43	13,0
Total	330	100,0

Fuente: Instrumento "Lactancia materna" n= 330

En la tabla 5 se muestra la distribución de frecuencia de la actitud de las puérperas hacia la lactancia materna, sobresaliendo que el 33.0% tienen una actitud favorable, mientras que el 26.1% muy favorable, con un 25.8% una actitud desfavorable y con menor porcentaje de 15.2% una actitud muy desfavorable.

Tabla 5. Distribución de la frecuencia de la actitud hacia la lactancia materna

Actitud hacia la lactancia materna	f	%
Favorable	109	33,0
Muy favorable	86	26,1
Desfavorable	85	25,8
Muy desfavorable	50	15,2
Total	330	100,0

Fuente: Instrumento "Lactancia materna"

n= 330

Con respecto a las actitudes desfavorables hacia la lactancia materna sobresalió que el no dar pecho evita problemas en el amamantamiento en un 9.1%, seguido de hay que dejar de dar pecho si hay heridas con un 8.8% y un 8.5% considera que dar pecho no trae beneficios, entre otros.

Tabla 6. Distribución de las actitudes desfavorables hacia la lactancia materna

Actitudes desfavorables de la lactancia materna	f	%
Visualmente es feo ver a una mujer dando pecho	179	54,2
No dar pecho evita problemas en el amamantamiento	162	49,1
Mismos nutrientes que la artificial	160	48,5
La lactancia es una presión social	134	40,6
Hay que dejar de dar pecho si hay heridas	128	38,8
Dar pecho no trae beneficios	127	38,5

Fuente: Instrumento "Lactancia materna"

n= 330

VI. DISCUSIÓN

La lactancia materna es la alimentación con leche de seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" de tal manera recomienda como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido.

El presente estudio muestra el nivel de conocimiento, actitud y creencias hacia la lactancia materna en las derechohabientes de una institución de salud, en dicha muestra se encontró que el estado sociodemográficos como son la edad sobresalieron en un 55.8% que corresponde a las de 20-25 años y de 15-19 años el 11.6%; en cuanto al nivel de escolaridad el 52.1% tiene bachillerato, el 25.2% universidad y el 22.7% secundaria; con respecto al estado civil el 59.7% son casadas y el 25.8% vive en unión. Estos resultados son similares a los de Delgado, et. al., quienes estudiaron el Conocimiento materno sobre las conductas óptimas de la lactancias

en Popayán, Colombia donde predominaron las mujeres de 20 a 29 años con un 58.7%, menores de 20 años un 13.5%, en donde las madres casadas y en unión libre con un 80.8.

En cuanto al nivel de conocimiento de la lactancia materna en las puérperas de este estudio predominó el 53.0% con un conocimiento suficiente, mientras que el 34.0% tienen un conocimiento insuficiente y solo un 13.0% un conocimiento bueno. Estos resultados son similares a los de Ruiz, et al., donde estudio el conocimiento y la práctica materna de la lactancia materna exclusiva en Piura, Perú y quienes encontraron que el 52.9% presentaron un nivel de conocimiento regular (suficiente) sobre la lactancia materna exclusiva. Con respecto a los meses de vida que se amamantó al bebé, se destacó que el 63.0% amamantó hasta el sexto mes de vida. Dichos resultados difieren a los obtenidos por Carrasco, et al., donde estudio la asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes en Panguipulli, Chile, donde se destacó que solo el 30% mantuvo lactancia materna hasta el sexto mes, un 55% hasta los cuatro meses o menos y el 35% en el primer mes de vida.

En cuanto, las causas de abandono de las puérperas para amamantar fue el 37.3% (123 puérperas), destacó con un 16.7% por causa de trabajo, seguido de un 9.7% porque el niño rechaza el pecho y con un 7.8% porque no le salió leche. Estos resultados son similares a las razones por las que dejaron de amantar en el estudio de Gutiérrez, et al., sin embargo difiere en el número de puérperas que abandonaron la lactancia materna exclusiva, ya que en su estudio solo 10 dejaron de amamantar, entre las causas que sobresalieron el 20.0% por trabajo y el 80.0% por escasa producción de leche.

Dentro de las actitudes desfavorables que sobresalieron fueron: el 9.1% considera que no dar pecho evita problemas en el amamantamiento, seguido de que hay que dejar de dar pecho si hay heridas con un 8.8% y con 8.5% considera que dar pecho no trae beneficios, entre otros. Estos resultados difieren a los obtenidos por Maestre, et al., 2008 donde el 90% de las madres presentaron una actitud favorable hacia la lactancia materna y las creencias desfavorables más frecuentes se encuentran aquellas en donde la madre afirma que "se les caían los pechos", "a el/la niño/a no le gusta la leche de pecho", "no les salía leche" y "los pechos pequeños no dan leche".

VII. CONCLUSIONES

La presente investigación nos permitió identificar las siguientes características respecto al nivel de conocimiento, creencias y actitud hacia la lactancia en las puérperas que acuden a la Unidad Médica Familiar No 44 llegando a la siguiente conclusión: sobresalió que más de la mitad de las puérperas participantes tuvieron un conocimiento suficiente de la lactancia materna y amamantaron a sus bebés hasta el sexto mes de vida de acuerdo a lo que recomienda la OMS y la UNICEF sobre la importancia de brindar la lactancia materna exclusiva mínimo hasta el sexto mes de vida.

Solo una tercera parte de las puérperas dejaron de amamantar a sus bebés y la razón que destacó fue por causa de trabajo, seguida de porque el niño rechaza el pecho o porque no le salió leche. En cuanto a las creencias desfavorables hacia la lactancia materna sobresalió que las puérperas consideran que tomar atole de maíz aumenta la producción de leche, la lactancia frecuente puede favorecer a la aparición de depresión posparto que al amamantar se caen los pechos.

Se recomienda realizar en futuras investigaciones estudios de correlación en cuanto a las variables de nivel de conocimiento y la práctica de lactancia materna. Así como también se le recomienda a la Unidad Médica Familiar No 44, la importancia de requerir apoyo a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, para adquirir el equipo necesario como: material audiovisual (videos), maniquí de bebe y extractor de leche al igual que fisiología de las mamas, para la ejecución del programa educativo de lactancia materna y lograr afianzar los conocimientos teóricos-prácticos impartidos por medio de la participación interdisciplinarias por medio de la práctica durante la aplicación de este.

VIII. REFERENCIAS

- Carrasco, K.A., Corvalán, K.V. (2007). Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmc3131a/doc/fmc3131a.pdf>
- Gutiérrez, G.A.E., Barbosa, R, D., González, L.R. & Martínez, F.O (2009). Nivel de conocimiento de lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer* 2009; 17(1)42-6
- Karam, T.D. (2011). Lineamiento técnico médico para la lactancia materna. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Maestre, R.E., Urbano, W.L. & Hernández, G.R. (2008). Conocimientos, creencias y actitudes de las madres de la comunidad de cambalache sobre la lactancia materna. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*; 66 (2), 45-58.
- Organización Mundial de la Salud. (2008) Informe de 10 datos sobre la lactancia materna; 2008. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index.html>
- Polit, D.F & Hungler B.P (2000), *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ta.ed.) México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Quiala L.B., Meléndez, P.S. (2008). Comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Recuperado de: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/231_tesis%20quiala%20leyva%20b%20.pdf
- Ruiz, C.L V & Córdova J.A. (2010). Conocimiento y práctica materna de la lactancia materna en Piura, Perú. Recuperado de: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/17355.pdf>
- Secretaría de Salud de Tabasco. (2011). Lactancia materna. Recuperado de: http://www.saludtab.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=575:lactancia-materna-protecte-y-garantiza-la-salud-del-nino&catid=1:latest-news&Itemid=50
- Sguassero Y. (2008). Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR (última revisión: 28 de marzo de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/index.html
- Raventós, C. A., Crespo, G. A, Villa V. S. (2006). Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2, Barcelona. *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 8(31). 2-11.
- Ruiz, C.L.V. & Córdova, J.A (2010). Conocimiento y prácticas maternas de lactancia exclusiva. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.
- Vandale, T.S., Rivera, P.M.E. & Kageyama, E. M.D.L. (2004). Lactancia Materna Destete y Ablactación: encuesta en una comunidad rural de México. *Salud pública de México*., 39(005). 412-419
- Valenzuela, F.J., Martínez C.E. & Sotelo H.E. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*; 13(2), 47-56.

Desarrollo de habilidades sociales y disminución de problemas conductuales en niños y niñas institucionalizados.

Mtra. Mariana Morales Alejandre¹; Dr. Jorge Ramón Navarrete Centeno²

I. RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación cuyo propósito fue diseñar, ejecutar y evaluar un programa de intervención dirigido a desarrollar habilidades sociales en un grupo de niños y niñas institucionalizados, los cuales fueron elegidos por el personal encargado de su cuidado dentro de la institución por presentar diferentes problemas de conducta.

Los datos fueron proporcionados por cinco adultos relacionados con los menores dentro de la institución a través de una entrevista semiestructurada elaborada por el investigador, y por otro lado, mediante la escala PKBS-2. El programa de intervención se realizó con cinco niños y dos niñas entre 5 y 6 años de edad. El diseño general de la investigación fue de tipo mixto concurrente, el modelo utilizado fue triangulado. El diseño de la intervención consistió en el análisis y recolección de técnicas cognitivo-conductuales implementadas en 12 sesiones.

Los resultados finales después del programa de intervención mostraron incremento en las habilidades de los 7 niños participantes en el programa, y en 5 de ellos además hubo disminución en los problemas de conducta presentados previamente a la intervención.

II. INTRODUCCIÓN

Durante las primeras etapas del desarrollo humano, los niños y niñas observan a sus principales cuidadores en la manera en que interactúan con ellos y otras personas, por naturaleza imitan las conductas que ellos desempeñan y las adoptan como herramientas para la interacción con el mundo [1]; al tipo de conductas utilizadas específicamente en la relación con otras personas se le denominan habilidades sociales; conforme el individuo crezca, éstas habilidades irán fortaleciéndose a manera de ensayo y error particularmente cuando ingrese al ambiente escolar, donde pueda ponerlas en práctica con pares y adultos en un ambiente distinto al hogar [2].

Algunos investigadores señalan que las conductas desadaptativas que los menores puedan reflejar se relacionan en mayor medida con carencias en el área de las habilidades sociales [3-5]. Keeneth Merrell en artículos publicados desde 1996 hasta la actualidad [6-8] realiza una extensa investigación abordando las habilidades sociales y relacionando su déficit con problemas de conducta. Para Merrell ha sido primordial intervenir en la implementación de programas de habilidades sociales ya que ha encontrado que su carencia influye en la aparición de futuras psicopatologías, en especial cuando el niño se acerca cada vez más a la adolescencia.

La investigación respecto a las habilidades sociales y el desarrollo de las mismas es amplia y su énfasis generalmente está orientado al ámbito educativo con niños que viven en un ambiente familiar regular; pero por otro lado se detectó en la revisión bibliográfica que estudios realizados en centros de asistencia social infantil se asocian a problemas de conducta [9] y dan un énfasis más bien clínico en donde se expresa una predisposición a psicopatología en la adolescencia posiblemente derivada de una carencia en el uso de herramientas para la interacción social [10-12].

Los problemas de conducta son el principal motivo de consulta psicológica [13,14] predominan comportamientos que interfieren con los derechos de otras personas y a las normas sociales aceptadas, estos problemas de conducta pueden solucionarse de distintas maneras dependiendo de la gravedad de la problemática; las técnicas cognitivo-conductuales suelen emplearse con mayor frecuencia por su alta funcionalidad en el cumplimiento de objetivos terapéuticos y en niños pequeños su éxito aumenta con la implementación de juegos, roll playing e instrucciones sencillas las cuales pueden utilizarse de manera individual y grupal [15-18].

III. OBJETIVOS Y METAS

Diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención en habilidades sociales dirigido a mejorar problemas de conducta en un grupo de menores institucionalizados.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Materiales

La escala utilizada fue la traducción al español de la versión revisada de la Preeschool and Kindergarten Behavior Scale-PKBS. La escala tiene por objetivo evaluar las habilidades sociales y los problemas de comportamiento en niños entre los 3 y los 6 años de edad. Está formada por 76 ítems que permiten evaluar dichos parámetros. Los comportamientos de los niños evaluados por el profesorado o el cuidador, se valoran según una escala de tipo Likert de 4 puntos.

La escala PKBS-2 permite diferenciar los resultados en dos niveles de riesgo, Riesgo alto se asigna cuando las puntuaciones del sujeto son igual o menores al 5% en el apartado de habilidades sociales e igual o mayores al 95% en problemas de conducta. En cuanto a la categorización de Riesgo medio se atribuye entre el 5% y 15% en habilidades sociales y entre el 85% y 95% en problemas de conducta.

Se realizó además una entrevista orientada a reflejar de manera amplia las observaciones que las cuidadoras y la maestra tuvieron en relación a la conducta social de los niños y niñas, así como características conductuales que mostraron a profundidad las áreas implicadas.

El programa de intervención consistió en un entrenamiento en habilidades sociales adaptado a las necesidades de cada niño, debió agrupar un conjunto de estrategias y técnicas de la terapia cognitivo conductual. La población total de adultos que evaluaron la conducta infantil fue de cinco participantes. La población total infantil que participó en la intervención fue un total de 4 niños y 2 niñas entre 5 y 6 años de edad, albergados en una institución de asistencia social infantil en la ciudad de Mérida, Yucatán.

4.2. Metodología

El diseño general de la investigación fue de tipo concurrente mixto, los datos fueron analizados en paralelo y brindaron información relacionada a la elaboración y evaluación del programa de intervención antes y después de su implementación.

El tipo de modelo de triangulación concurrente consta de tres etapas, la primera (pre-test) y la última (post-test) emplearon el mismo instrumento cuantitativo y la misma técnica cualitativa para recopilación de datos, en cuanto a la etapa intermedia que involucra a la intervención psicoterapéutica se llevó a cabo con el análisis de resultados de la primera etapa y se evaluó con los datos recopilados en la última etapa.

V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos previos y posteriores a la intervención realizada se detallan de manera individual en cada caso.

Sujeto N° 1

Masculino de 5 años y 3 meses de edad. No describen problemas de conducta de gravedad dentro de la institución, sin embargo constantemente se reciben reportes de la escuela por mal comportamiento e inclusive ha sido suspendido por la misma razón.

En la Tabla 1 pueden observarse las puntuaciones cuantitativas obtenidas antes y después del proceso de intervención.

Desglose de puntuaciones de la escala PKBS-2 del sujeto N°1.

Categoría	Pre-test	Post-test
Habilidades Sociales	37	61
<i>Cooperación Social</i>	40	66
<i>Interacción Social</i>	34	59
<i>Independencia Social</i>	40	50
Problemas de Conducta	89	77
<i>Externalizados</i>	91	74
<i>Internalizados</i>	92	77

Los cambios observados más representativos al finalizar la intervención se describen en la interacción con pares, la maestra ha notado un desempeño más eficiente al momento de realizar sus tareas.

Sujeto N°2

Masculino de 5 años aproximadamente ya que no se cuenta con la fecha de nacimiento.

Las cuidadoras lo consideran sumamente inquieto y con respuestas agresivas hacia otros niños. Han recibido reportes de la escuela por mal comportamiento.

Tabla 2.

Desglose de puntuaciones de la escala PKBS-2 del sujeto N°2.

Categoría	Pre-test	Post-test
Habilidades Sociales	6	34
<i>Cooperación Social</i>	8	40
<i>Interacción Social</i>	4	33
<i>Independencia Social</i>	18	26
Problemas de Conducta	93	82
<i>Externalizados</i>	97	87
<i>Internalizados</i>	80	72

Después de la intervención identifican disminución de agresividad, cambio en su conducta y seguimiento de instrucciones. No se registraron nuevos reportes escolares.

Sujeto N°3

Masculino de 5 años y 3 meses de edad. Descrito como capaz de seguir instrucciones, relacionarse bien con pares dentro de la institución, pero en la escuela existen reportes de mala conducta y suele salirse del salón de clases. Particular preocupación orientada a reciente enuresis.

Tabla 3. *Desglose de puntuaciones de la escala PKBS-2 del sujeto N°3.*

Categoría	Pre-test	Post-test
Habilidades Sociales	26	45
<i>Cooperación Social</i>	43	43
<i>Interacción Social</i>	8	36
<i>Independencia Social</i>	40	52
Problemas de Conducta	53	78
<i>Externalizados</i>	56	85
<i>Internalizados</i>	51	75

Al finalizar la intervención se observó mejor relación con pares, pero observan características de dependencia hacia los adultos y demanda de atención constante. Continúa presentando enuresis en el transcurso del día.

Sujeto N° 4

Masculino de 5 años y 2 meses de edad. Descrito como un niño activo, presenta problemas para relacionarse con otros niños, se observan actitudes erotizadas dirigidas hacia otros pares. Reportes en la escuela que indican molestar a pares y no concluir tareas.

Tabla 4. *Desglose de puntuaciones de la escala PKBS-2 del sujeto N°4.*

Categoría	Pre-test	Post-test
Habilidades Sociales	10	15
<i>Cooperación Social</i>	9	18
<i>Interacción Social</i>	12	14
<i>Independencia Social</i>	14	20
Problemas de Conducta	89	89
<i>Externalizados</i>	92	93
<i>Internalizados</i>	82	84

Después de la intervención las observaciones en cuanto al seguimiento de instrucciones de los adultos ha mejorado, sin embargo en cuanto a las relaciones con pares sigue presentando dificultades. La descripción de la cuidadora entrevistada en relación a la conducta del niño se define como agresiva e invasiva hacia otros niños.

Sujeto N° 5

Masculino de 5 años y 5 meses de edad. Descrito como un niño que suele imitar las malas conductas de pares, tiende a responder de manera retadora o grosera.

Tabla 5. *Desglose de puntuaciones de la escala PKBS-2 del sujeto N°5.*

Categoría	Pre-test	Post-test
Habilidades Sociales	10	16
<i>Cooperación Social</i>	15	20
<i>Interacción Social</i>	11	17
<i>Independencia Social</i>	15	19
Problemas de Conducta	84	83
<i>Externalizados</i>	90	87
<i>Internalizados</i>	70	78

Las observaciones después de la intervención varían notoriamente. La maestra comenta que es menos frecuente que el niño se porte mal, en cuanto al área de interacción percibe que ahora le resulta más fácil compartir e intercambiar juguetes. Por otro lado considera que aún existen características de imitación que lo llevan a presentar malas conductas. La cuidadora comenta que el niño ha comenzado a presentar problemas para el control de esfínteres.

Sujeto N° 6

Femenina de 5 años y 3 meses de edad. Fue elegida para participar en el programa porque las entrevistadas consideraron que es sumamente tímida y pasiva, lo que a veces le impide expresar sus emociones o necesidades.

Tabla 6. Desglose de puntuaciones de la escala PKBS-2 del sujeto N°6.

Categoría	Pre-test	Post-test
Habilidades Sociales	49	54
<i>Cooperación Social</i>	55	57
<i>Interacción Social</i>	48	64
<i>Independencia Social</i>	47	38
Problemas de Conducta	48	18
<i>Externalizados</i>	27	14
<i>Internalizados</i>	73	29

En cuanto a los cambios observados en la interacción social después de la intervención la maestra describen sí haber sido positivos y notorios en la conducta infantil.

Sujeto N°7.

Femenina de 5 años y 6 meses de edad. Considerada como una niña cariñosa e independiente, han observado actitudes erotizadas autoridigidas desde su ingreso a la institución, mismas que se han tratado de manejar con diferentes estrategias pero aún continúan.

Desglose de puntuaciones de la escala PKBS-2 el sujeto N°7.

Categoría	Pre-test	Post-test
Habilidades Sociales	23	62
<i>Cooperación Social</i>	40	66
<i>Interacción Social</i>	21	57
<i>Independencia Social</i>	16	68
Problemas de Conducta	72	36
<i>Externalizados</i>	70	37
<i>Internalizados</i>	69	37

Después de la intervención se observaron cambios en la conducta en diferentes áreas, lo que corresponde a cooperación e interacción social refieren mejores actitudes, así como en el seguimiento de instrucciones. En términos generales, en el área de habilidades sociales dónde se presentaron mayores niveles de riesgo, fueron la de interacción social con los sujetos N°2, N°3, N°4 y N°5, quienes después del programa de intervención pudieron elevar su puntuación y salir del grado de riesgo presentado en el pre-test. El área de cooperación social con los sujetos N°2, N°4 y N°5 que presentaron niveles de riesgo elevados antes de la intervención lograron una notable mejoría después de la misma.

Los problemas de conducta predominantes fueron los externalizados en los sujetos N°1, N°2, N°3, N°4 y N°5 todos varones, reflejados en conductas agresivas o explosivas, sobreactividad y problemas de atención.

VI. DISCUSIÓN

La presente investigación aporta conclusiones que coinciden con las investigaciones de Merrell op. cit., Ison y Morelato op. cit., Monjas [22] y Reyna y Brusino op. cit., en relación a qué los resultados en habilidades

sociales y problemas de conducta suelen relacionarse, ya que seis de los siete sujetos evaluados aquí mostraron menor puntuación en el área social y mayor en el área conductual. Los resultados nos muestran que se cumple el objetivo de incrementar las habilidades sociales en cada caso después de diseñarse e implementarse el programa de intervención a partir de los resultados preliminares, sin embargo este incremento no fue suficiente para disminuir la puntuación en problemas de conducta de todos los sujetos. El tratamiento llevado a cabo y de carácter preventivo procuró ofrecer herramientas para el reconocimiento y control emocional, a fin de eludir posibles conductas de riesgo que puedan presentarse en futuras etapas del desarrollo tal cual señalan algunos trabajos como el de Erol, Simsek y Münir ó de Durmsoglu op. cit., en sus investigaciones con adolescentes institucionalizados.

Los programas elaborados para el desarrollo de habilidades sociales como los de McGinnins y Goldstein op. cit y Segura y Arcas op. cit., ofrecen herramientas útiles para primero, brindar a los sujetos mecanismos para construir asociaciones cognitivas de causa-efecto en sesiones de juego individuales que se trasladaron después a situaciones reales dentro de un grupo de pares y segundo, a través de técnicas cognitivo conductuales para auto-dirigirse contemplando formas efectivas de interacción social, en esta propuesta sus aportaciones brindaron herramientas útiles que resultaron en cambios significativos en algunos de los sujetos dentro del proyecto.

Sin embargo en casos como de los sujetos N° 4 donde no hubo disminución en los problemas de conducta, del caso N° 5 donde la disminución de problemas conductuales fue mínima , o como del sujeto N° 3 en dónde los datos de la misma variable se incrementaron en el post-test, es posible que éste diseño de intervención no sea suficiente para lograr cambios en dicha área, recordemos que la carga emocional de la institucionalización infantil es distinta para cada niño, por lo tanto es importante intentar recabar la mayor información posible de la historia clínica para lograr mejores resultados e implementar estrategias particulares de intervención.

VII. CONCLUSIONES

La intervención con menores institucionalizados en edad preescolar se diferencia del trabajo con niños y niñas en ambientes familiares regulares, en especial cuando el proceso de institucionalización se ha efectuado desde los primeros años de vida, ya que si bien existe un reglamento general de conducta, éste es de carácter inmediato, es decir la recompensa o penitencia de seguir los lineamientos de la institución, no se extrapola a ambientes sociales diversos, ni la atención es individualizada, como en el caso de las familias regulares. Por lo anterior se procuró en el programa de intervención trabajar desde las sesiones iniciales con ejercicios básicos que promovieran el pensamiento causal para aproximar a los sujetos de manera gradual a actividades más elaboradas, respetando siempre la etapa del desarrollo en curso.

La investigación mixta en este caso, permitió enriquecer los resultados al apoyarse en los registros cuantitativos de las escalas utilizadas y los datos cualitativos en las entrevistas empleadas al personal de la

institución. Ambos permitieron dirigir de manera específica el diseño de intervención y la conceptualización de cada caso para no perder de vista el objetivo del programa.

Creemos que el manejo institucional tiene un peso importante en la estabilidad emocional de los niños y niñas que habitan ahí; la atención a la infancia se ha centrado en cumplir los requisitos básicos de cuidado pero omite cubrir en sus posibilidades la parte emocional tan importante que el núcleo familiar ofrece al niño en desarrollo. Por ejemplo no es posible establecer una constancia en el manejo de límites y reglas claras porque el personal es sometido frecuentemente a rotación; otra particularidad es que se intenta evitar que los hermanos permanezcan en la misma área o habitación para evitar conflictos; o bien las estrategias de recompensas y castigos no cambian a pesar de que ya no den resultado.

Es necesario abordar más investigaciones en instituciones que albergan a menores en México, creemos que el trabajo con niños y niñas que aterrizan en hogares de asistencia social desde edad preescolar es de suma importancia, para lo que se sugiere darle seguimiento en las siguientes etapas del desarrollo que pudiera generar un impacto importante en la estabilidad socioemocional de futuros adolescentes y adultos.

VIII REFERENCIAS

- Ison, M., Morelato, G. (2002). Contexto familiar y desarrollo de habilidades cognitivas para la resolución de problemas interpersonales en niños. *PSYKHE*. XI (1). 149-157.
- Vived, E. (2011). *Habilidades sociales, autonomía personal y autorregulación*. España: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Caldarella, P., Merrell, K. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: a taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*. 26 (2). 264-315.
- Sanders, D., Merrel, K., Cobb, H. (1999). Internalizing symptoms and affect of children with emotional and behavioral disorders. A comparative study with an urban African American Sample. *Psychology in the schools*. 36 (3). 187-197.
- Merrell, K., Buchannan, R., Tran, O. (2006). Relational aggression in children and adolescents. A review with implications for school settings. *Psychology in the schools*. 43 (3). 345-360.
- Merrell, K. (1996). Social-emotional problems in early childhood: new directions in conceptualization, assessment, and treatment. *Education & Treatment of Children*. IX (1). 458-474.
- Merrell, K. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales*. Examiner's manual. (2nd Ed). EE.UU: Pro-ed.
- Cummings, K., Kaminski, R., Merrell, K. (2008). Advances in the assessment of social competence: findings from a preliminary investigation of general outcome measure for social behavior. *Psychology in the schools*. XLV (10). 934-946.
- Torres, N., Maia, J., Veríssimo, M., Fernandes, M., Silva, F. (2012). Attachment security representations in institutionalized children and children living with their families: Links to problem behavior. *Clinical psychology and psychotherapy*. IX. 25-36.
- Pérez, M. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato*. Tesis doctoral. España: Universidad de Granada.
- Pelorusso, A., Etchevers, M., Fernández, C., Arlandi, N., Retamar, M., Giannini, S. (2006). Niños en riesgo. Efectos de la privación familiar y de contexto. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires. 62-64.
- Escobar, M., Santelices, M. (2009). El efecto de la institucionalización en el apego y desarrollo del niño preescolar adoptado en el contexto chileno: una revisión. *Revista humanitas*. VI (6). 17-25.
- Rodríguez, P (2008). Trastornos del comportamiento. *Pediatría integral*. XII (10). 949-958.
- Zulic, C., Gutiérrez, I., Barañao, C., Pérez, A, Rojas, E., Poblete, D. (2010). Perfil de Deserciones Infantiles y Adolescentes del Centro Comunitario de Salud Mental de Quinta Normal, Región Metropolitana, entre los años 2006 – 2007. *Revista ANACEM*. IV. 68-72.
- Segura, M., Arcas, M. (2007). *Relacionarnos bien: Programas de competencia social para niños y niñas de 4 a 12 años*. España: Narcea.
- Whitcomb, S., Merrel, K. (2012). Understanding Implementation and Effectiveness of Strong Start K-2 on Social-

Emotional Behavior. *Early Childhood Educ J.* 40 (1). 63-71.

Ison, M., Morelato, G. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Univ. Psychol.* VII (2). 357-367.

Hernández L, Benjet, C., Andar M., Bermúdez, G., Gil, F. (2010). Clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Reyna, C., Brussino, S. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de comportamiento preescolar y jardín infantil en una muestra de niños argentinos de 3 a 7 años. *Psykhé.* 127-140.

Erol, N., Simsek, Z., Münir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *Eur child Adolesc Psychiatry.* IX. 113-124.

Durmusoglu, N. (2012). The relationship between abuse within the family and social skills of turkish senior primary school children. *Social Behavior and personality.* 40 (4). 585-590.

McGinnis, E, Goldstein, A. (2008). Programa de habilidades para la infancia temprana. Material de apoyo para el programa Estrategias para la prevención temprana de la violencia en los niños. [en línea] <http://www.oei.es/inicial/articulos/habilidades_infancia.pdf

[2014, febrero 2].

Monjas, M. (2002). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar. España: CEPE

Explorando estrategias y motivación para el aprendizaje en estudiantes de nuevo ingreso de la Licenciatura en Psicología

*Mtra. Claudia Soledad de la Fuente Pérez, Mtra. Alba Cerino Soberanes, Lic. Agustín Jiménez Javier
Lic. Karla Cecilia Gómez Castillo, Mtro. Héctor Herrera Barragán*

I. RESUMEN

Este trabajo presenta los resultados de una investigación descriptiva de corte transversal, cuyo objetivo ha sido identificar estilos de aprendizaje, factores motivacionales, estrategias para aprender y hábitos de estudio que poseen los alumnos de nuevo ingreso a la Licenciatura en Psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. El estudio se realizó con una muestra de 80 estudiantes y para los fines del mismo se emplearon los resultados del Inventario de estilos de aprendizaje y orientación motivacional (EDAOM) que se administra institucionalmente en la UJAT. Los resultados observados en la muestra indican puntuaciones arriba de 80 en las subescalas de adquisición generativa, Recuperación de información ante exámenes, Pensamiento convergente y orientación al logro. La Orientación a la aprobación externa indica una comunicación poca o nula entre los mismos estudiantes y entre alumno y profesor. La escala de materiales refleja que los alumnos no aprovechan los espacios físicos para la obtención de nuevos aprendizajes. El 78.94% de los alumnos requieren apoyo de reforzamiento en algún área y el 83.60% de las alumnas. Asimismo, el 81.25% del alumnado muestra una capacidad de aprendizaje Regular. El estudio realizado permitió conocer las deficiencias y fortalezas en los estilos de aprendizaje, motivación y hábitos que poseen los alumnos, Con estos resultados se dispone de elementos diagnósticos para implementar estrategias para coadyuvar al mejoramiento del desempeño académico de los alumnos, potenciando las posibilidades de desarrollo en la vida universitaria

II. INTRODUCCIÓN

Ya en 1969 Peter Drucker anticipaba por primera vez la emergencia de “la sociedad del conocimiento”, estableciendo que el saber se convertiría en la naciones; hoy, a casi 50 años de esta visión, un mundo inmerso en los medios y redes informáticas, en donde los espacios locales se encuentran vinculados y comprometidos con intereses multinacionales, resulta por lo demás patente la relevancia de los saberes y su disponibilidad para acceder a lo que en el contexto de las sociedades neoliberales se identifica como bienestar económico.

En un contexto tal, el énfasis en los servicios educativos así como en las estrategias de producción y difusión del conocimiento adquiere una enorme trascendencia, y con ello las universidades asumen, de manera casi natural, un papel protagónico en las políticas nacionales e internacionales de desarrollo, las cuales sin duda

se orientan por intereses que, debido a las condiciones mismas de la globalización, exceden las exigencias locales y abonan a las demandas de crecimiento económico transnacional.

Ahora bien, y de manera paradójica, el crecimiento acelerado en el cúmulo y fuentes de conocimiento en esta era, ha generado una profunda incertidumbre en la sociedad; puesto que, si bien la cantidad de conocimiento se eleva con gran celeridad, queda claro para todos que en términos tanto grupales como individuales el saber que es posible adquirir y dominar es muy limitado en relación al cúmulo mismo de conocimientos disponibles, por lo que en la época de más saber, las sociedades enfrentan la más grande ignorancia en términos relativos. La relevancia entonces de la universidad moderna está, si, en la producción de nuevos saberes, en la investigación; pero también en la administración del conocimiento disponible, en la creación de estrategias para su optimización y uso efectivo.

Ciertamente, habría que coincidir con la opinión de que en México:

...los desafíos que enfrenta la educación superior son numerosos y muy variados... ya que en esta era del conocimiento, el desarrollo de las naciones sólo podrá darse, reconociendo el valor estratégico del conocimiento y la información, aspectos en los cuales las instituciones de educación superior deben desempeñar un papel preponderante.

La Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) que como institución educativa de educación superior alberga a la mayoría de los universitarios del estado, no puede soslayar el valor estratégico del conocimiento en la actualidad y, al igual que otras universidades públicas del país, debe buscar mecanismos que conduzcan a la generación de procesos de calidad en la educación. Debido a esto, desde hace algunos años se ha implementado el Programa Institucional de Tutorías [PIT] como una estrategia para elevar los niveles de desempeño académico, en el entendido de que la actividad tutorial promueve tanto la integración del estudiante al espacio universitario como la reflexión en torno al proyecto de desarrollo académico y vida profesional futura. El PIT es un programa estratégico, que busca impactar positivamente en la comunidad universitaria, contribuyendo de manera significativa a través del trabajo conjunto entre profesores y alumnos en el quehacer universitario, con la firme convicción de abatir la reprobación, el rezago y la deserción, incrementando a cambio los índices de eficiencia terminal y la titulación.

Ciertamente, hay que considerar la relevancia de mantener el ensamblaje entre el trabajo tutorial y la acción docente a fin de potenciar las competencias, elevar el conocimiento y promover el éxito académico. La acción docente siempre ha estado vinculada con el trabajo de evaluación por lo que se entendería que la elección de instrumentos de evaluación constituye, por tanto, una primera estrategia para construir una ligadura entre el problema del desempeño académico de los estudiantes, la actividad docente y la intervención del tutor. Una consideración de este orden ha conducido a la elección de la Escala de Orientación y Motivación hacia el Aprendizaje [EDAOM] para detectar oportunamente estilos de aprendizaje y factores motivacionales que

podrían verse asociados a la vida académica de los estudiantes, afectando o potenciando las posibilidades de desarrollo en la vida universitaria. El EDAOM es entonces una herramienta que puede facilitar la pronta canalización y la adecuación de estilos didácticos que potencien el desarrollo académico de los estudiantes. Constituiría entonces, un compromiso para la universidad, el organizar dispositivos o esquemas que respondan a las demandas o necesidades educativas evidenciadas por dicha herramienta dado que:

La calidad de los resultados académicos puede ser sustancialmente mejorada si se utilizan en la práctica educativa, avances sobre el entendimiento de los mecanismos responsables del aprendizaje eficiente. Así, la intervención educativa puede mejorar los resultados de aprendizaje si incorpora procedimientos de evaluación que permitan identificar riesgos y prescribir mejoras en mecanismos que fomentan el aprendizaje eficiente de los estudiantes e, indirectamente, en las prácticas docentes.

El instrumento EDAOM, diseñado por Castañeda Feixas “está compuesto por dos secciones: la de autoreporte y la de ejecución”; en la primera de ellas se busca establecer una evaluación de las perspectivas de los estudiantes sobre sus estilos y motivaciones para aprender, en donde se involucran aspectos “cognitivos, afectivos, motivacionales y sociales”.

El EDAOM puede servir al desarrollo del deseo por mejorar en las áreas indicadas en los resultados y también para “apoyar programas de tutoría académica, consejo educacional y orientación escolar” [9]. Es en razón de esto que la UJAT ha incorporado el EDAOM en el PIT, haciendo una aplicación universal de la sección de autoreporte a los alumnos de primer ingreso. La presente investigación intenta derivar una imagen descriptiva, a partir de los resultados del EDAOM, sobre las estrategias para aprender y la motivación que poseen los alumnos de nuevos ingreso de la licenciatura en psicología; esto podría coadyuvar al desarrollo de estrategias de aprendizaje de los alumnos a partir del análisis de sus dificultades académicas, a la promoción a través de los tutores trayectorias formativas que faciliten y motiven el aprendizaje y, sobretodo, a la intervención mediante talleres y cursos remediales que favorecer el desempeño de los alumnos con dificultades en sus asignaturas. Cabría señalar que en el contexto del nuevo programa institucional de mentorías, la información derivada del EDAOM sería de gran relevancia para la planeación de las actividades del mismo.

III. OBJETIVOS Y METAS

Analizar las estrategias de aprendizaje y los factores motivacionales que inciden en la vida académica de estudiantes de primer ingreso a la licenciatura en psicología en la UJAT, con el fin de identificar fortalezas y deficiencias para el enfrentamiento de la formación universitaria que permitan formular recomendaciones generales para favorecer el éxito escolar.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Materiales y equipo

Se requirió equipo de cómputo con intranet de la UJAT disponible para la aplicación del instrumento EDAOM. Se utilizó una computadora personal para la captura en archivo Excel de la información de la muestra recuperada del Sistema Electrónico Institucional de Tutorías y se efectuó un análisis estadístico descriptivo de la dicha información.

Instrumento

El instrumento utilizado en el estudio es el Inventario de Estilos de Aprendizaje y Orientación Motivacional (EDAOM), instrumento diseñado para evaluar en los alumnos las estrategias de aprendizaje y la orientación motivacional hacia el estudio. Según se ha indicado previamente, está compuesto por dos secciones: la de autoreporte y la de ejecución. La sección de autoreporte, que es la que se emplea en la tutoría de la UJAT, está constituida por un inventario de 89 reactivos tipo Likert que miden autovaloraciones de los estudiantes sobre: a) la frecuencia con la que utilizan una extensa variedad de estrategias de aprendizaje y orientaciones motivacionales al estudio; b) la dificultad que les representa hacerlo y c) los resultados que obtienen al aplicarlas.

El EDAOM permite valorar la capacidad de aprendizaje de acuerdo con tres rangos diferenciados en función de las puntuaciones obtenidas:

1. Capacidad de Aprendizaje Baja (puntaje 0-59). Nos indica un individuo que dedica poco tiempo al estudio, su principal recurso es la memorización.
2. Capacidad de Aprendizaje Regular (puntaje 60-79). Es aquel alumno que dedica tiempo irregular al estudio,
3. Capacidad de Aprendizaje Alta (puntaje 80-100). Nos indica que la persona dedica tiempo adecuado al estudio, aprende fácilmente, su aprendizaje es significativo, participa en clases, reconoce capacidades personales y áreas que requieren desarrollo.

4.2. Metodología

Tipo de Estudio

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal por lo que en los resultados se habrá de reportar el comportamiento específico, en el momento mismo de la medición, de las variables que competen a este estudio.

Muestra

Se constituyó una muestra aleatoria simple que constó de 80 estudiantes –de un total de 183- de primer ingreso a la Licenciatura en Psicología de la UJAT en el ciclo escolar agosto 2012 - enero 2013. Del total de

alumnos de la muestra, el 23.75% de los sujetos (19) correspondían al género masculino y el 76.25% (61) eran de género femenino.

Variables

Las variables consideradas en este estudio corresponden a la sección de autoreporte del EDAOM, en donde se miden tanto las estrategias de aprendizaje como la motivación del aprendizaje. En la tabla 1 se definen estas variables y sus distintos componentes.

Tabla 1
(Fuente: Castañeda y Ortega, 2004)

<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de aprendizaje: comprenden aquellos recursos cognitivos que el estudiante utiliza cuando se enfrenta a situaciones de aprendizaje. Las estrategias incluyen elementos en relación con el control ejecutivo del alumno, que en el EDAOM corresponderían básicamente a las siguientes categorías 	
I.	Estilos de adquisición de información
	<ul style="list-style-type: none"> a. Adquisición selectiva (procesamiento superficial de lo que se está aprendiendo). b. Adquisición generativa (procesamiento profundo de la información adquirida)
II.	Estilos de recuperación de la información aprendida
	<ul style="list-style-type: none"> a. Estilo de recuperar información ante diferentes tareas académicas. b. Estilo de recuperar información durante los exámenes.
III.	Estilos de procesamiento de la información
	<ul style="list-style-type: none"> a. Procesamiento convergente (reproducir la información aprendida). b. Procesamiento divergente (crear y pensar críticamente sobre lo aprendido)
<ul style="list-style-type: none"> • Motivación del aprendizaje: Capacidad que posee el alumno para la estimulación, selección, dirección y continuación de las conductas que le proporcionen conocimientos y/o su profundización 	
IV.	Estilos de autoregulación metacognitiva y metamotivacional
	<ul style="list-style-type: none"> a. Los del aprendiz: eficacia percibida, contingencia percibida, autonomía percibida, <u>orientación</u> a la aprobación externa. b. Los de la tarea de aprendizaje: orientación a la tarea en sí, orientación al logro. c. Los de los materiales: evaluación, regulación.

Para los fines específicos de este estudio, las calificaciones generales del EDAOM se valoraron de acuerdo a los rangos de puntuación que determinan las capacidades de aprendizaje baja, regular y alta. De la misma manera, las distintas estrategias de aprendizaje y los aspectos motivacionales, fueron valorados según los siguientes criterios:

- i. Fortaleza: es la presencia o amplio desarrollo de determinadas estrategias de aprendizaje, o factores motivacionales que propician el desempeño óptimo de los alumnos ante actividades o tareas escolares y de la vida cotidiana
- ii. Deficiencia: es la ausencia o poco desarrollo de determinadas estrategias de aprendizaje o factores motivacionales, que impiden el desempeño óptimo por parte de los alumnos ante tareas o actividades escolares y de la vida cotidiana.

Procedimiento

El estudio se efectuó en 3 etapas:

1ª etapa. Aplicación del instrumento EDAOM.

2ª etapa. Recuperación y captura de información en el programa Excel.

3ª etapa. Análisis y presentación de resultados

V. RESULTADOS

Tanto hombres como mujeres, tienen puntuaciones arriba de 80 en las subescalas de adquisición generativa, Recuperación de información ante exámenes, Pensamiento convergente y orientación al logro, esto indica que los alumnos almacenan información estudiando durante el periodo de exámenes, lo que los impulsa a utilizar medios significativos y simbólicos con lo cual desarrollan su capacidad de abstracción y análisis conceptual por lo que facilitan el proceso de recuperación de información para dar solución óptima al proceso de evaluación y así obtener resultados satisfactorios.

En la subescala de Orientación a la aprobación externa, ambos géneros obtuvieron puntuaciones por debajo de 50, lo que indica que existe una comunicación poca o nula entre los mismos estudiantes, y entre alumno y profesor, la cual es necesaria para la retroalimentación entre pares y el docente, para el buen desarrollo del aprendizaje, (Salomón, Priego, & De la Fuente, 2013) las mujeres obtuvieron una puntuación mayor en la escala, superando a los hombres por 5.94, en esta escala es donde podemos encontrar la mayor discrepancia, ya que en las demás, las puntuaciones solo varían por una cantidad mínima. Y en la escala de materiales obtuvieron promedios mínimos de 12, lo que indica que los alumnos no aprovechan los espacios físicos que les brinda la Universidad para la obtención de nuevos aprendizajes, es probable que no sepan cómo usarlos o en que momentos son ideales para hacerlo.

De los alumnos del género masculino, el 78.94% requiere apoyo de reforzamiento en algún área, pues sus promedios oscilan entre los 60 y 79 puntos (capacidad de aprendizaje regular) debido a que dedican tiempo irregular al estudio. El 10.52% obtuvieron puntajes por arriba de 80, lo que indica que estos alumnos no Requieren Ningún tipo de Apoyo, ya que dedican tiempo adecuado al estudio, su aprendizaje es significativo, conocen, comprende y practican diferentes técnicas de estudio. El resto (10.52%) obtuvo puntuaciones por debajo de 60, en este caso, el EDAOM indica que se requiere apoyo urgente en casi todas o todas las áreas, son alumnos que dedican poco tiempo a estudiar, cuyo principal recurso de adquisición es la memorización, en estos casos se pueden suponer dificultades cognitivas y/o de motivación considerables.

La mayoría de las puntuaciones dentro del género femenino, muestran que el 83.60% de las alumnas presentan resultados entre los 60 y 79 puntos, lo que indica que Requieren Apoyo de Reforzamiento, es decir que utilizan técnicas de estudio de manera irregular, lo que impide el máximo aprovechamiento de las horas estudio. El 13.11% obtuvo resultados por arriba de las 80 puntos, lo que indica que No Requieren Apoyo, que conoce, comprende y maneja las técnicas de estudio. La población restante (10.52%), obtuvo resultados por debajo de los 60 puntos, lo que indica que requiere apoyo urgente, ya que no implementa técnicas de estudio, recurren con frecuencia a la memorización, pueden presentarse dificultades cognitivas y/o de aprendizaje.

El 81.25% de los alumnos muestra una capacidad de aprendizaje Regular, por lo cual se puede decir que son alumnos que dedican tiempo irregular al estudio, para mejorar su desempeño académico es necesario el reforzamiento de técnicas de estudio así como la aplicación frecuente de las mismas. El 13.75% posee

una capacidad de aprendizaje alta, lo que nos indica que son alumnos que invierten tiempo en el estudio, que aprenden de manera rápida, su aprendizaje es significativo y reconoce que tiene capacidades así como áreas en las que requieren esfuerzo y dedicación, se debe mantener el ritmo en el uso de técnicas de estudio y establecer metas de aprendizaje. El 5% de la población restante tiene una capacidad de aprendizaje baja, son alumnos que dedican poco tiempo al estudio, poseen escasas o nulas estrategias de aprendizaje ya que su principal recurso es la memorización, pueden presentar dificultades cognitivas y/o motivacionales que dificultan el proceso de aprendizaje así como inasistencia frecuente que dificulta el seguimiento de los contenidos de las asignaturas.

Si bien en su mayoría los alumnos cuentan con recursos suficientes para el aprendizaje, según lo indican los puntajes obtenidos en las escalas de estrategias de aprendizaje (Adquisición, recuperación y procesamiento) y motivación del aprendizaje (según varias condiciones motivacionales del aprendiz y según las tareas); cabe señalar, sin embargo, que en la subescala de aprobación externa (una condición motivacional del aprendiz) los estudiantes mostraron puntuaciones considerablemente más bajas en razón del resto, siendo el mismo caso, aunque en menor medida, de los dos componentes de materiales lo cual implica dificultades en lo relativo al uso apropiado de los recursos disponibles en la universidad para el aprendizaje como bibliotecas y bases de datos. (Ver Tabla 1).

VI. DISCUSIÓN

El EDAOM es una herramienta que como test de medición, de manera significativa aborda las capacidades que tienen los alumnos, las fortalezas y deficiencias para aprender y la regulación de tal proceso (aprendizaje). En nuestra institución educativa el Programa Institucional de Tutorías se encuentra en una fase de consolidación por lo que actualmente se desarrollan estudios al respecto que nos marquen las directrices para fortalecerlos. En el periodo 2012-2013 se realizó un estudio con 75 alumnos de la Licenciatura en Médico Cirujano, identificando que en las subescalas de eficacia, contingencia, autonomía, aprobación, logro, tarea y materiales, se obtuvieron promedios por debajo de los 80 puntos, mientras que en todas las demás escalas y subescalas, con excepción de la escala de aprobación, los estudiantes de Medicina obtuvieron un puntaje mayor de 80. En nuestro estudio encontramos puntuaciones muy similares en las mismas escalas a excepción de la escala del logro en las que obtuvieron un promedio por arriba de 80 y de materiales que obtuvieron un promedio de 12, muy por debajo de la puntuación obtenida por los alumnos de medicina en esta mismas escala, en el resto de las escalas hubo variaciones ya que en las escalas de Atención Selectiva, Recuperación de Información ante Tareas y Pensamiento Divergente, se obtuvieron promedios por debajo de 80, solo en ambos estudios se coinciden en las escalas restantes.

Ambas Licenciaturas (Médico Cirujano y Psicología) presentan problemas en la habilidad de aprendizaje referente a la autorregulación metacognitiva y motivacional especialmente en la de aprobación externa, lo que indica problemas en la comunicación entre los compañeros de estudio así como profesor - alumno, por

lo que es prioritario aumentar la comunicación entre compañeros y maestros para desarrollar aprendizajes. Es necesario que en las instituciones educativas del país, se implementen actividades en las que el alumno desarrolle habilidades y tome conciencia de la capacidad de pensamiento que posee, así como de aprendizaje y comprensión de lo que ha aprendido, la asimilación de información, y que el mismo pueda evaluar estas capacidades de forma cotidiana, y que los proyectos como el Sistema Institucional de Tutorías a través de los profesores encargados de las tutorías (tutores), motiven al alumno a mejorar en las deficiencias que tengan, para avanzar en disminuir los niveles de rezago y calidad en los procesos de evaluación.

VII. CONCLUSIONES

El estudio realizado permitió conocer las deficiencias y fortalezas en la capacidad de aprendizaje y el uso de técnicas que poseen los alumnos de nuevo ingreso de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco el 81.25% tiene una capacidad regular y el 13.75 una capacidad alta, lo que indica que en su mayoría, los alumnos cuentan con recursos suficientes para el aprendizaje aún y cuando se requieren actividades de apoyo para el mejoramiento en el desempeño escolar, lo cual justifica la creación de estrategias y programas que intenten favorecer la vida académica de los alumnos en especial de primer ingreso, promoviendo la implementación de técnicas de estudio, un compromiso responsable para llevarlas a cabo, la evaluación constante del aprendizaje y probando estrategias de adquisición distintas a la memorización en el desarrollo mismo de las asignaturas.

Es altamente recomendable establecer espacios y mecanismos de convivencia entre estudiantes de modo que se diluyan los temores en torno a la aprobación externa que impiden al estudiante hacer de sus casos espacios participativos y de enseñanza mutua, debido al recelo que produce la posible desaprobación de los compañeros o el profesor. Del mismo modo, se debe proveer al estudiante de la retroalimentación suficiente para que mantenga un atento control sobre los productos del aprendizaje, su utilidad en términos de obtención de conocimiento y de evaluación. Promover los procesos de comunicación entre los alumnos como mediadores del aprendizaje en el aula y entre ellos y el profesor como facilitador y evaluador, implicaría fortalecer el vínculo entre ambos al establecer metas en común, en donde el aprendizaje y la regulación del mismo sea el principal objetivo, de modo que, incluso, el intercambio de información adecuada para el uso de los espacio físicos y de la infraestructura universitaria pueda propiciar en el alumno una mejora significativa en el aprendizaje.

VIII. REFERENCIAS

- Álvarez, M. (2008). La tutoría académica en el Espacio Europeo de la Educación Superior. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 22(1), 71-88.
- Bonal, X. (2002). Globalización y política educativa: un análisis crítico de la agenda del Banco Mundial para América Latina (Globalization and Education Policy: A Critical Analysis of the World Bank's Agenda for Latin America). *Revista Mexicana de Sociología*, 3-35. Recuperado en febrero de 2016 de [http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/_documentos/GT_cultura_escolar_politica_educativa/recursos%20bibliograficos/articulos%20relacionados/bonal\(2002\)globalizacionypoliticaeducativaanalisisagendabancomundial.pdf](http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/_documentos/GT_cultura_escolar_politica_educativa/recursos%20bibliograficos/articulos%20relacionados/bonal(2002)globalizacionypoliticaeducativaanalisisagendabancomundial.pdf)
- Castañeda, S. y Ortega, I. (2004). Evaluando estrategias de aprendizaje y la orientación motivacional al estudio (EDAOM). En *Herramientas para la actividad tutorial II*. Universidad de Guadalajara: México. 87-103. Recuperado en febrero de 2016. http://www.cucs.udg.mx/serviciosacademicos/files/File/Diagnostico_de_los_problemas_de_aprendizaje_para_anexo_numero7.pdf#page=87.
- Castañeda, S. (1995). El inventario de estilos de aprendizaje y orientación motivacional: EDAOM. Reporte de trabajo interno del Departamento de Psicología Educativa del Posgrado de Psicología de la UNAM.
- Castañeda, S. y Ortega, I. (2004). Evaluación de estrategias de aprendizaje y orientación motivacional al estudio. en Castañeda, S. *Educación, Aprendizaje y Cognición. Teoría en las práctica. Manual moderno*: México.
- Drucker, P. (1969). *The age of discontinuity. Guidelines to our changing society*. Heineman: London.
- Dassance, C. R. & Batdorf, R. L. (1980). Educational Advising for Retention: Applying the Student Development Model. Annual convention of the American Asociation of Comunity and Junior Colleges. Recuperado en junio de 2016. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED190176.pdf>.
- Izar, J. M., Ynzunza, C. B., & López, H. (2011). Factores que afectan el desempeño académico de los estudiantes de nivel superior en Rioverde, San Luis Potosí, México. *Revista de Investigación Educativa* (12).
- Krüger, K. (2006). El concepto de sociedad del conocimiento. *Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales*, 683. Recuperado en junio de 2016 de <http://app.ute.edu.ec/content/3288-14-14-1-184/Concepto%20sociedad%20del%20conocimiento.pdf>.

Gairin, J., Feixas, M., Guillamon, C. y Quinquer, D. (2004). La tutoría académica en el escenario europeo de la Educación Superior. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (49), 61-78.

González, D.; Castañeda, S. y Maytoarena, M.A. (2000). Estilos de aprendizaje y aprovechamiento en ingresantes universitarios. *Revista de Psicología de la PUCP*. XVIII (2). 200-225. Recuperado en febrero de 2016. <http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/6095/6101>.

González, L. D. (2002). *El desempeño académico universitario*. UNISON: México.

Salomón, J., Priego, H., & De la Fuente, C. (2013). Estilos de Aprendizaje y Orientación Vocacional. El caso de los Estudiantes de Primer Ingreso de Médico Cirujano de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Espectros*, 17-24.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. (2000). *Programa Institucional de tutorías*. Tabasco: Colección Justo Sierra; Documentos y Estudios sobre la Universidad.

Nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama

Taína Karen Margarita Cortez Rodríguez, DCE. Valentina Rivas Acuña

Dr. Renán García Falconi, Mtra. Margarita Magaña Castillo, Mtra. Eva Zetina Hernández

I. RESUMEN

El cáncer de mama (CaMa) en mujeres es una de las enfermedades más agresivas por el impacto que impone, el proceso afrontamiento-adaptación está en función de la positividad o negatividad de las estrategias para afrontar esta situación crítica (Domínguez, et al. 2009). El objetivo del estudio fue describir el nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de acuerdo a las etapas clínicas del cáncer. Se realizó un bajo un diseño descriptivo-transversal, en una población de 60 mujeres mayores de 20 años de edad con cáncer de mama, el muestreo fue a conveniencia, se aplicó la escala de afrontamiento y adaptación de Roy. Los datos se procesaron con el SPSS versión 20.0, se obtuvo el consentimiento informado de las participantes atendiendo el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación. En los resultados destaca una edad promedio de 46.5 años de mujeres con CaMa; las estrategias de afrontamiento y adaptación a situaciones difíciles o críticas se reportaron regulares de manera general y en mujeres con estadio II A de cáncer de mama; 30% mostraron un nivel de afrontamiento y adaptación, regular y 6.6% bueno.

II. INTRODUCCIÓN

El afrontamiento es el esfuerzo tanto cognitivo como conductual que hace el individuo para hacer frente a una situación específica, para manejar las demandas tanto internas como externas y los conflictos entre ambas; también es un patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resultan suficientes para el bienestar y que puede ser reforzado. Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento son las exigencias internas y/o externas creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes. La adaptación es el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental. Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la persona es un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Ambos conceptos, Afrontamiento y adaptación están directamente relacionados, de tal forma que la percepción que se tienen de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada persona.

El cáncer de mama en las mujeres constituye una de las enfermedades más agresivas, no sólo por la afectación física afectación psicológica derivada en gran medida de las consecuencias estéticas (mastectomía, alopecia,

etc.) y la incertidumbre ante la posibilidad de recaídas y temor a la muerte hacen que, en ocasiones, sea muy difícil mantener una actitud positiva y esperanzadora. Pese a las dificultades que las mujeres pueden encontrar para adaptarse a la nueva realidad que supone el padecimiento de cáncer de mama, el apoyo social (familia y amigos) constituye un punto importante en el afrontamiento (Dominguez, et al. 2009). Las enfermedades crónicas, como es el caso del cáncer, imponen una serie de molestias que movilizan en un sentido u otro los recursos del afrontamiento. Así mismo la experiencia clínica, reporta que en muchos casos estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad como rechazo, ira, temor o desesperanza que pueden ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo su vida; por ello se debe considerar el punto de vista de las pacientes a la hora de valorar lo que es vivir y padecer esta enfermedad, es decir, lo que significa para ellas estar en esta situación, pues sin sus perspectivas, difícilmente sabremos cuáles son sus padecimientos y en consecuencia, tampoco la manera de atenuarlos. La adaptación es una reacción de la persona como forma de responder a una situación o circunstancia. La consecuencia de la adaptación es la modificación del comportamiento. Muchos "complejos" o "desequilibrios emocionales" responden a un fracaso en la adaptación. La continua adaptación del ser humano a las circunstancias del entorno constituye un signo esencial de equilibrio y salud mental (Ojeda & Martínez, 2012).

La Organización Mundial de la Salud estima que el cáncer podría cobrar la vida de 10.3 millones de personas en el mundo para 2020, afectando a 6.7 millones de personas cada año (Organización Mundial de la salud [OMS], 2014).

III. OBJETIVO

Describir el nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de acuerdo a las etapas clínicas del cáncer.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño es de tipo descriptivo y la investigación es cuantitativa, la población estuvo conformada de 60 mujeres mayores de 20 años de edad, con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyeron del estudio a las mujeres que padecieran alguna otra patología agregada.

Se aplicó la escala de afrontamiento y adaptación de Roy. Los datos se procesaron con el SPSS versión 20.0, se obtuvo el consentimiento informado de las participantes atendiendo el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación.

La escala de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, se desarrolló con con la finalidad de identificar las estrategias que la persona utiliza para afrontar situaciones difíciles. Consta de 47 reactivos con cinco dimensiones. El patrón de respuesta va desde 1 = nunca a 4 = siempre, con calificación tipo Likert. El puntaje

puede oscilar entre 47 a 188 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. La puntuación total de CAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas negativas 5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47. Factor 1: Recursivo y centrado (10 ítems). Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados. Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas (14 ítems). Resalta las reacciones físicas y fase de entrada para el manejo de situaciones. Factor 3: Proceso de alerta (9 ítems). Representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas. Factor 4: Procesamiento sistemático (6 ítems). Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente. Factor 5: Conocer y relacionar (8 ítems). Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y otras personas usando la memoria y la imaginación. (Lazcano, M., Salazar, B. & Gómez M., 2008; Rodríguez 2013).

V. RESULTADOS

Características Sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 60 participantes con un promedio de 46.58 años de edad (DE=9.63; 26-75 años), el ingreso económico mensual promedio fue \$4581.43 (DE=\$2967.69; 0-12000 pesos), 50% practica la religión católica, 65% casada, 21.7% tiene un nivel de educación de bachillerato incompleto, 85% afiliado al seguro social, el promedio de hijos es de 3.55 (DE=2.15; 0-10 hijos) y 63.3% es ama de casa.

Características Clínicas

El 45% de la muestra está en la etapa II A del cáncer de mama, el 60% tiene familiares con antecedentes de cáncer de mama, 18.3% tiene al menos 2 años de diagnóstico de la enfermedad, y 15% tiene 2 años con él tratamiento, 58.3% ha tenido mastectomía radical modificada como tratamiento quirúrgico, 96.7% no había padecido cáncer de seno anteriormente, 51.7% como tratamiento oncológico; quimioterapia y el 95% no consume tabaco y alcohol y el 81.7% refiere no ingerir medicamentos con mucha frecuencia que no estén dentro de su tratamiento farmacológico.

Tabla 1

Evaluación de las estrategias de afrontamiento y adaptación de las mujeres con CaMa

Estrategias	f	%
Deficientes	9	15.0
Regulares	40	66.7
Excelentes	11	18.3
Total	60	100.0

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

n = 60

Las estrategias de afrontamiento y adaptación a situaciones difíciles o críticas se reportaron regulares de manera general (Tabla 1) y en mujeres con etapa II A de cáncer de mama; 30% mostraron un nivel de afrontamiento y adaptación regular y 6.6% bueno; las dimensiones que permiten la adaptación y afrontamiento a la enfermedad fueron; Reacciones físicas y enfocadas 83.3%, y Conocer y relacionar 81.7%. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas de estas dimensiones fueron: ser creativo y proponer soluciones, saber cuándo se está enfermo, manejar la situación analizando detalles y mantener equilibrio entre actividad y descanso.

VI. DISCUSIÓN

Las participantes de este estudio tuvieron frecuentes manifestaciones de evitación a nivel conductual y emocional expresando poco sus sentimientos, y a nivel cognitivo posiblemente hubo alta supresión de pensamientos negativos sustituyéndolos por frecuentes pensamientos positivos que les favorecieran tolerar la enfermedad, con esto se concuerda con Leyva, Solano, Ortega, Gallegos y Ochoa (2011) en su estudio las mujeres sacaron porcentajes favorables en el proceso de afrontamiento y adaptación y sugieren que las pacientes utilizan varias estrategias simultáneamente y que difícilmente las estrategias son totalmente excluyentes. Es así que determinaron que entre el proceso cognitivo y conductual las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, presentaron un mejor afrontamiento en el proceso cognitivo, estos resultados obtenidos se deben a que probablemente las pacientes recurren con frecuencia a las estrategias cognitivas como la aproximación a los problemas, procesando la información y utilizando los recursos cognitivos (como son la percepción y la memoria).

VII. CONCLUSIÓN

El nivel de afrontamiento y adaptación a la enfermedad se reportó de regular a bueno. Algunas participantes manifestaron evitación a nivel conductual y emocional ejerciendo mayor control sobre sus emociones, permitiendo sustituir pensamientos negativos por pensamientos positivos que les ayude a sobrellevar la enfermedad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bigatti, S., Steiner, J., Miller, K. (February 2012). Cognitive Appraisals, Coping and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients. Special Issue Paper, 28, 355-361. 20 de septiembre de 2014, base de datos, google.
- Domínguez, M., Mosquera, M., Méndez, I., Maestre, I., Frutos, M. Evaluación de la calidad de vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama (2009). *Index Enfermería* [online], 18 (4), 246-248.
- L., Alvarado, M., Estrada M... (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de investigación escuela de enfermería UDES*, 2, 96-104. Septiembre, 20, base de datos, google.
- Lazcano, M., Salazar, B. y Gómez, M. (2008). Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichán* 8 (1), 116-125.
- Marriner, A. y Raile M. (1999). *Sor Callista Roy, modelo de adaptación. Modelos y teorías de enfermería. España. Editorial: Elsevier-Mosby.*
- Marriner, A. y Raile M. (2011). *Sor Callista Roy, modelo de adaptación. Modelos y teorías de enfermería. España. Editorial: Elsevier-Mosby.* <http://modelosenfermeros2013.blogspot.mx/2013/05/modelo-de-adaptacion-de-roy-mar.html>
- Neipp M, López R, Pastor M, Terol C. Afrontamiento y adaptación de pacientes con cáncer de mama en la etapa de seguimiento. *Fundación Dialnet* 2008. Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=97&clave_busqueda=196945.
- Ojeda, S., Martínez, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Herediana*, 5, 89-96.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Cáncer de mama, prevención y control*. Recuperado el 25 de septiembre de 2014 en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Pescador, Y., Arellano, G., Ortega, L., Alvarado, M., Estrada M. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de investigación escuela de enfermería UDES*, 2, 96-104.
- Rodríguez, R. I. (2013). Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con accidente cerebrovascular tras valorar las respuestas humanas aplicando el modelo de adaptación de Callista Roy. *Nuberos Científica*, 2 (10), 47-54.

Presencia de síntomas del síndrome de burnout en médicos residentes de pediatría en un hospital de alta especialidad

Mtro. José Luis Ventura Martínez, Dra. Leova Pacheco Gil

Mtra. Cynthia del C. Gómez Gallardo, Psic. Dulce María Jiménez Jiménez

I. RESUMEN

El síndrome de Burnout es sinónimo de desgaste profesional que afecta la adaptación y rendimiento en profesionales que atienden continuamente a personas, en especial los médicos, debido a factores externos e internos que pueden desencadenarlo. La investigación que se presenta fue realizada en un hospital de alta especialidad en Tabasco, la cual tuvo por objetivo Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de Pediatría y otras subespecialidades. Se realizó un estudio transversal, descriptivo, donde se determinó los tres niveles de Síndrome de Burnout en una muestra de 53 médicos residentes de pediatría y subespecialidades, mediante la aplicación del instrumento de Maslach Burnout Inventory, en versión validada en español. Los resultados fueron analizados a partir del promedio de afectación y porcentaje. Se observó una prevalencia del síndrome de Burnout, con un promedio general de afectación de los 3 niveles del síndrome: cansancio emocional 15%, Realización personal 36% y Despersonalización 11%, con ligeras diferencias por grados de especialidad y subespecialidad. Se observó la presencia de los 3 niveles del síndrome, con la predominancia en la falta de sentido de Realización personal, relacionado con su tiempo laboral y menor interacción familiar y social.

II. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez en 1974 por su origen del inglés, implica “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto”. Un psicoanalista alemán residente en Norteamérica lo definió por primera vez como “un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía” (Freudenberg, 1974), y en concreto se refirió a los profesionales denominados de ayuda, cuya actividad va dirigida hacia otras personas, como las que mantienen fuertes y sostenidos contactos directos.

Progresivamente se ha desarrollado un interés por investigar este fenómeno, que no ha dejado de crecer; y ha sido tomado como responsable de altas tasas de ausentismo, denuncias de malas prácticas médicas y pobre desempeño laboral. En la era moderna de atención en instituciones médicas, cuyos profesionales y prestadores de servicios se encuentran bajo “estrés”, el cual forma parte de nuestra vida cotidiana, hasta considerarse este, como el “malestar de nuestra civilización”, afectando tanto a la salud y al bienestar personal, como a la satisfacción laboral y colectiva.

En 1976 el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos de la psicóloga Cristina Maslach, presentados en el congreso anual de la asociación de psicología (APA), refiriéndose a una situación de sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos que después de meses o años de dedicación terminaban “quemándose”, junto con su colega Susan Jackson, estructuraron este síntoma como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionaron tres grandes aspectos (Maslach et al, 1976): cansancio emocional, despersonalización y sensación de falta de realización personal

Inicialmente estaba interesada en comprender como podrían las personas que trabajan en situaciones de crisis, desarrollar su trabajo de manera calmada y eficiente; las únicas referencias importantes que encontró provenían de la literatura médica. A partir de su investigación en algunos temas de ética médica, Maslach dirigió el curso de su investigación hacia la comprensión de la experiencia del personal médico (Maslach et al, 1982). Sin embargo, posteriormente fue ganando terreno la idea de que no es necesario este orden secuencial y pueden darse formas agudas y crónicas del Síndrome, de manera que se han ido incluyendo otros indicadores dentro de estos tres grandes aspectos.

El Burnout es padecido por los profesionales de la salud y educadores principalmente, los cuales en su voluntad para adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre-exigencia y tensión que origina importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional (Obando, 2002;Pereira-Lima, y Loureiro , 2015). Esto hace necesario en tener muy en cuenta las consecuencias a mediano y largo plazo en las personas e instituciones donde el servicio que prestan implica una atención directa y sostenida a las personas.

Los médicos que se encuentran en formación de un posgrado, en el que realizan actividades en un periodo de adiestramiento a través de estudios y prácticas continuas, se someten a fuertes tensiones por la exigencia constante en su formación y la atención directa a personas de manera sostenida. El médico residente es un profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una institución de asistencia médica y enseñanza en Salud, para cursar una residencia de especialización. Sobre estos grupos de profesionales se han hecho varias investigaciones, que han servido de guía para otras nuevas; estas se presentan a continuación en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Diversos estudios sobre el síndrome de Burnout en Médicos residentes

Especialista	Resultados	Autor
Residentes en medicina interna	76% síndrome de Burnout	Bradley (2002)
Diferentes especialidades médicas de EE.UU. Medicina Familiar Toco ginecología	50% síndrome de Burnout 27% síndrome de Burnout 75% Síndrome de Burnout	Martin y col. (2004)
Residentes de medicina interna	Despersonalización 17.8%; I agotamiento emocional de 7.1%, falta de realización de profesional de 23.2%	Belloch y col. (2000)
En Argentina residentes de la provincia de Misiones	Prevalencia de Síndrome de Burnout de 16%. 52% alto nivel de cansancio emocional; 52% de alto nivel de despersonalización y 23% de bajo nivel de realización personal.	Dieringer (2004)

Otras investigaciones indican que la frecuencia de aparición del Síndrome entre residentes en distintos países es muy alta. Una revisión de la literatura sobre el tema encontró que la Frecuencia oscilaba entre un 17 y 76% (con una mayor frecuencia entre 40 y 50%), con cifras altas en el aspecto de agotamiento emocional (Maslach y Jackson, 1982). En esa misma revisión se encontró que las residentes y las médicas especialistas mujeres tienen una mayor frecuencia de aparición del síndrome (hasta de 60% superior que en los varones). Las razones de esta tendencia pueden tener explicaciones relacionadas al género, como presiones mayores por médicos y residentes hacia las mujeres, presiones familiares del cónyuge o compañeros, percepción y desaprobación de embarazos de las residentes por parte de médicos adscritos de y de sus compañeros (Guevara, 2004).

En las personas el Síndrome de Burnout puede producir un deterioro de su calidad de vida; esto puede manifestarse por alteraciones conductuales, emocionales, psicosomáticas, sociales y cambios leves en la vida familiar, además puede provocar un alto nivel de ausentismo laboral, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas, hasta la automedicación, ingesta de fármacos y aumento del tóxico, alcohol y otras drogas (Ríos, 2007). Esto hace necesario realizar estudios exploratorios en médicos residentes para detectar sintomatología depresiva, síndrome de burnout o desgaste profesional (Velázquez et al, 2007); a partir de esto, realizar un trabajo de intervención y fortalecer la calidad en la atención y formación médica. Una estrategia propuesta recientemente es la intervención con ejercicio una o dos veces por semana, en un periodo de 8 semanas (10), intervención que aplicada al modelo de educación continua en la residencia médica ayuda a una disminución del Síndrome de Burnout. De no realizarse acciones de intervención, consecuencias extremas pueden conducir al abandono del trabajo y conductas suicidas. El deterioro de la salud física y psíquica, así como las actitudes y conductas laborales alteradas inciden directamente en el rendimiento y funcionamiento de la institución, predicándose un empeoramiento de la atención al paciente con una deshumanización, deterioro en la calidad de los servicios prestados y un aumento de los costos económicos y humanos (Fernández, 2007)

III. OBJETIVOS Y METAS

Determinar la presencia de síntomas del Síndrome de Burnout en médicos residentes de pediatría y otras subespecialidades pediátricas.

Objetivo específico: Identificar la frecuencia de los síntomas y los factores predisponentes al Síndrome de Burnout en Médicos residentes de pediatría y otras subespecialidades en un Hospital de Alta especialidad.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, transversal. La población estudiada fueron 53 médicos que cursaban un posgrado en un hospital de Alta Especialidad en el Estado de Tabasco, distribuidos de la

siguiente manera: 43 médicos residentes en Pediatría, 3 de neonatología y 8 de cirugía pediátrica. Las variables estudiadas fueron el Síndrome de Burnout y factores asociados como: sexo, estado civil y grado de la especialidad.

Para la recolección de información se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) (1981), versión en español. Se trata de un cuestionario autoadministrado para valorar el síndrome de Burnout que mide el desgaste profesional. Se completa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome antes mencionado. Está constituido de 22 Items en forma de afirmaciones sobre las actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome: el cansancio emocional (CE), consta de 9 ítems; la despersonalización (DP) formada por 5 ítems y la realización profesional (RP) que se compone de 8 ítems. Los grados de intensidad van de 0 = nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana, hasta 6= todos los días. Altas puntuaciones en las 2 primeras escalas y bajas en la tercera definen el síndrome. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad a 0,9. Los criterios diagnósticos se describen de la siguiente manera: para cansancio emocional las puntuaciones 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo 19-26 indica nivel medio y una puntuación de 18 o menos indica nivel bajo o muy bajo; para despersonalización las puntuaciones superiores a 10 indican nivel alto, 6-9 medio y menos de 6 bajo; en contra partida la escala de realización profesional funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0-33 indican nivel bajo de RP, 34-39 nivel medio y mas de 40 alta sensación de logro.

V. RESULTADOS

Se estudiaron 53 médicos residentes en Pediatría, Neonatología y Cirugía Pediátrica, de 1ro, 2do y 3er año, ubicados en diferentes unidades hospitalarias, de los cuales 31 fueron del sexo masculino y 22 femeninos. Se determinó en nivel en que se encuentran en las categorías: Cansancio emocional, realización personal y despersonalización. De acuerdo al Instrumento de Medición MBI los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Porcentaje general de afectación del Síndrome de Burnout

Categorías	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	43%	42%	15%
Realización personal	30%	34%	36%
Despersonalización	58%	30%	11%

El cansancio emocional se presenta en un nivel alto en un 15% (9/53) de los residentes evaluados, un 43% (23/53) en el nivel bajo, mientras que el 42% (21/53) se encuentran en el nivel medio. En lo que respecta a la realización personal los resultados muestra mayor afectación con un 36% (19/53) en nivel alto de falta de sentido de realización personal; en tanto el resto se encuentra en nivel medio o bajo. En cuanto a la despersonalización encontramos al 58% (28/53) en el nivel bajo, mientras que en los niveles medio y alto los porcentajes fueron bajos.

Tabla 2. Afectación del Síndrome de Burnout en el Sexo masculino

Categorías	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	52%	32%	16%
Realización personal	32%	29%	39%
Despersonalización	58%	26%	16%

Tabla 3. Afectación del Síndrome de Burnout en el sexo femenino

Categorías	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	43%	42%	15%
Realización personal	30%	34%	36%
Despersonalización	58%	30%	11%

Desde un análisis comparativo se puede observar entre ambos sexos que la mayoría de los residentes presentan niveles medio y alto de cansancio emocional en ambos sexos. El nivel de cansancio emocional es significativo y más frecuente en el sexo masculino. En cuanto al análisis de afectación en realización personal, los niveles de despersonalización se distribuyen de manera similar y sin diferencias significativas. En cuanto a las diferencias en los grados de residencia se observó lo siguiente: al analizar el aspecto del cansancio emocional se encontró que los residentes de primer grado manifestaron nivel alto en menor proporción y se fue incrementando esta afectación en los residentes de grados superiores. El nivel alto de realización personal es mayor (62%) en primer grado y va disminuyendo en segundo y tercer grado (50% y 27% respectivamente). La despersonalización en el primer año fue de menor proporción (8%) y aumento durante los años posteriores (21%).

VI. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos reflejan que en los médicos residentes de pediatría y subespecialidad hay manifestaciones de Síndrome de Burnout con prevalencia de bajo sentido de realización personal, seguido de cansancio emocional y poco nivel de despersonalización. Esto confirma lo que otros autores han referido sobre la prevalencia del síndrome, refiriendo un alto Índice del Síndrome de Burnout en médicos residentes, aunque no refiere los síntomas que predominan; también ha considerado un elevado porcentaje de este síndrome, y los relaciona con un clima laboral competitivo, prolongada jornada de trabajo, pocas horas de sueño. (Bradley ,2002; Belloch 2004)

En relación a los géneros el cansancio emocional fue predominante, es decir que se presenta tanto en hombres y mujeres, aunque en nivel más elevado en las últimas, esto coincide con lo propuesto por Guevara, (2007) quien encontró que los residentes y médicas especialistas mujeres tienen una mayor frecuencia de aparición del síndrome, relacionado con mayor exigencia de sus jefes y compañeros, de sus familiares, de su cónyuge cuando tienen pareja, entre otros factores.

En cuanto a los grados de pediatría se puede observar cómo algunos síntomas del Síndrome de Burnout pueden presentarse o intensificarse conforme avanzan en grados, es decir, los de primer grado muestran pocos síntomas, pero se incrementa en los siguientes grados, con predominio de cansancio emocional. Esto puede relacionarse con el grado de responsabilidad por grados, donde el primer año la labor asistencial de cada uno de los servicios se divide en diferentes actividades como guardias, clases de introducción, sesiones clínico-patológicas, sesiones de morbilidad por seguridad del paciente, revisión de artículos entre otras; en tanto en el segundo y tercer grado la dedicación además de cumplir las anteriores se orienta más a la culminación de la especialidad y mayor responsabilidad en la asistencia médica. Estas actividades continuas que requieren atención constante, el mínimo de errores por tratarse de la asistencia a personas también es fuente de una demanda significativa y exige como señala (Obando 2002) voluntad para adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales para mantener el rendimiento y la calidad del servicio profesional. A partir de lo encontrado en este estudio lleva a considerar lo que Velázquez (2013) señala como necesario, empezar por hacer estudios exploratorios en médicos residentes para detectar sintomatología depresiva, síndrome de burnout o desgaste profesional, para realizar acciones preventivas que podrían irse incluyendo en los programas de formación médica.

En la educación médica se deben proporcionar las condiciones necesarias para que los estudiantes de medicina, internos, pasantes en Servicio social y Residentes desarrollen sus potencialidades en un ambiente de bienestar que debe ser apoyado también por la familia y la sociedad.

VII. CONCLUSIONES

El síndrome de Burnout es un fenómeno que debe considerarse en los trabajadores de la salud para su atención y prevención; trabajar sobre la persona y la salud del médico en formación para prevenir su manifestación y desarrollo. Este punto de considerar el trabajo con médicos residentes es debido a que en su formación pueden ser afectados con mayor facilidad, debido a la alta exigencia de la misma, al contacto continuo y sostenido con personas que demandan atención y a la disminución en su interacción familiar y social durante su formación debido a las actividades exige su formación.

Esto hace importante la implementación de programas que sean preventivos y terapéutico (entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y manejo de estrés), antes que el médico residente presente o aumente su nivel de afectación, lo cual podrá traducirse en mayor bienestar del médico y sin duda un impacto positivo en la calidad de la atención médica.

VIII. REFERENCIAS

- Belloch García, S., Renovell Farre V., Calabulg Alborch J, Gómez Salinas L. (2000) The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *An Med. Interna* 17: 118-122.
- Dieringer (2004) El síndrome de burnout y su impacto en residentes de salud de la provincia de Misiones. Tesis de Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo social. Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER) Inédita.
- Fernández O. (2007) Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias* 19: 116-121
- Freudenberg HJ. (1974) Staff Burnout. *J Social Issues*; 30: 159-165
- Guevara C, Henao D., Herrera J. (2004) Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle. Colombia Médica* 35(4): 173-178
- Martini S, Arfken CL, Churchill A. (2004) Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* Fall; 28 (3): 240-242
- Maslach C., Burnout H. Palmer-Morales Y. (1976) Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Hum Behav.* 5: 16-22
- Maslach C., Schaufeli wb. (1993) Historical and conceptual development of burnout, en schaufeli, et al (eds.). 1-16
- Maslach, C., Jackson, S.E., (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual.* Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach C., Jackson, S. (1982) Burnt out in health professions: a social psychological analysis
- Méndez, A. (2011) Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como su estrategia para su disminución. *Anales médicos*; 56 (2): 79-84
- Obando J., García N. (2002) Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera.
- Pereira-Lima, K., & Loureiro, S. R. (2015). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*, 20(3), 353-362. doi: 10.1080/13548506.2014.936889
- Ríos A., Morales K, (2007) Prevalencia de Síndrome de Burnout y las características que presentan en el personal Médico afectado de los Hospitales Alemán Nicaragüense
- Velázquez L, Colín R, González M. (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burnout; *Gaceta Médica de México*; 143: 183-195

Representaciones sociales de la marihuana construidas por estudiantes de educación media superior en el contexto de los foros juveniles de centros de integración juvenil

Mtra. María Trinidad Fuentes Alvarez¹, Dr. Miguel Ángel Escalante Cantú²,

Lic. En Psic. Rodrigo Emanuel Madrigal Morales³

I. RESUMEN

En esta investigación se describen las distintas formas de concebir la marihuana, a partir de los discursos referentes al tema de la legalización de la misma, construidos por estudiantes de escuelas públicas de educación media superior, en el contexto de eventos denominados "Foros Juveniles", siendo un objeto de análisis.

La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici (1969) se convierte en la mirada adecuada para sustentar el artículo. De esta forma el análisis de la información obtenida en dicho evento se realizó con metodología puramente cualitativa, identificando las peculiaridades de los cuarenta y cuatro argumentos. Se trabajó bajo el enfoque de saturación de datos: Se filtró la información, se transcribió y se vació en una matriz de doble entrada en la cual se crearon las categorías emergentes, usando la Teoría fundamentada de Strauss & Corbin (2002), a partir de la cual la marihuana se representa socialmente en formas que nos señalan distintas realidades coexistentes, estas se categorizan y aparecen a través de un doble discurso moral y político, pero en el presente trabajo aparece una más en las participaciones; el discurso científico, el cual podría ser un aporte a los estudios posteriores que se realicen acerca de la marihuana.

Key words Palabras clave.

Representaciones Sociales, marihuana, estudiantes, discurso, legislación

II. INTRODUCCIÓN

La marihuana ha ganado un lugar importante dentro del marco cultural, ya que se le ha significado en formas distintas generación tras generación. En este sentido se crea una cosmovisión simbólica respecto a su posible legalización, así los estudiantes de educación media superior al ser receptores del cúmulo de información, construyen discursos colectivos mostrando las diversas realidades referentes al objeto social, lo cual nos lleva al acto imperioso de estudiar sus contenidos y características, donde se encuentran las diversas formas de pensar, vivir, sentir el objeto, sumando a esto un esfuerzo reflexivo que permita abstraer el sentido implicado de la información obtenida, por lo que es necesario hacerlo desde las representaciones sociales para su profunda teorización.

El escenario consistió en foros juveniles denominados “¿Marihuana?, Infórmate y decide”, organizados por Centros de Integración Juvenil A.C Villahermosa, en preparatorias públicas, tales como el Colegio de Bachilleres de Tabasco #29 COBATAB, Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial #32 CBTis y el Instituto de Difusión Técnica #1 IDIFTEC, realizados en los meses de agosto y septiembre del 2015.

III. OBJETIVOS Y METAS

Identificar las categorías emergentes utilizadas para referir los argumentos y los estilos discursivos ocupados para dirigirse al objeto de estudio, la marihuana, en el contexto de la legalización.

Describir las representaciones sociales de la marihuana, a partir de los discursos referentes al tema de la legalización de la misma construidos por jóvenes estudiantes de preparatoria que participan en los foros juveniles “¿Marihuana? Infórmate y decide” organizados por Centros de Integración Juvenil A.C., Villahermosa.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Materiales

Se utilizó como escenario a los foros juveniles llamados “¿Marihuana? Infórmate y decide” organizados por Centros de Integración Juvenil A.C Villahermosa, en escuelas preparatorias públicas del municipio de centro, del estado de Tabasco. Dichos eventos fueron videograbados con una cámara telefónica, transferidos a un equipo de cómputo, para posteriormente transcribir la información de forma literal a hojas de Word y realizar un análisis exhaustivo y no selectivo.

4.2 Metodología

El análisis de la información obtenida en los foros se realizó con metodología cualitativa, bajo el enfoque de saturación de datos se filtraron los argumentos existentes. Posteriormente se transcribió y se vació en una matriz de múltiples entradas, tomando en cuenta la metodología de análisis llamada Teoría fundamentada por Strauss & Corbin (2002), al respecto [3] mencionan que los procedimientos de análisis son la codificación abierta, la codificación axial, la codificación selectiva y la matriz condicionada.

Codificación abierta: La cual inicia con la identificación de los conceptos, éstos denotan a los fenómenos y una vez que el investigador los observa y estudia, comienza a examinarlos de forma comparativa y a formular preguntas sobre dichos conceptos. Descubrir y nombrar los conceptos es un proceso que se alcanza utilizando la codificación abierta. En este sentido el “concepto” será entendido como un fenómeno al que se le puede asignar una etiqueta o código. Es una representación abstracta de un conocimiento, objeto o acción-interacción que un investigador identifica como significativo en los datos. Identificado los conceptos se procede a establecer las categorías, éstas son conceptos que se desprende de los datos

y de igual forma, representan fenómenos. En la medida que los conceptos comienzan a acumularse, el investigador tiene que dar inicio al proceso de clasificación o categorización bajo términos explicativos más abstractos, es decir, en categorías.

Codificación axial: su propósito es el de identificar las posibles relaciones entre las dimensiones de las propiedades de las categorías. La integración de las categorías y propiedades, se concibe como un proceso de organización o de articulación caracterizado por el desarrollo creciente de los elementos que conforman la teoría. La codificación axial procura ejecutar un profundo análisis sobre una categoría y descubrir las interacciones y relaciones entre ella y otras categorías o subcategorías y propiedades.

Codificación selectiva: ésta tiene el propósito de codificar de forma sistemática y concertadamente la categoría central, es decir, su propósito de acción es el de integrar la teoría y lograr que con la menor utilización (en cuanto a cantidad) de categoría y conceptos se puede explicar y comprender el fenómeno con la mejor exactitud, a esto se le conoce con el nombre de "parsimonia".

Matriz condicionada. Delimitación de la teoría: Por lo tanto, es necesario delimitar la teoría y para ello, se debe por un lado, "solidificar la teoría"; esto significa que progresivamente las modificaciones van siendo menores cada vez que el investigador-analista, compara el siguiente incidente de una categoría con sus propiedades. De igual manera, estas modificaciones buscan seleccionar las propiedades relevantes y eliminar aquellas que no lo son. Por otra parte, la delimitación de la teoría tiene como propósito, reducir la lista original de categorías de codificación, esto significa la realización de una selección cada vez más selectiva y focalizada de los incidentes que serán codificados.

V. RESULTADOS

La figura 1 Muestra la codificación axial en la cual se observan las relaciones entre las categorías. Se observan las dimensiones de las categorías, lugar donde se encuentran las representaciones sociales de la marihuana. De esta forma cada ponente adopta estilos discursivos para argumentar, de los cuales se observa el discurso moral, político y científico.

La tabla 1. Muestra la matriz condicionada, la cual consiste en una descripción de las representaciones sociales de la marihuana en el contexto de la legalización, estas conforman el elemento constituyente del discurso, es decir, el núcleo central del cual habla el sujeto y construye su código de significados para comprender el objeto social; la marihuana.

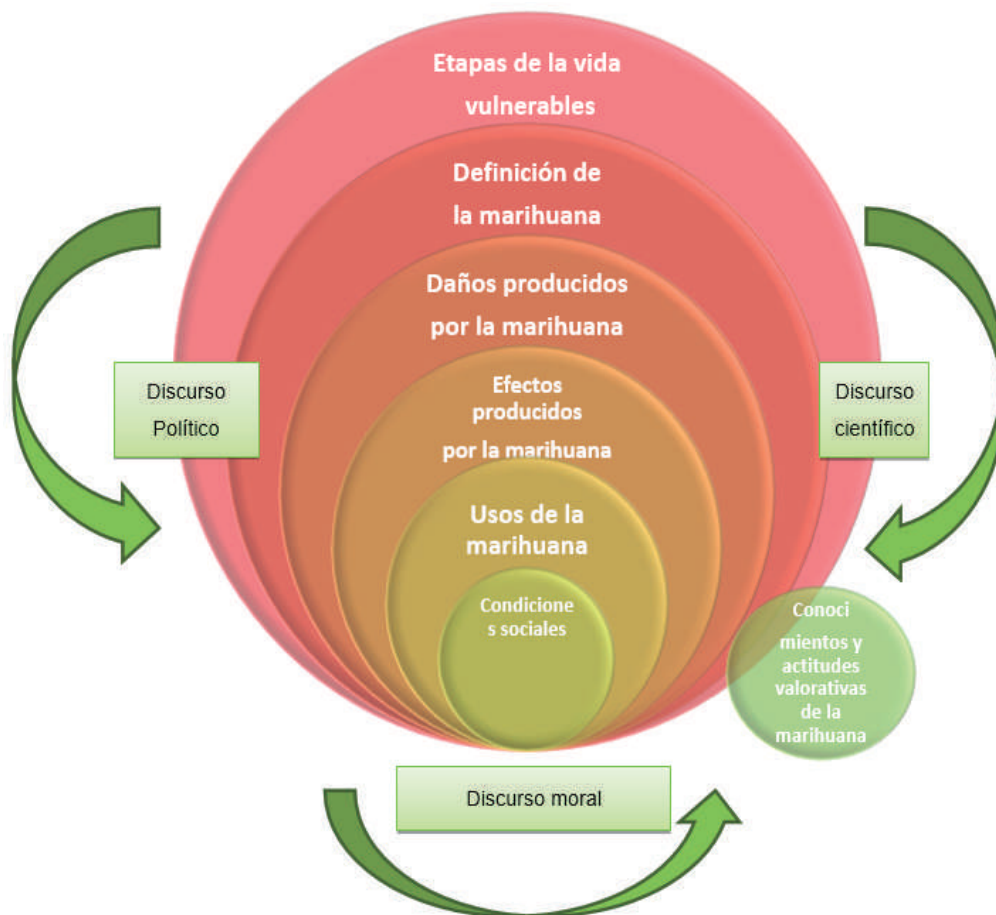


Figura 1. Codificación axial. Como categoría nuclear están los conocimientos y actitudes valorativas de la marihuana, es necesario comprender que en el análisis realizado se observa que, a partir de ahí, los sujetos discurren plasmando los siguientes apartados de la información, donde se encuentran los factores psicosociales de la legalización, los usos de la marihuana, después se habla de los efectos que esta provoca, así como los daños físicos y psicológicos, posteriormente se define a la marihuana y finalmente todo lo mencionado se dirige a las etapas de la vida que están involucradas.

Tabla 1. Matriz condicionada. Representaciones sociales de la marihuana.

Categorías	Condiciones sociales	Usos de la marihuana	Efectos producidos por el consumo	Daños producidos por el consumo	Definición de la marihuana	Etapas de la vida vulnerable
Representaciones sociales	Violencia, narcotráfico, delincuencia Estabilidad e inestabilidad social, progreso económico	Medicinal, recreativa, hábito, drogadicción	Relajación, ansiedad, concentración, impulsividad, conflictividad, pasividad	Memoria, sistema nervioso, adicción, muerte, salud	Producto, Droga, Planta, Medicina	Niñez, adolescencia, estudiante

VI. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la descripción de resultados ya presentada, es necesario mencionar que se ubican dos ejes principales que dan paso a las representaciones sociales de la marihuana en el contexto de la legalización, uno es referido a los estilos discursivos y otro a la forma de clasificar toda la información asimilada para dirigirse al objeto; la marihuana.

Los ponentes adoptan estilos discursivos cuando se refieren al tema en cuestión (la legalización de la marihuana), de esta forma pretenden validar su participación y afirmar sus opiniones, ya que como menciona [2] "al hablar del cannabis existen cuatro discursos que permean el tema y que por lo tanto tiene que ver con casi todos los ámbitos y capas de la sociedad. Se presenta entonces el discurso moral, político, químico e histórico". Sin embargo en la presente investigación se observan dos discursos de los que Gómez Martínez menciona, los cuales son el discurso moral y político, y se agrega uno más que aparece en las participaciones; el discurso científico, el cual podría ser un aporte a los estudios posteriores que se realicen acerca de la marihuana.

Dentro de esta forma de discurrir (moral, política, científica), el sujeto sustenta su ponencia desde sus conocimientos y actitudes valorativas hacia la marihuana, en donde están inmersos sus experiencias, sentimientos, creencias y las diversas formas de concebir al objeto representacional "la marihuana", por ello como muy bien señaló Serge (Moscovici 1982; 1984, citado en [4] "es una práctica que construye sistemáticamente el objeto del que habla, así la única forma de eludir este carácter constructivo de las personas sería definiéndolas como meros reproductores que repiten sistemáticamente lo que han grabado". La categorización y los estilos discursivos antes mencionados permiten a las representaciones sociales aparecer en la realidad del momento, de esta forma así [1] menciona que "Así como el núcleo es normativo, el sistema periférico es funcional; gracias a él las RS pueden anclarse en la realidad del momento", por lo que consideramos en nuestro análisis que los dos ejes antes mencionados tienen la función de sistema periférico, las cuales son los medios para que aparezca el núcleo central, es decir, las representaciones sociales.

VII. CONCLUSIONES

A través del trabajo realizado en la presente investigación, se puede observar que la representación social efectivamente [2] “designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social”, lo que permite a los sujetos comprender el mundo, dándole orden al cúmulo de simbolismos y significados en la interacción social, puesto que en los resultados se trabajaron las representaciones sociales de la marihuana en el contexto de la legalización, observándose la forma en que se configuran y se construyen desde los estilos discursivos y la categorización, buscando ser funcional socialmente, como cuando se habla de los usos que se les da, de las condiciones sociales en que se da cabida a la marihuana, de los daños y efectos que genera, de las distintas formas de definirse y de las etapas de vida vulnerables.

VIII. REFERENCIAS

- Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacan S.A de C.V. .
- Gómez Martínez , J. (2014). Representaciones sociales acerca de la marihuana en un grupo de personas entre 50 y 65 años de la ciudad de Pereira. *Universidad Católica de Pereira* , 1-26.
- Inciarte , A, Hernández José , G., Herrera, L., Martínez , R., Páez , J., & Páez , M. (2011). *Generación de Teoría. Teoría Fundamentada* . Universidad de Zulia , 1-39.
- Garay, A., Iñiguez , L, & Martínez , L. (2005). La perspectiva discursiva en *Psicología Social* . Subjetividad y procesos cognitivos , 105-130 .

Relación entre riesgos psicosociales, estrés y depresión en docentes de primaria del sector 2 de Villahermosa

Mtra. María Trinidad Fuentes Álvarez, Mtro. Raymundo Márquez Amaro

Lic. en Psicología Stephanie Cancino Payró

I. RESUMEN

Los riesgos psicosociales intralaborales hacen referencia a los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la organización del trabajo que se presentan como riesgo para la salud. El propósito de esta investigación es conocer la situación actual de los docentes con respecto a los riesgos psicosociales; identificar la relación con los síntomas de estrés y de depresión. Se encontró que los riesgos psicosociales en el trabajo se asocian con síntomas de estrés y el estrés a su vez se asocia con la presencia de depresión; en el análisis por género, existe una variación mínima en los niveles de riesgo entre hombres y mujeres, en donde las mujeres perciben los riesgos en mayor grado. Se propone continuar el estudio evaluando al resto de docentes para implementar estrategias de prevención e intervención en base a las necesidades de esta población en riesgo.

II. INTRODUCCIÓN

Entre los factores de riesgo que se podrían destacar en el ambiente laboral del educador se encuentra el escaso nivel de reconocimiento del trabajo que se realiza, la necesidad de implicación personal, el mantener un excesivo nivel de atención de forma continua durante la mayor parte de la jornada laboral, tener que enseñar a alumnos sin motivación para el aprendizaje, estar más pendiente de lo que hacen los alumnos en el aula que de la propia explicación, la existencia de niveles distintos en el aula además de numerosos conflictos derivados de las relaciones con los alumnos, padres y madres de estudiantes, compañeros, administraciones educativas, etc.

Así mismo, Ayuso en (2010) anexa las fuertes responsabilidades en el hogar y en el trabajo y la incapacidad de separar la vida privada de la profesional, como un factor más de riesgo. Además, el estrés en docentes se asocia a sentimientos de baja autoestima, de falta de apoyo por parte de la comunidad escolar y de frustración como consecuencia de una situación de desequilibrio entre habilidades, recursos y exigencias del entorno. Rudow y Smylie señalan el conflicto de rol, la ambigüedad de rol, la sobrecarga de trabajo, el deterioro de las relaciones con colegas y directivos, factores individuales, problemas con los estudiantes, disminución del respeto social por la enseñanza y las reformas como otros de los factores asociados al estrés.

Igualmente, los docentes presentan elevados niveles de malestar y una alta prevalencia de trastornos de salud mental los que pueden agruparse en tres tipos de problemas, problemas de salud física como

disfonías, enfermedades cardiovasculares y trastornos músculo esqueléticos; problemas de salud mental como trastornos depresivos y ansiosos en los cuales los docentes que han presentado en algún momento de su vida episodios de “depresión mayor”, casi triplican la media nacional; malestar psicológico entre los que destacan el estrés y burnout.

III. OBJETIVOS Y METAS

El objetivo general fue analizar la relación entre los riesgos psicosociales intralaborales, los síntomas de estrés y la presencia de depresión en docentes de educación primaria del sector 2 en el municipio del Centro; asimismo, los objetivos específicos fueron: identificar los factores de riesgos físicos, psicológicos y/o sociales en la práctica docente y categorizar los niveles de síntomas de estrés y depresión que presentan los docentes.

IV. MATERIALES Y METODOS

Para la recolección de datos se trabajó con los siguientes instrumentos:

- 1) Ficha de datos generales, la cual pretendió obtener información sociodemográfica e información ocupacional del trabajador.
- 2) Cuestionario de factores de riesgo psicosocial intralaboral (forma A) creado y validado por la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia y el Ministerio de la Protección Social, que tiene como objetivo identificar los factores psicosocial intralaboral y su grado de riesgo en una escala de cinco niveles: a) sin riesgo, b) riesgo bajo, c) riesgo medio, d) riesgo alto y e) riesgo muy alto. El cuestionario contiene 123 ítems, por lo que se estima un tiempo promedio de 28 minutos para la aplicación.
- 3) Cuestionario para la evaluación del estrés de Villalobos en su tercera versión que busca identificar los síntomas fisiológicos, de comportamiento social y laboral, intelectuales y psicoemocionales del estrés. Contiene 31 ítems cuyo tiempo estimado de aplicación es de 7 minutos.
- 4) Inventario de depresión de Beck (BDI) que cuenta con 21 ítems para evaluar la intensidad sintomática de la depresión.

4.2 Metodología

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, lo que significa que recolectó datos para probar una hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. Es de diseño correlacional ya que pretende evaluar la relación que existe entre dos o más variables con el propósito de saber como se puede comportar una de ellas conociendo el comportamiento de otra variable relacionada y de corte transversal dado que se recopiló datos en un momento único.

Para este estudio, se trabajó con docentes de educación primaria, que laboran frente a grupo en las escuelas públicas del Sector 2 de Villahermosa, Tabasco el cual corresponde a la zona centro de la ciudad en dirección a la carretera Vhs-Frontera.

Para alcanzar los objetivos de la investigación, se trabajó en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés Statistical Package for the Social Sciences (versión 18)), donde se realizó una prueba estadística de chi-cuadrado para descubrir si existe alguna relación (existirá relación si el resultado es menor a 0.05), entre los riesgos psicosociales y sintomatología de estrés, riesgos psicosociales y síntomas de depresión y sintomatología de estrés con depresión en docentes de primaria

V. RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos en la ficha de datos generales, se encontró que en las escuelas evaluadas, el 66% que equivale a 81 de los 123 docentes evaluados (n=81) son de género femenino, mientras que el 34% (n=42) son del género masculino.

Para atender al primer objetivo específico de la investigación, referente a la identificación de los factores psicosociales de riesgo, se hizo una revisión por dimensiones donde se obtuvo lo siguiente:

En el dominio de "liderazgo y relaciones sociales en el trabajo" (Tabla 1) se encontró que las dimensiones evaluadas están en riesgo, principalmente, "relaciones con los colaboradores" que se presenta en riesgo alto con el 37% (n=45), mientras que en la dimensión de "relaciones sociales en el trabajo" los resultados reportan el 74% (n=79) en riesgo.

Tabla 1:
Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo

Dimensiones	Nivel de riesgo				
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
Características del liderazgo	21%	21%	22%	23%	12%
Relaciones sociales en el trabajo	24%	28%	22%	15%	11%
Retroalimentación del desempeño	24%	20%	22%	18%	15%
Relaciones con los colaboradores	26%	37%	11%	11%	15%
Total del dominio	32%	33%	17%	13%	5%

Fuente: Obtenido del cuestionario de riesgo psicosocial

En la dimensión de "retroalimentación del desempeño" y "características del liderazgo" (Tabla 1) los resultados muestran la mayor población en zona de riesgo: el 22% (n=27) en riesgo medio, el 20% (n=25) en riesgo alto y 24% (n=30) presentan riesgo muy alto para la primera dimensión; respecto a la segunda dimensión mencionada el 22% (n=27) en riesgo medio, el 21% (n=26) en riesgo alto y el 21% (n=26) esta en riesgo muy alto.

El dominio “control sobre el trabajo” (Tabla 2) se encuentra en riesgo medio, principalmente la dimensión “capacitación”, ya que se encuentra en mayor riesgo con el 34% (n=42) en riesgo muy alto seguida por “claridad del rol” con el 37% (n=45) en riesgo alto y “participación y manejo del cambio” con el 26% (n=32) en riesgo muy alto, por lo que es necesario desarrollar medidas de prevención.

Tabla 2:
Dominio: Control sobre el trabajo

Dimensiones	Nivel de riesgo				
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
Claridad del rol	28%	37%	9%	15%	11%
Capacitación	34%	28%	15%	10%	13%
Participación y manejo del cambio	26%	22%	20%	21%	11%
Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos	5%	16%	0%	51%	28%
Control y autonomía sobre el trabajo	11%	21%	28%	20%	20%
Total del dominio	21%	15%	29%	11%	24%

Fuente: Obtenido del Cuestionario de riesgo psicosocial intralaboral

En el dominio “demandas del trabajo” (Tabla 3) la dimensión “influencias del trabajo sobre el entorno extralaboral” se presenta como riesgo más alto, con el 52% (n=64) en riesgo muy alto, seguida por las demandas emocionales con 47% (n=58), ambientales con el 43% (n=53) y cuantitativas con el 41% (n=50) en riesgo muy alto.

Tabla 3:
Dominio: Demandas de trabajo

Dimensiones	Nivel de riesgo				
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
Demandas ambientales o de esfuerzo físico	43%	26%	18%	8%	5%
Demandas emocionales	47%	32%	10%	7%	4%
Demandas cuantitativas	41%	27%	23%	5%	4%
Influencias del trabajo sobre el entorno	52%	9%	20%	13%	6%
Exigencias de responsabilidad del cargo	10%	19%	32%	24%	15%
Demandas de carga mental	20%	20%	21%	17%	22%
Consistencia del rol	26%	23%	15%	18%	18%
Demandas de la jornada	20%	25%	16%	22%	17%
Total del dominio	54%	24%	15%	3%	4%

Fuente: Obtenido del Cuestionario de riesgo psicosocial intralaboral

En el dominio “recompensas” (Tabla 4) se encontró que ambas dimensiones se encuentran en riesgo muy alto, por lo que se requiere generar medidas de atención. En la dimensión “recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza”, el 46% (n=56) están en riesgo muy alto, mientras que en la dimensión “reconocimiento y compensación”, el 36% (n=44) se encuentran en riesgo muy alto.

Tabla 4:
Dominio: Recompensas

Dimensiones	Nivel de riesgo				
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza	46%	15%	13%	11%	15%
Reconocimiento y compensación	36%	24%	14%	17%	9%
Total del dominio	40%	22%	21%	8%	8%

Fuente: Obtenido del Cuestionario de riesgo psicosocial intralaboral

De acuerdo a los resultados, para la mayoría de los docentes las condiciones de su trabajo se presentan como riesgo, principalmente las referentes a las demandas del trabajo como la influencias de su trabajo sobre el entorno extralaboral y las demandas cuantitativas, emocionales y ambientales o de esfuerzo físico, seguidas de las relacionadas con las recompensas recibidas del trabajo que se realiza, de la pertenencia a la institución, del reconocimiento y del salario percibido.

Para atender al segundo objetivo específico de la investigación, referente a categorizar los niveles de síntomas de estrés y depresión, se obtuvo lo siguiente:

En los resultados del cuestionario para la evaluación del estrés, el 80% (n=98) de los docentes se encuentran en riesgo muy alto (Tabla 5), de los cuales los síntomas fisiológicos son lo que se presentan en mayor grado con el 46% (n=57) en niveles muy altos, seguido por los síntomas intelectuales y laborales en riesgo medio para el 22% (n=27).

Tabla 5:
Cuestionario para la evaluación del Estrés

Síntomas	Nivel de riesgo				
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
Fisiológicos	46%	23%	17%	11%	3%
De comportamiento social	0%	2%	2%	18%	78%
Intelectuales y laborales	0%	8%	22%	34%	36%
Psicoemocionales	0%	1%	0%	2%	97%
Total de estrés	80%	4%	3%	10%	3%

Fuente: Obtenido del cuestionario para la evaluación del estrés

La mayoría de los docentes presentan estrés en niveles altos, de los cuales los síntomas fisiológicos son los que se hacen presentes con mayor frecuencia seguido de los síntomas intelectuales y laborales que aunque se encuentran en niveles medios, es necesario atenderlos.

Resultados del Inventario de depresión de Beck

En el inventario de depresión de Beck (Tabla 6) el 83% (n=102) de los docentes no presentan síntomas de depresión, mientras que el 16% (n=20) se clasifica en depresión leve y el 1% (n=1) en moderada.

Tabla 6:
Inventario de Depresión de Beck

	Intensidad sintomática			No depresión
	Depresión Grave	Depresión Moderada	Depresión Leve	
Total	0	1%	16%	82%

Fuente: Obtenido del Inventario de depresión de Beck

A pesar que la mayoría no presenta síntomas de depresión, es importante retomar que un porcentaje de la población se encuentra en depresión leve.

VI. DISCUSIÓN

En definitiva, como Méndez y Figueredo, afirman, las condiciones del trabajo docente en general se presentan como riesgo pero los factores relacionados con las demandas del trabajo y la remuneración se están presentando en mayor grado, esto pasa en los diferentes ambientes educativos. Pando y Amezcua, mencionan que ambos factores se presentan en mayor riesgo tanto en docentes de educación especial como docentes universitarios y en este caso, en los docentes de primaria se observa un comportamiento similar por lo que podría generalizarse el riesgo para la población docente.

Es necesario subrayar que las múltiples funciones requeridas pueden ser una de las causas por las que el trabajo docente se perciba de esta forma, ya que se le exige al docente una serie de conocimientos, habilidades y funciones que debe desempeñar al mismo tiempo, sin ofrecerle los medios adecuados. De igual forma, se le pide estar el mayor tiempo de su jornada laboral frente al grupo, por lo que muchas de las funciones que se le solicitan deben ser cumplidas fuera del horario de trabajo establecido. En concreto, las múltiples funciones que se solicitan al docente, sobrepasan el tiempo que se les otorga para trabajar y por consiguiente, las recompensas pueden percibirse como inadecuadas.

Principalmente los síntomas fisiológicos se presentan en riesgo alto, lo que hace referencia a la presencia de síntomas que se hacen evidente en el cuerpo del docente como cansancio, fatiga, presión alta, insomnio y enfermedades físicas. Los síntomas intelectuales y laborales se presentan en riesgo medio, y hacen referencia a olvidos, poca atención, dificultad para concentrarse que a su vez se manifiestan en ausentismo, rotación, baja productividad y poca calidad en el trabajo.

La presencia de estos síntomas, de acuerdo a Chiavenato, son señales de que los elementos del ambiente están generando tensión negativa y repercuten en el bienestar y el funcionamiento del trabajador, por lo tanto, los docentes encuentran las condiciones de su trabajo como riesgo y estos riesgos están afectando su salud, principalmente, su bienestar físico.

Acerca de la depresión, aunque la mayoría no la presenta, hay una porción de docentes que tienen depresión leve, por lo que es necesario desarrollar medidas de prevención, para evitar que la situación se convierta en riesgo y se atienda a la población que lo padece.

VII. CONCLUSIONES

En conclusión, los riesgos psicosociales en los docentes de primaria del sector 2 de Villahermosa se relacionan con los síntomas de estrés, sin embargo, no existe asociación significativa con la depresión.

En cuanto a la relación entre los riesgos psicosociales, que se relacionan con los síntomas de estrés, entre los cuales se encuentran “demandas del trabajo” y “recompensas” junto con la “retroalimentación del desempeño”, “relaciones con los colaboradores”, “capacitación”, “oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos”, “control y autonomía sobre el trabajo”, “demandas ambientales o de esfuerzo físico”, “influencias del trabajo sobre el entorno”, “demandas de carga mental”, “consistencia del rol” y “reconocimiento y compensación”.

Por esto, se hace evidente que los riesgos psicosociales están afectando la salud de los docentes.

Por otra parte, la depresión aunque no se asocia de forma directa con los riesgo psicosociales, si mantiene asociación con los síntomas intelectuales, laborales, de comportamiento social y psicoemocionales del estrés.

VIII. REFERENCIAS

- Ayuso, J. (2010). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación* (39), 2.
- Beck, A., Ward C, M. M., & all., e. (1961). Inventory for measuring depression. (A. G. Psychiatr, Ed.)
- Chiavenato, I. (2009). *Gestión del talento humano*. México, México: McGrawHill.
- Méndez, E. F. (2011). Cultura preventiva del riesgo laboral del docente universitario. *Multiciencias* , 11 (1), 44-49.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial*. Bogotá, Colombia.
- Pando, M., Román, J., & Acosta, M. (2008). *Factores Psicosociales de Riesgo de trabajo en la empresa. cuba: RIPSOL*.
- Pérez, J. (2010). ¿Es seguro el trabajo docente? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales* (71), 23.
- Sampieri, R. C. (2003). *Metodología de la investigación* (Tercera edición ed.). México, México: McGraw Hill.
- Silvero, M. (2007). Estrés y desmotivación docente: el síndrome del “profesor quemado” en educación secundaria. (U. d. Navarra, Ed.) *Estudios sobre Educación* , 117,123.

El significado social de la diabetes mellitus gestacional en mujeres del Estado de Tabasco

Dra. Marcelina Cruz Sánchez, Pste. Lic. en enf. Keila Gabriela Cisneros González

Pste.Lic. en enf. David Ríos Reyes, Pste.Lic. en enf. Esmeralda Estrada Martínez

I. RESUMEN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es la alteración en el metabolismo de los carbohidratos durante el embarazo. Las complicaciones pueden ir desde macrosomía hasta la muerte. Existe poca información acerca del significado que las embarazadas conceden a esta condición. Objetivo: Comprender el significado otorgado por las gestantes al problema médico de DMG. Metodología: Estudio cualitativo en mujeres embarazadas con diagnóstico de DMG que acudieron a la clínica de diabetes del hospital de la Mujer, se excluyeron mujeres previamente diabéticas, embarazo concluido, aborto u óbito. Se utilizó la entrevista semiestructurada en profundidad, se audio grabaron con el consentimiento de las informantes, se transcribieron textualmente y se analizaron con la propuesta de Miles y Huberman (1994). Resultados: dos temas y subtemas surgieron durante el análisis que a su vez reflejan el significado: la tristeza y preocupación, el tratamiento visto como “seguir reglas” impuestas por el médico, cambios radicales en la alimentación y la preocupación por la salud del bebé. Además de cuestiones económicas que dificultan modificar el estilo de vida.

Conclusiones: el personal de salud debe prestar atención a los significados de la DMG en las embarazadas, las cuestiones culturales y económicas y aprovechar la motivación para hacer cambios en estilo de vida.

II. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo (NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010). De acuerdo con Federación internacional de diabetes (2015) se clasifica como: diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus en el embarazo. Las mujeres con niveles de glucosa en la sangre ligeramente elevada se clasifican como diabetes gestacional, mientras que las mujeres con niveles sustancialmente elevados de glucosa en la sangre se clasifican como diabetes mellitus en el embarazo

La prevalencia de la DMG es variable dependiendo de la fuente de que se trate. Por ejemplo: la asociación americana de diabetes señala 9.2% (ADA, 2015). Por su parte la Federación internacional de diabetes menciona que una de cada siete embarazadas se verá afectada por la diabetes gestacional. (IFD, 2015)

En México, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Perinatología (INPER) cerca del 10% de las embarazadas desarrollará DMG, resaltando que las mujeres con obesidad, mayores de 35 años y antecedentes familiares de diabetes, tienen una probabilidad de sufrir el padecimiento cercana al 45%. (Instituto Nacional de Perinatología, 2015). No obstante lo anterior la prevalencia exacta se desconoce.

La DMG es causa suficiente para considerar al embarazo como de alto riesgo, se sabe que hay riesgos para la madre y el/la bebé, entre ellos crecimiento fetal excesivo, el desarrollo posterior de la diabetes tipo 2 en la madre y la/el hijo, y la muerte para una o ambos.

La condición de DMG ha sido estudiada mas desde la perspectiva biomédica, es decir, desde la visión de los proveedores de cuidado médico (Barakat, Cordero, De Miguel Abad, & Peláez, 2012) (Flores, Solorio, Melo, & Trejo, 2014). En ellos se enfatizan las complicaciones, las respuestas al problema tales como la ansiedad y la depresión (Aldana & Gomez, 2007), No obstante, son muy escasos los estudios que abordan el tema desde la perspectiva de la persona que se enfrenta y padece esta condición. En este sentido los criterios actuales de cuidado de GDM hacen escasa referencia a sus efectos sobre la calidad de vida de las mujeres embarazadas. Es muy probable que las intervenciones encaminadas al diagnóstico, los cambios dietéticos, el seguimiento, visitas al hospital y la aplicación de insulina constituyan una carga psicológica, física o sean prácticas que demanden esfuerzos significativos para las mujeres embarazadas. (Whitelaw & Gayle, 2011)

Los procedimientos para establecer el diagnóstico y posteriormente el tratamiento de la DMG son inevitables para las mujeres gestantes. No obstante una mayor comprensión de esta área podría arrojar luz sobre si las intervenciones podrían ser más aceptables, por ejemplo, un mayor uso de las consultas telefónicas o el acompañamiento psicológico, cuestiones que se pueden identificar sólo a través de la comprensión de lo que significa para este grupo de mujeres lidiar con esta condición.

La revisión bibliográfica no localizó estudios en Tabasco. Sin embargo, de acuerdo con datos de la secretaria de salud estatal, en el año 2015, se registraron alrededor de 1 500 embarazos de alto riesgo entre los que se incluyen mujeres con DM previa y las que desarrollaron DMG (secretaria de salud de Tabasco, 2015).

La salud y su pérdida son fenómenos sociales que tienen expresiones diferentes según sea la posición de la persona en el continuo salud-enfermedad atención, en otras palabras la experiencia con el padecimiento desde la visión de la persona es importante porque le confiere significados particulares que pueden facilitar o dificultar el proceso de cuidado y tratamientos. En este contexto el presente trabajo tuvo como propósito principal Explorar y comprender el significado que las mujeres embarazadas que desarrollaron DMG, le confieren a esta condición de salud

III. OBJETIVOS Y METAS

Comprender el significado social otorgado por las gestantes al problema médico de DMG en Tabasco.

IV. MATERIALES Y METODO

Conocer y más aún llegar a la comprensión del significado que tiene una condición de salud entre los individuos, requiere de un abordaje de tipo cualitativo, desde el punto de vista de la persona que vive y sufre esta condición. Entendemos por abordaje cualitativo, al proceso de investigación amplio, donde

el investigador/a gradualmente obtiene el sentido de un fenómeno social por contraste, comparación, replicación, catalogación y clasificación del objeto de estudio (Miles y Huberman, 1994).

De acuerdo con Jiménez (2008:1) "Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva"

Reclutamiento y selección de informantes

Las informantes de esta investigación fueron mujeres embarazadas diagnosticadas con DMG. Dado que la presunción del diagnóstico y su confirmación se realiza en un hospital de tercer nivel, se consideró a éste como el campo más idóneo para el reclutamiento de las informantes. Una vez obtenidos los permisos, se contactó a las personas en la sala de espera del servicio de clínica de diabetes en la consulta externa. En este servicio se atienden a las mujeres embarazadas provenientes de todo el estado de Tabasco; lo anterior hizo que una vez establecido el primer contacto, y aceptada la participación se localizará a las personas en sus domicilios.

Para conformar la muestra se atendió a los siguientes criterios: mujeres embarazadas de todas las edades, con diagnóstico confirmado de DMG y que acudieron al servicio de clínica de diabetes en el hospital de alta especialidad de la mujer en el estado de Tabasco. Se excluyeron a las mujeres diagnosticadas previamente con diabetes, o con embarazo a término, con aborto, o muerte fetal.

De la técnica de producción de datos

La técnica utilizada para la producción de datos fue la entrevista cualitativa semi-estructurada en profundidad, en palabras de Taylor y Bodgan (1984:124) "El sello autentificador de las entrevistas cualitativas en profundidad es el aprendizaje sobre lo que es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones: el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo".

Para llevar a cabo la entrevista se elaboró una guía de entrevista dividida en cuatro categorías, datos socio-demográficos, antecedentes familiares del padecimiento, significado de la enfermedad y antecedentes gineco-obstétricos. Los testimonios fueron audio-grabados con el consentimiento de las participantes.

Escenario

Después de establecer el primer contacto con las informantes se convino el día y la hora en que nos podían recibir en sus domicilios. Las entrevistas se realizaron en la fecha y hora convenida; cuando no fue posible esta estrategia, la actividad tuvo lugar en la sala de espera del hospital antes mencionado.

Análisis de los datos cualitativos

Para el análisis de los datos primero la grabación fue transcrita de forma textual, cada uno de los textos de las entrevistas fueron leídos y comparados con el audio original, lo que permitió una primera aproximación al análisis, posteriormente, a través de un análisis heurístico, se inició la reducción de los datos, la segmentación

de párrafos y unidades de sentido, que nos ayudaron a comprender las categorías expresadas en los discursos de las informantes; por último la reconstrucción de las categorías permitió la interpretación de los discursos, de los cuales se desprende el significado.

Consideraciones éticas y legales

Para el desarrollo de la investigación se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en seres humanos. Se solicitó el consentimiento informado por escrito, respetando el derecho de las mujeres a negarse a participar y/o retirarse una vez que se hubiera iniciado la entrevista. La información personal, como nombres y direcciones de las personas fue borrada para conservar el anonimato, así como cualquier otra información que pudiera revelar su identidad; los archivos de audio así como las transcripciones fueron borrados y solo se conserva una copia con la investigadora principal.

V. RESULTADOS

El total de mujeres que participaron en este estudio fue de seis, predominando el rango de edad de 36-40 años que son también las edades consideradas de mayor riesgo obstétrico para las mujeres, todas mencionaron como principal ocupación el trabajo doméstico no remunerado. Por estado civil, tres están casadas e igual número viven en unión libre. Mientras que por grado de escolaridad se encuentran entre la educación básica y media superior. La tabla 1 resume las características socio-demográficas de las informantes.

Tabla 1.

Perfil socio-demográfico de las informantes (n=6)

Indicador	Categoría	f*
Edad	26-30 años	1
	31-35 años	1
	36-40 años	4
Religión	Católica	3
	Evangélica	2
	Presbiteriana	1
Estado civil	Unión libre	3
	casada	3
Escolaridad	Secundaria	
	Completa	3
	Preparatoria	
	Completa	2
Incompleta	1	
Ocupación	Trabajo doméstico no remunerado	6

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las entrevistas

En relación con los antecedentes gineco-obstétricos las mujeres entrevistadas refirieron lo siguiente: tres han tenido tres o más embarazos, y en cuatro de un total de nueve embarazos relatan que tuvieron que practicarles una operación cesárea (tabla 2).

Tabla 2.

Características obstétricas de las informantes (n=6)

Indicador	Categoría	f*
Numero de embarazos ^a	1	1
	2	2
	3	2
	4	1
Tipo de partos anteriores	Quirúrgico	4
	Vaginal	5

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de entrevistas

f* = Frecuencia

^a Se considera el embarazo actual dentro de esta variable

En total las informantes han tenido 15 embarazos, incluyendo el actual, sin embargo, al decir de todas ellas, esta es la primera vez que se les detecta diabetes durante la gestación, llama la atención el hecho de que hay una mujer con el primer embarazo a la que también se le hizo el diagnóstico de la enfermedad.

Entre los antecedentes de importancia, se encontró que cinco de las participantes señalaron la referencia de, cuando menos, un familiar en línea directa padeciendo diabetes mellitus, lo cual se considera un factor que eleva el riesgo de padecer el problema.

Significado de la diabetes mellitus gestacional

El significado no se deriva de los procesos mentales si no de los procesos de interacción, los significados y los símbolos, se aprenden durante la interacción con otras personas en general y la socialización recibida en la familia, en particular (Sobal & Maurer, 1999). Para las mujeres del estudio estar embarazadas y al mismo tiempo vivir con diabetes gestacional, les significa “estar ajustadas a reglas” en la alimentación, es decir, perciben estas indicaciones de consumir una dieta equilibrada, como cambiar sus hábitos rutinarios de alimentación; en sus palabras: “privarse de “antojos” y a sus bebés, Además hay un disgusto por el cambio del régimen alimenticio con el que son tratadas.

Como se puede ver en el siguiente fragmento:

¿Qué significa estar embarazada y tener diabetes?

"Pienso yo que es como algo complicado, pues no puedes comer las cosas que te gustan, por la nutrición que te dan, reglas, porque todo esto es reglas, y tiene que sujetarse a las reglas, si no te sujetas puede haber un desequilibrio. Entonces ese es el problema, estas embarazada y se te antoja cualquier cosita y que rico, y no poder comerlo si es complicado." (Entrevista 4. 37años, 4to. embarazo)

Por otro lado surge también la preocupación acerca de que en qué medida el problema puede afectar la salud de su bebé.

Experiencia con la prueba tolerancia a la glucosa

Una medida para conocer si existe DGM es la prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) de acuerdo con la NOM SSA2 007-2016 esta prueba se debe realizar entre las semanas 24 y 28 del embarazo, en este sentido las informantes manifestaron desconocimiento de esta prueba, no obstante al explicarles en qué consistía, surgieron diversas experiencias entre las informantes, donde se observa un patrón de desconocimiento de la PTG, una de las entrevistadas mencionó que el personal de laboratorio no le dijo que prueba le iban a hacer, solo le tomaron una muestra de sangre y luego le indicaron que fuera a comer lo que le pareció extraño, como se observa en el siguiente fragmento:

¿Cómo fue su experiencia con la prueba de tolerancia la glucosa?

"... me dicen espérese vaya a comer y bueno yo digo... ¿para qué me mandan a comer? y dentro de unas dos horas se va hacer otro estudio, ¡bueno y otra vez!! Y lo extraño es que me sacaron como 4 frasquecitos, de esas cositas (tubos de muestra sanguínea) y me mandan a comer, pero no me dicen qué coma yo... me comí dos tamales de masa colada, me bebí dos avenas... y vengo me hacen la curva, esa que dicen ahí, y sale súper elevada... entonces para mi es raro este examen. (Entrevista 4; 37 años, 4to. embarazo)

Sin embargo algunas mujeres expresaron que no se les realizó esta prueba para su diagnóstico.

¿Cómo le diagnosticaron a usted la diabetes gestacional?

"Nada más por los piquetes del dedo y uno que me hicieron de sangre para diagnosticar sí, si tenía yo la diabetes. (Entrevista, No. 1, 24 años primer embarazo)

Impacto del diagnóstico de DGM

Para las mujeres vivir una enfermedad es una experiencia que implica cambios permanentes y a veces radicales en el estilo de vida, revestida de sentimientos que se convierten en objetos significativos en la convivencia con la enfermedad y que determina el comportamiento hacia el autocuidado.

Al enterarse del diagnóstico de DGM, las informantes expresaron que sintieron, tristeza, preocupación, angustia, miedo, y rompieron en llanto. Como se puede observar en el siguiente discurso:

¿Qué sentimiento tuvo cuando le dijeron que tenía diabetes gestacional?

“Pues fíjate que al principio mal, porque me sentía triste, no sé cómo, pensando que le fuera a pasar algo al bebé y a mí también y no imuchas cosas que me pasaron por mi cabeza!” (Entrevista 1, 38 años 5º embarazo)

“¡Ah!, mucha tristeza” (Entrevista 3, 32 años. 3er. embarazo)

Como en toda investigación cualitativa aparece lo que se conoce como caso negativo, no por la connotación negativa del término sino mas bien porque es un relato que sale del patrón que se ha venido presentando con las otras informantes. Una de las mujeres embarazadas de procedencia urbana, manifestó que cuando el médico le dio el diagnóstico, ella solo experimento alguna preocupación que la motivó a buscar información a través de la internet, lo que se interpretó como tener una conducta de búsqueda de información. Como se puede observar en el siguiente fragmento:

“...no me sentí así, como que preocupada ¡Ay Dios mío! ¿Qué va a pasar?, o algo por estilo, porque tengo esa idea de investigar, yo investigo en el internet que es diabetes gestacional... Entonces no me sentí tan preocupada” (entrevista 4. 37 años. 3er. embarazo)

Existen factores físicos y emocionales que influyen en las modificaciones psico-emocionales de las embarazadas, existe una gran preocupación por la salud del bebé, pues hay un riesgo de que ambos desarrollen diabetes mellitus, y así mismo se sabe que la DG puede ocasionar complicaciones en el binomio madre-hijo. La principal preocupación en las mujeres entrevistadas es el bebé, y su propia salud. Esto se puede observar en el siguiente testimonio:

¿Cuál es su mayor preocupación?

“Pues en este momento pues mi bebé y yo. Pues yo en mi caso puedo quedar diabética y el bebé a lo mejor también puede desarrollar diabetes”. (Entrevista 6, 27 años. 2do. embarazo)

Apoyo percibido

La red social hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales, mientras que el concepto del apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña esa red y sus posibles efectos en el bienestar individual. Las informantes refieren que su principal fuente de apoyo psico-emocional, durante el proceso del diagnóstico fue su pareja; otra importante red de apoyo social lo constituye la familia de origen, principalmente la madre, como se puede leer en el siguiente testimonio:

¿Le contó a su pareja o algún familiar que fue diagnosticada con Diabetes Gestacional?

“Él (esposo) lo supo pues a través del doctor, por que como siempre me ha estado acompañando, él estaba conmigo cuando me lo dijeron...”

¿De quién recibió apoyo?

De mi esposo y de mi mamá y de mis hermanas” (entrevista 5, 38 años, 2do. embarazo)

Al decir de las informantes el apoyo que recibieron se manifestó a través de palabras de aliento, animándolas; en algunos casos ellas valoran que sus parejas tengan o hagan la disponibilidad de tiempo para acompañarlas a las consultas, en el siguiente testimonio se puede leer:

¿Cómo reaccionó su pareja/familiar?

“...él me dijo: - “no te preocupes tú estás en las manos de Dios, tú sabes que Dios nunca te ha dejado y este bebé, si Dios nos dio este bebé es por algo y Dios nos lo va entregar”-... He tenido siempre ese, ese apoyo de él y sus palabras... cuando él supo de la gestación de diabetes, me dice, no, no te preocupes, todo está en manos de Dios, tú tranquila, lleva el tratamiento que te vayan a dar y vas a salir adelante.”

(Entrevista 4, 37 años 3er. Embarazo)

Conocimiento de la DGM

La diabetes gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos, que se presenta durante el embarazo y que puede o no revertirse después de este. Cuatro de las seis mujeres entrevistadas conocen que la DGM se presenta únicamente en el embarazo, así como las causas y las posibles complicaciones. Como se puede leer en el siguiente testimonio.

¿Qué ha escuchado sobre la diabetes en el embarazo?

“Pues es porque a veces, bueno lo que me han comentado, es por el exceso de peso de la persona a parte porque puede consumir o ha estado consumiendo azúcares, mucha sal o la comida indebida”. (Entrevista 5, 38 años. 2do. embarazo).

Un dato revelador sugiere que hay cuando menos dos de las seis informantes que señalaron no haber sabido algo acerca del padecimiento:

“Pues la verdad que nada” (Entrevista 6, 27 años. 2do. embarazo)

Los datos anteriores ponen de manifiesto la necesidad de introducir la información durante las visitas de control del embarazo y no dejarla hasta cuando el problema se presenta.

La DMG es una enfermedad que puede ser reversible, mientras se siga un tratamiento adecuado, de no ser así, está se puede convertir en diabetes mellitus tipo II. Al saber qué es la DMG y que más adelante pueden desarrollar la DM 2, las participantes en este estudio, mencionaron haber recibido esta información y estar de acuerdo en que deben seguir con los cuidados sugeridos hasta la conclusión del embarazo y durante los meses siguientes como se observa en el siguiente fragmento:

¿Ahora qué ya sabe que es la DMG, Qué piensa usted acerca del problema? “Pues ya ahorita solo lo único que me queda es cuidarme; yo siento así pues, de que ya no me quiero descuidar tanto, no vaya a ser que, me dijeron que era gestacional a lo mejor quien sabe, a lo mejor me pueda quedar ya” (con diabetes). (Entrevista 3, 32 años. 3er. embarazo)

El sentido otorgado a la enfermedad DMG, es importante porque determina la conducta de salud, en este sentido, en algunos discursos se pudo observar que se percibe a la DM 2 como una enfermedad maligna, porque causa daños en algunos órganos del cuerpo, mientras que la DMG, al decir de las informantes no causa esos daños:

“...una diabetes adulta pues ya la 2, es muy difícil, muy difícil porque ya no es la misma capacidad, vas perdiendo la vista, vas perdiendo la fuerza, eso de estarse inyectándose insulina es muy difícil... es maligna, vamos a hablar de esta (diabetes gestacional), no es maligna pero si se puede prolongar o se puede volver maligna.” (Entrevista 4, 37 años. 3er. embarazo).

El conocimiento de los síntomas de la enfermedad es importante también para buscar atención más rápidamente. Al indagar acerca de este tema, solo algunas de las mujeres entrevistadas mencionaron haber escuchado acerca de los siguientes síntomas: sed, dolor de cabeza, ir muchas veces al baño, y mucha hambre. Como se puede leer en el siguiente relato:

¿Conoce los síntomas que se presentan en la diabetes gestacional?

“Si lo que es la sed, ojos nublados entonces se va la vista, dolor de cabeza, ir a hacer pipí,” (Informante 4, 37 años, 3er. embarazo).

Dos de seis mujeres pudieron identificar algunos de los síntomas, en general interpretamos estos datos como ausencia de información acerca del problema. La pregunta que surge ahora es: ¿A quién o a quiénes les correspondería hacer llegar esta información a este grupo de mujeres?

La aparición de la DMG se asocia a una mayor tasa de complicaciones en el bebé, durante el embarazo, parto y postparto. En sus discursos las mujeres entrevistadas mencionan que algunos de los problemas que trae el padecimiento en los bebés pueden ser: en su cabeza, macrosomía, problemas en la respiración, o padecer diabetes. Como se observa en el siguiente segmento de entrevista.

¿Cree usted que la DMG tenga alguna complicación en el bebé?

“Yo sí... que a lo mejor, él también podía traer diabetes o que a lo mejor, iba a venir con problemas de su cabecita o algo pues que no iba a venir normal, eso era lo que pensaba yo cuando supe que tenía diabetes.” (Entrevistas 3, 32 años. 3er. embarazo).

De nuevo se observa que la información acerca de las complicaciones para el producto es débil y fragmentada.

VI. DISCUSIÓN

La diabetes mellitus gestacional es un problema de salud que, de acuerdo con la actual “epidemia” de obesidad y sobrepeso, se verá incrementado en los próximos años (Flores y cols., 2014). De ahí la importancia de conocer cuáles son los significados que las personas afectadas le dan al padecimiento.

La evidencia del estudio del problema desde la perspectiva cualitativa es escasa. En esta investigación la participación fue de seis mujeres en diferentes momentos de su gestación y con antecedentes de embarazos diversos. Un primer resultado que emergió de los discursos acerca del significado de la DMG se refiere al hecho de que el diagnóstico de la enfermedad altera sus vidas, sus hábitos y costumbres y el tratamiento requiere de modificaciones que, en ocasiones no están dispuestas a llevar a cabo.

Al decir de las informantes, la DMG significa seguir “reglas” que limitan su independencia y su estilo de alimentación, también significa privarse de “antojos”, que en la cultura popular son importantes de atender durante la gestación, ya que de lo contrario el bebé por nacer puede llegar a sufrir las consecuencias. Por otro lado surge también la preocupación por la salud de su bebé. Estos hallazgos son compatibles con lo

reportado por Sámano y cols (2014) en su artículo donde señalan que las mujeres de su estudio señalaron que aunque se les hacía mención de consumir algunos alimentos, no lo hacían por creer que eran peligrosos y mientras que otros eran benéficos, Por ello, los autores sugieren que la etapa del embarazo es un buen momento para establecer una mejor alimentación para la mujer, su hijo y toda la familia.

Por otro lado, el conocimiento de la enfermedad es importante para el autocuidado en el hogar. En este sentido los hallazgos revelaron que solo dos de las seis informantes poseían alguna información sobre su enfermedad, la que suponemos fue impartida por el personal de salud al exponer la enfermedad, sus causas y complicaciones. Estos datos son similares , a los reportados por Carvalho, R. y colaboradores (2015) donde informan que de las 17 mujeres estudiadas con diabetes Gestacional, ocho mencionaron que no poseían conocimientos sobre su enfermedad aun cuando ya habían asistido a consultas prenatales, en este sentido observaron que no hubo educación para la salud sobre los problemas más comunes en el embarazo, también resalta que las informantes de la presente investigación recibieron la información cuando el problema estaba diagnosticado.

En relación al proceso para establecer el diagnóstico del padecimiento los hallazgos revelan que no hay un apego total a la NOM-SSA2-015-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, que menciona que el diagnóstico se deberá realizar mediante la prueba de tolerancia a la glucosa, Suponemos que se debe a la falta de recursos de la institución, y que por supuesto no es por desconocimiento de la Norma en cuestión.

Los sentimientos más comunes de embarazadas con diabetes gestacional que resaltan en el estudio son la preocupación, la tristeza, el miedo y el malestar físico, que son los sentimientos más comunes en el embarazo con diabetes gestacional, agregando la expresión de ¿por qué yo? (Chavéz-Curtois, M. y cols, 2014).

VII. CONCLUSIONES

Las mujeres de este estudio significaron el padecimiento de la DMG como “seguir órdenes médicas”, en las que les señalan lo que deben dejar de hacer, pero poco acerca de lo que si pueden hacer. De los testimonios se desprende que existen factores económicos y culturales que pueden aparecer como barreras para el tratamiento exitoso del padecimiento. Se observó que parece no haber suficiente promoción de la salud en el tema de la diabetes gestacional, en este grupo de población, ya que se cree que la información se le hace llegar a la mujer embarazada hasta que se ha establecido el diagnóstico de la enfermedad.

La familia representa una red de apoyo para las mujeres, cuando se realiza el diagnóstico de DMG, la pareja es el principal soporte emocional. Es probable que debido a la falta recursos económicos, que no de conocimiento, los procedimientos para establecer el diagnóstico del problema no se realicen de acuerdo a la norma correspondiente.

Por último creemos que es importante que el personal de salud preste atención a los significados de la DMG en las embarazadas, las cuestiones culturales y económicas y aprovechar la motivación para hacer cambios en estilo de vida

VIII. REFERENCIAS

- Aldana, E., & Gomez, M. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud*, XVII(1), 53-60.
- American Diabetes Association Standards of medical care in diabetes - 2015. *Diabetes Care*.33:S11–S16
- Barakat, R., Cordero, Y., De Miguel Abad, M., & Peláez, M. (2012). ¿Puede el ejercicio físico moderado durante el embarazo actuar como un factor de prevención de la Diabetes Gestacional. *Revista internacional de ciencias del deporte*, viii(27), 4-14
- Chávez-Courtois, Mayra, Graham, Chelsea, Romero-Pérez, Irma, Sánchez-Miranda, Georgina, Sánchez-Jiménez, Bernarda, & Perichart-Perera, Otilia. (2014). Experiencia y percepciones de la diabetes gestacional y su automanejo en un grupo de mujeres multíparas con sobrepeso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1643-1652. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.02452013>
- Flores, L., Solorio, I., Melo, M., & Trejo, J. (2014). Embarazo y obesidad: riesgo para desarrollo de diabetes gestacional en la frontera norte de México. *Gaceta Medica de México*, CL(1), 73-78.
- Flores-Padilla, Luis, Solorio-Páez, Isis Claudia, Melo-Rey, Martha Leticia y Trejo Franco, Juana (2014) Embarazo y obesidad: riesgo para desarrollo de diabetes gestacional en la frontera norte de México. *Gaceta Médica de México*. 150 Suppl 1:73-8
- International Diabetes Federation, (2015) *Diabetes Atlas*. Seventh Edition. Bruselas Bélgica. Recuperado de <http://www.diabetesatlas.org/>
- Jiménez-Domínguez, B. (2008) Investigación cualitativa y psicología social crítica. *Contra la lógica binaria y la ilusión de pureza*. *Revista Universidad de Guadalajara, Dossier Investigación Cualitativa en Salud*, Número 17: 1-10
- Miles, M. B. y Huberman, A.M. (1994) *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para La Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. México: Diario Oficial de la Federación
- Sámamo, Martínez, Estela Godínez, Pérez, Irma Romero, Miranda, Georgina Sánchez, Polis, José Manuel Espíndola, & Courtois, Mayra Lilia Chávez. (2014). Contexto sociocultural
- Sámamo, Reyna y alimentario de mujeres con embarazos de riesgo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5), 1419-1428. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.15242013>
- Secretaría de Salud de Tabasco. (2015). Comunicación personal
- Sobal, Jeffery & Maurer, Donna, (1999). *Interpreting Weight. The social Management of fatness and thinness*. Aldine De Gruyter España, 1992-Pág-100 -132
- Whitelaw-Ben & Gayle-Carol (2011) *Gestational diabetes [Review]* *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine* vol. 21 Núm. 2 41-46, New York.

Efecto antiespasmódico del orégano vs fármaco comercial en la disminución de los síntomas provocados por la dismenorrea primaria en mujeres de 18-25 años de Villahermosa, Tabasco

Mtro. Luis Fernando Trujillo Castillo, Mtra. Nury Hernández Díaz, Lic. Nutr. Marisol Salas Magaña

I. RESUMEN

Introducción: La dismenorrea primaria o funcional es un trastorno determinado por un conjunto de síntomas que aparece asociado a la menstruación, principalmente el dolor. Es un padecimiento ginecológico frecuente en jóvenes de 18 a 25 años. **Objetivo:** Determinar la efectividad en la disminución y eliminación de los síntomas dismenorreicos durante el ciclo menstrual entre una infusión a base de orégano vs butilioscina. **Metodología:** Estudio experimental correlacional cuantitativo, llevado a cabo en 18 Alumnas universitarias. Para poder evaluar si el fármaco o el té causaron una disminución del dolor, a las mujeres se les proporcionó la escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica (EVN) recomendadas para la evaluación del dolor del paciente consciente. **Resultados:** Más del 80% de la población evaluada con el té de orégano presentó un alivio significativo en la escala EVA y EVN en la disminución del dolor, presentado rangos de entre 0 y 2. Por el contrario la población evaluada con el fármaco solo registró un 11% de ausencia del dolor. **Conclusión:** El efecto del orégano fue más rápido en el alivio del dolor, mostrando resultados favorables al primer día en comparación con el fármaco que obtuvo respuestas leves y moderadas o ningún efecto.

II. INTRODUCCIÓN

La dismenorrea es un desorden ginecológico común en mujeres en edad reproductiva. Entendiéndose como dismenorrea primaria el dolor menstrual sin patología pélvica con un inicio en los primeros seis meses después de la menarca [1]. En tiempos remotos se consideraba que la histeria tenía su origen en el útero y que toda mujer que padecía cólicos o calambres durante la menstruación era por histeria. Es probable que estas aseveraciones no científicas, a la luz de los conocimientos actuales, fueran las que dieron origen al concepto de la existencia de una relación causa efecto, entre alteraciones psicológicas y dolor menstrual. Por largos años, a la par que las anteriores apreciaciones eran tenidas en cuenta, también se sentenciaba que el dolor durante los periodos menstruales era una condición normal y propia de la mujer, por tanto debían acostumbrarse a ello. Desde 1810 se viene utilizando el término dismenorrea, palabra derivada del griego y que tiene como significado: menstruación difícil o dificultad para la menstruación [2]. Este padecimiento es uno de los problemas ginecológicos más frecuentes en las jóvenes de 18 a 25 años, quienes optan por automedicarse en vez de ir a consulta ginecológica. El tratamiento farmacológico de elección para la dismenorrea primaria es el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los cuales inhiben la actividad de ambas ciclooxigenasas y reducen la producción de prostaglandinas, por lo que las

contracciones uterinas son menos intensas. El tratamiento está fundamentalmente dirigido a inhibir la síntesis de prostaglandinas a nivel endometrial. El mecanismo de acción de los AINES se basa en la inhibición de la enzima ciclooxigenasa, bloqueando la producción de prostaglandinas, mediadoras del mecanismo de la inflamación. Los fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINES) o las píldoras anticonceptivas se han usado como tratamiento para el dolor menstrual, pero un número mayor de mujeres buscan tratamientos alternativos no farmacológicos, siendo uno de los principales la herbolaria [3].

Existen algunos nutrimentos que son considerados en el tratamiento de la dismenorrea, sin embargo su soporte científico está limitado. Dentro de los tratamientos que han mostrado ciertos beneficios se encuentra el consumo de: Vitamina B1, B6, B12 y E, Magnesio, Aceite de pescado, Aceite con Omega 3 y 6. En un meta-análisis de 1441 mujeres con dismenorrea se observó que el uso de hierbas chinas mostró una mejoría significativa para el control del dolor en comparación con tratamientos farmacológicos convencionales y placebos. Entre una de las plantas empleadas para el tratamiento de la dismenorrea se encuentra el orégano, del cual no existen muchas investigaciones que apoyen su efectividad [4].

El orégano es el nombre común de un condimento, aplicado a más de 60 especies y subespecies pertenecientes a las familias Lamiaceae y Verbenaceae, de las cuales las más importantes son las del orégano mediterráneo o europeo (*Origanum vulgare* subsp. *hirtum*, *O. vulgare* subsp. *gracite*) y del orégano mexicano (*Lippia graveolens* y *L. palmeri*). *Origanum vulgare* L. es una planta que crece silvestre en Europa y que fue introducida en el siglo XVI, procedente de Oriente Medio. Además de sus propiedades medicinales hay que destacar el importante papel que desempeña en nuestra cocina tradicional. El nombre genérico, *origanum*, deriva del griego *oros* y *gafos*, que significa adorno o alegría de la montaña, por su aspecto y aroma agradables cuando la planta está en flor; el nombre específico, *vulgare*, indica la relativa facilidad con que la podemos encontrar [5].

El uso práctico del orégano es el de aromatizante de los platillos. Sin embargo, ancestralmente se ha empleado por sus propiedades, para el tratamiento de enfermedades digestivas, antiasmáticas, antiséptica de las vías respiratorias, diurética, tónica y espasmolítica [6].

Es necesario realizar este tipo de investigación debido a la falta de información y de estudios que validen el efecto del orégano así como a la ineficacia de diversos tratamientos farmacológicos contra la dismenorrea.

III. OBJETIVOS Y METAS

Comprobar el efecto inhibitorio del dolor por dismenorrea, comparando una infusión a base orégano contra un fármaco tradicional a base de Butilhioscina (Buscapina).

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Población

Mujeres entre 18 y 25 años de edad con dismenorrea primaria.

Criterios de inclusión

- Tener de 18 a 25 años de edad.
- Presentar dismenorrea primaria.
- No haber tenido hijos.

Criterios de exclusión

- Ser mayor de 25 años de edad.
- Haber tenido un hijo.
- Presentar miomas o dismenorreas secundarias.
- Anormalidad en útero, matriz, ovarios.

Criterios de eliminación

- No apegarse al esquema de tratamiento.
- Abandonar el estudio

4.2. Instrumentos

- **Escala de Medición del dolor EVA y EVN.** Para poder evaluar si el fármaco o el té causaron una disminución del dolor, a las mujeres se les proporcionó la escala visual analógica (EVA) (Figura 1) y la escala verbal numérica (EVN) (Figura 2) que son las recomendadas para la evaluación del dolor del paciente consciente [7].
- Así también se aplicó un cuestionario modificado basado en el estudio “Dismenorrea funcional en la comunidad autónoma de Madrid” [8].



Figura 1. Escala Visual Analógica (EVA)

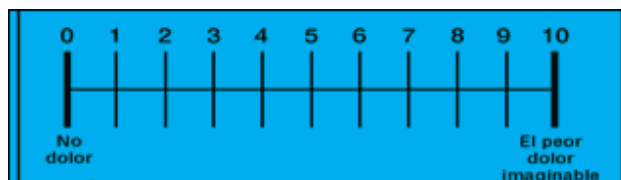


Figura 2. Escala Verbal Numérica (EVN)

4.3. Procedimiento

- Selección de la población.
- Se asignaron las participantes a los 2 grupos de estudio (Orégano vs Buscapina).
- Se proporcionó la hoja de consentimiento informado.
- Se instruyó a cada grupo acerca de cuándo consumir ya sea el té o el fármaco, la dosis que se emplearía y cómo sería su preparación, respectivamente.
- Proporcionar la hoja de medición del dolor EVA, EVN y el cuestionario.
- Recolección de los datos obtenidos de las encuestas, para determinar la edad de la menarca, si tenían conocimiento del uso del orégano para aliviar los síntomas de dolor menstrual, la intensidad del dolor, entre otros datos importantes.
- Análisis de resultados.

Preparación del té de orégano

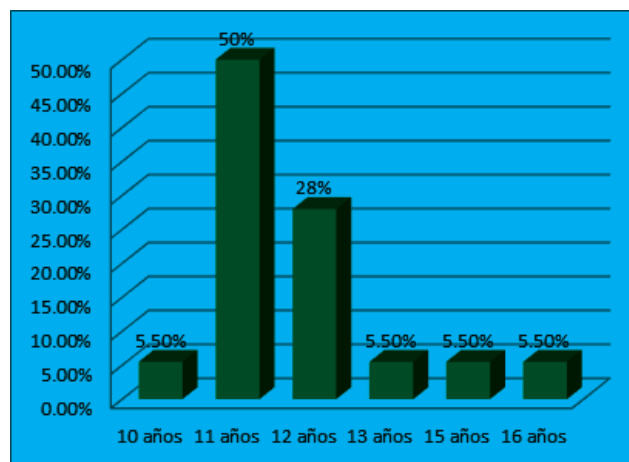
- Ingredientes: agua, orégano seco (30 g, para una taza)
- Hervir 1 taza de agua aproximadamente.
- Agregar el orégano y dejar reposar 5 minutos.
- Tomar durante el primer y segundo día del periodo. Una taza para cada día.

Dosis del fármaco

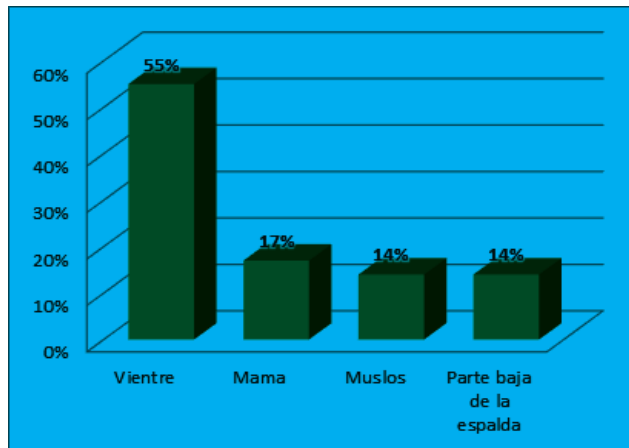
- Las sujetos de estudio tomaron la Buscapina Cada 8 hrs.
- Solamente la ingirieron el primer y segundo día del periodo.

V. RESULTADOS

En la Gráfica 1, se pueden observar datos relacionados con la presentación de la menarca en las mujeres que participaron en el estudio, y en la Gráfica 2 la localización del dolor durante la menstruación.

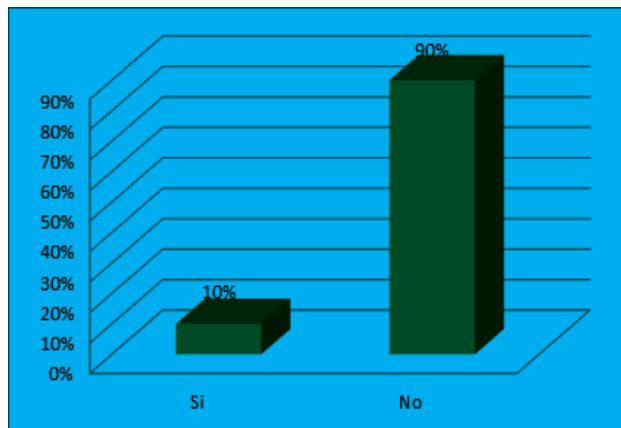


Gráfica 1. Edad de la Menarca

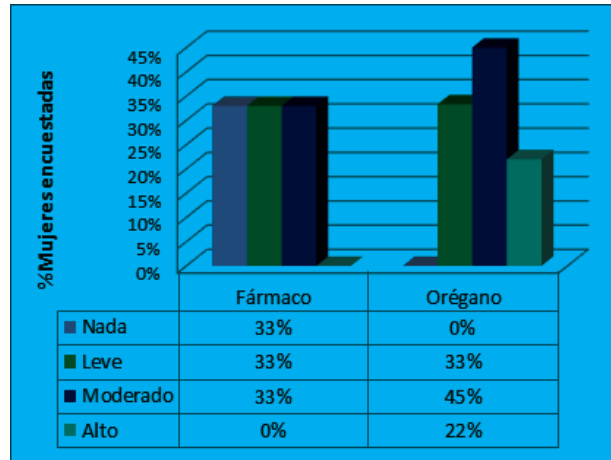


Gráfica 2. Lugar donde se localiza el dolor durante la menstruación

En la Gráfica 3 se pueden ver los resultados del conocimiento de la población estudiada con respecto al uso del orégano para tratar la dismenorrea. Los datos de qué tan rápido era el efecto de la infusión de orégano vs el fármaco en el primer día de aplicación, se pueden observar en la gráfica 4

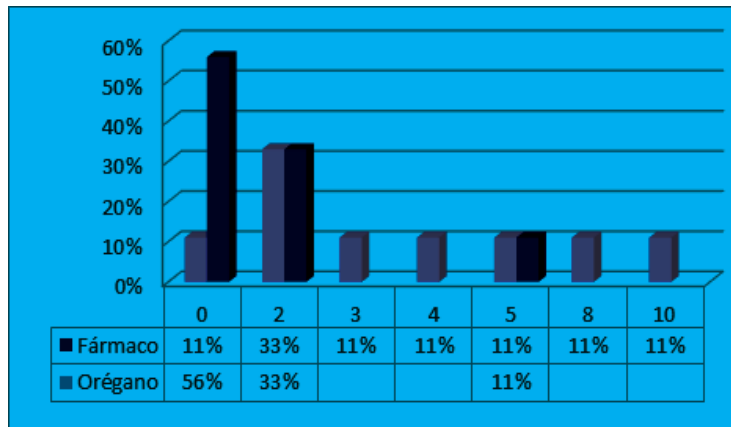


Gráfica 3. Conocimiento del orégano para tratamiento de dolor menstrual



Gráfica 4. Inmediatez de la efectividad en el primer día

En la Gráfica 5 se observa la comparación entre ambos, de la medición del dolor al utilizar la infusión del orégano o el fármaco a través de las escalas EVA y EVN.



Gráfica 5. Comparación infusión de orégano vs fármaco a través de las escalas EVA/EVN

VI. DISCUSIÓN

A través de la aplicación de la encuesta, se observa que un 55.5% de la población evaluada, presentó la menarca entre los 10 y 11 años de edad. Dicha edad, representa uno de los factores de riesgo para presentar la dismenorrea primaria.

De acuerdo a los resultados, el 55% de la población presenta dolor en el vientre, un 17% en mama y un 14% en muslos y en la parte baja de la espalda, respectivamente. Con ello se confirmó la localización de los síntomas más significativos de la dismenorrea.

Así mismo se observó que el 90% de la población no conocía el uso del orégano para el tratamiento de la dismenorrea primaria. Sólo un 10% de dicha población poseía un conocimiento previo. Con ello, se confirmó que la población no podría estar predispuesta, y por ende no se alterarían los resultados.

Al evaluar la inmediatez de la efectividad del té orégano vs el fármaco, de acuerdo a los resultados, la población evaluada con el fármaco presento un 33% de alivio moderado, de igual manera un 33% con leve y un ausente alivio. Sin embargo, la población evaluada con el té de orégano presento un 22% de alto alivio, 45% un alivio moderado y un 33% un leve alivio. Con ello se observa que en el primer día de toma, tuvo un efecto más inmediato la infusión de orégano que el fármaco.

Al hacer la comparación con las escalas EVA/EVN los resultados demuestran que más de 80% de la población evaluada con el té de orégano presento un alivio significativo en la escala EVA y EVN en la disminución del dolor, presentando rangos de entre 0 y 2. Por el contrario la población evaluada con el fármaco solo registró un 11% de ausencia del dolor, y con porcentajes similares a lo largo de los rangos de la escala.

VII. CONCLUSIONES

Se comprobó la efectividad antiespasmódica e inmediatez del orégano en la disminución de los síntomas de la dismenorrea primaria en este grupo de mujeres.

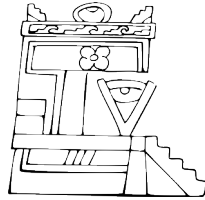
El efecto del orégano fue más rápido, mostrando resultados favorables al primer día en comparación con el fármaco que obtuvo respuestas leves y moderadas o ningún efecto.

Las mujeres de la muestra presentaban un grado de dolor de 7.4 el cual disminuyo hasta 2.3 según la escala EVA y EVN después de haber tomado la infusión.

La toma de infusión de orégano representa una forma alternativa y económica para el tratamiento de la dismenorrea, cuyo único posible inconveniente sería el sabor amargo que presenta.

VIII. REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud/CENETEC. 2009. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la dismenorrea en el primer, segundo y tercer nivel de atención en México: Catálogo Maestro IMSS-183-09. Pp. 7
2. Castillo Mascote, S. Y. 2014. Tesis: Caracterización de dismenorrea en estudiantes del colegio Amazonas de la ciudad de Machala en el año 2013. URL: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/415>. Fecha de consulta: Junio 2016.
3. Castro A. 2001. Dismenorrea primaria : visión actual. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2001;52:1-13.
4. Op. Cit. (1), Pp. 26.
5. Muñoz Centeno, L. M. 2002. Plantas Medicinales Españolas: Origanum Vulgare L. (Lamiaceae) (Orégano). Acta Botánica Malacitana No. 27, Pp. 273-279.
6. Ramírez Funes, J. A. 2008. Remedios caseros para hemorragia de la matriz y dismenorrea. Recuperado de Revista Vinculando: http://vinculando.org/remedios_naturales/tratamientos_naturales_para_hemorragias_y_hemorroides.html. Fecha de Consulta: Julio 2016.
7. Pardo, C., Muñoz, T. Chamorro, C. 2006. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva Vol. 30 Núm. 8:379-85.
8. Larroy, C., Crespo, M. y Meseguer, C. 2001. Dismenorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid: estudio de la prevalencia en función de la edad. Revista de la Sociedad Española del Dolor, No. 8, Pp. 11-22.



Difusión y Divulgación
Científica y Tecnológica

José Manuel Piña Gutiérrez
Rector

Arturo Díaz Saldaña
Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación

Andrés González García
Director de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica

Francisco Morales Hoil
Jefe del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas

Esta obra se terminó de editar el 21 de agosto de 2017, en la División Académica de Ciencias de la Salud ubicada en Av. Gregorio Méndez 2838-A Col. Tamulté; Villahermosa, Tabasco, México. El cuidado estuvo a cargo de los autores, de los editores consignados y del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas de la Dirección de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica de la UJAT.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

C O L E C C I Ó N
JULIÁN MANZUR OCAÑA
Vida y salud social