

WAXAPA

Área de Ciencias de la Salud
Órgano de Divulgación Científica afiliado a la Asociación Mexicana de Revistas Biomédicas A.C.

Año 4 Waxapa No. 7 Julio-Diciembre 2012



WAXAPA

WAXAPA, Año 4, No. 7, julio-diciembre 2012, Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo" Col. Los Fresnos, C.P. 63190, Tepic, Nayarit. Correo electrónico barraza28@hotmail.com, Editor responsable M.C.S.P. José Horacio Barraza Salas. No. de Reserva de derechos al uso exclusivo 04-2011-103111253800-102 otorgada por el INDAUTOR. ISSN 2007-0950. INDEX IMBIOMED y MEDIGRAFIC. Impresa en el Taller de Artes Gráficas de la UAN. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo" C.P. 63190, Tepic, Nayarit. El tiraje consta de 1,000 ejemplares

La opinión expresada en los artículos firmados es responsabilidad del autor. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes, siempre y cuando se cite la fuente y no sea con fines de lucro. No nos hacemos responsables por textos no solicitados.

DIRECTORIO UAN

C.P. Juan López Salazar
Rector de la Universidad Autónoma de Nayarit
M en C. Jorge Ignacio Peña González
Secretario de Docencia UAN
Dr. Ruben Bugarin Montoya
Secretario de Investigación y Posgrado
M. en C. Sara Bertha Lara Castañeda
Dirección Editorial UAN
M. en C. Maria Raquel Moya García
Coordinadora del Área de Ciencias de la Salud
Ing. Arturo Sánchez Valdés
Secretario de Servicios Académicos
L. C. Guadalupe Mendoza Gutiérrez
Directora del Taller de Artes Graficas

Revista Waxapa

Director: M.C.S.P. José Horacio Barraza Salas
Coeditora: Dra. en C. Blanca Esthela Alcantar Díaz
Diseño: Sergio Ocampo Martínez
L.I.E. Karla B. Olivares Martínez

Comité Editorial

Dr. en C. Luis Flores Padilla, (CD. Juarez, Chihuahua) México.
Dra. en C. Ma. Del Carmen López Zermeno (UDG) México.
Dra. en C. Carolina Aranda Beltrán (UDG) México.
M.E.S. Ma. de Jesús Martínez Moctezuma
MSC Carolina Reynaldos, Univ. Catolica de Maule Chile
Dra. En C. Mari Angels Carrion, Presidenta AEPA, España
Dr. En C. Manuel Pando Moreno, (UDG) Mexico.
Dr. En C Sergio Milano, UNE de Guayana, Venezuela
Dr. Jorge Roman Hernandez, (INST) Cuba
MSc. Pablo Garaño, Universidad de Lanús, Argentina
Dr. En C. Sergio Martinez Gonzalez UAMVZ-UAN Nayarit Mexico
D. en C. Juana Trejo Franco CD. Juarez Chihuahua
Dra. Rosa Falconi Sandoval (Peru Lima)
Hugo E. Vicente MD UAG
Mtra. Teresa M. Rodriguez Jimenez UDG
Dr. En C. Luis B. Mata Guevara (UNERMB) Venezuela
MCE. Francisco Cadena Santos (UAT) Tamaulipas
Dra. En C. Luz María Tejada Tabayas Facultad de Enfermería de la UASLP
Dr. Alvaro Pedraza Moreno Tamaulipas

Índice

EDITORIAL	6
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	7
ARTÍCULOS CIENTÍFICOS	
INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS	15
MC. Ramona Armida Medina Barragán, MC. María de Jesús Medina Sánchez, MC. Maritza Espericueta Medina, MC. Ramona Pérez Pérez, MC. Daniela Lizbeth Salas Medina, MC. Imelda de Jesús Vázquez Arámbula, MC. María Raquel Moya García	
AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES DESDE UNA PERSPECTIVA DEL PACIENTE	24
MCE. Nohemi Selene Alarcón Luna, Dra. Ma. Mercedes Rizo Baeza, Dr. Ernesto Cortés Castell, Dr. Francisco Cadena Santos.	
ASOCIACION DE MOBBING Y AUTO PERCEPCION DE RIESGO EN SALUD MENTAL EN PERSONAL SANITARIO	33
González Campos Mónica, Hortencia Castañeda Velázquez, Medina Carrillo Leopoldo	
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UNA FAMILIA DE LA COLONIA SANTA TERESITA EN LA CIUDAD DE TEPIC NAYARIT, MÉXICO.	41
Ian Coahpetezin Zavala Pérez, Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez, Sarahi del Carmen Ayón Astorga.	
EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA DE MUJERES EMBARAZADAS AL PLAGUICIDA HEXACLOROCICLOHEXANO (HCH) EN CHAPALA, MEXICO 2011-2012.	55
Felipe Lozano Kasten, Ana Karina García Suarez, Luis Fernando Padilla Segundo, Genoveva Rizo Curiel, Enrique Cifuentes, Leonardo Trasande.	

“LOS ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO A LA UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS BÁSICAS E INGENIERÍAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT. UN PRIMER ACERCAMIENTO A SU PERFIL SOCIOECONÓMICO, CULTURAL Y LABORAL”	61
Bernabé Ríos Nava, Sandra Luz, Romero Mariscal	

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DOCENTE REALIZADA POR LOS ESTUDIANTES: EXPERIENCIA EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA.	68
Ma. De los Ángeles González Álvarez, Fabiola de Santos Ávila, Irma Patricia González Rojas.	

RIESGOS PSICOSOCIALES OCUPACIONALES EN ACADÉMICOS UNIVERSITARIOS DE ICB: DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.	75
Dra. Juana Trejo Franco, Dr. Luis Flores Padilla, Dra. María Guadalupe Alderete Rodríguez, Dr. Manuel Pando Moreno, Dr. Horacio Barraza Salas	

ENSAYO	
LA INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO EN EL BIENESTAR SOCIAL	82
Dra. Carolina Aranda Beltrán	

Relacion de miembros colaboradores de la Revista WAXAPA	89
--	----

Editorial

Estimados lectores con el presente número 7 cerramos el 2012, con ánimo y con los mejores deseos de seguir adelante en el próximo año, el cual sin duda deberá ser muy importante para la vida de nuestra querida revista.

Lo anterior en virtud de iniciar una nueva etapa de nuestra revista al promover a nuestro regreso en 2013 las gestiones para hacer más visible y eficiente la consulta en línea de los artículos publicados a través de los buscadores especializados.

Lo que nos permitirá el seguir apoyando de manera eficiente la divulgación del conocimiento, y de los trabajos que año con año las organizaciones académico científicas producen.

Con esta edición estamos dándoles una cordial bien venida a los nuevos integrantes del comité editorial tanto nacionales como internacionales que amablemente solicitaron y fueron aceptados para acompañarnos en esta aventura.

Para finalizar reciban de los integrantes del equipo implicado en la revista nuestro agradecimiento a todas las autoridades universitarias por el enorme esfuerzo para continuar la publicación de WAXAPA.

Feliz navidad y prospero año nuevo.

Atentamente.

MCSP Jose Horacio Barraza Salas
Director de WAXAPA

Instrucciones a los autores

La revista Waxapa es un órgano de divulgación del área de la salud de la Universidad Autónoma de Nayarit, su periodicidad es de cada 6 meses (junio-diciembre) y se encuentra indexada a IMBIOMED.

Los autores que tengan interés en publicar algún artículo en esta revista Waxapa, deberán ajustarse a los siguientes lineamientos: Publicarán artículos científicos originales e inéditos relacionados con el área de ciencias de la salud que de preferencia sean de aplicación práctica a la problemática nacional.

La revista Waxapa está de acuerdo en usar los "Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas"¹, de los que se retoman la mayoría². Cabe señalar en lo que estos requisitos significan.

En primer lugar, los "Requisitos uniformes..." son instrucciones a los autores sobre la forma de preparar sus manuscritos, no a los editores sobre el estilo de la publicación.

En segundo lugar, si los autores preparan sus manuscritos según el estilo especificado en estos "Requisitos uniformes...", los editores de Waxapa no devolverán los manuscritos para cambios en el estilo antes de considerarlos para publicación. En el proceso de publicación, sin embargo, la revista Waxapa puede modificar los manuscritos aceptados para adaptarlos con los detalles de su estilo de publicación.

Las contribuciones quedarán dentro de las categorías siguientes:

I. Artículos científicos

II. Artículos de revisión

III. Notas de investigación

IV. Otro tipo de manuscritos *v. g.*; reseña crítica, ensayos científicos, estudios de caso, esto a juicio del editor o coeditores y con el visto bueno de una terna de comité revisor.

V. Memorias de eventos científicos en números especiales de la revista Waxapa

Se entiende como **artículo científico** aquella comprobación redactada en tal forma, que un investigador competente y suficientemente especializado en la misma rama científica sea capaz, basándose exclusivamente en las indicaciones del texto, de:

a) Reproducir los experimentos y obtener resultados que se describen con un margen de error semejante o menor al que señala el autor.

b) Repetir las observaciones y juzgar las conclusiones del autor.

c) Verificar la exactitud de los análisis y deducciones que sirvieron al autor para llegar a las conclusiones.

Se entiende como **artículo de revisión** el trabajo cuyo fin primordial es resumir, analizar y discutir informaciones publicadas, relacionadas con un solo tema.

La **nota de investigación** es un trabajo que presenta observaciones y descripciones científicas breves, en la cual se detallan métodos y resultados experimentales; sin embargo, su introducción y discusión son presentadas en forma sucinta y con objeto de ubicar el estudio dentro del contexto científico.

La **reseña crítica** es el resumen y el comentario más o menos exhaustivo de un documento: libro o ensayo, requiere un dominio de los métodos de investigación y un conocimiento amplio de los temas tratados en el documento que se comenta.

El **ensayo** es el comentario libre en torno a un fenómeno, un tema o un documento científico, no se requiere un especial dominio de la técnica de investigación científica, pero sí una amplia cultura.

1. La revista aceptará solamente trabajos escritos en español
2. Deberán enumerar las cuartillas en forma consecutiva.
3. Deberán enumerar los renglones en cada cuartilla.
4. Waxapa solicita una carta firmada por todos los coautores, donde declaren estar de acuerdo en aparecer como tal en el manuscrito.
5. Waxapa solicita del autor responsable de la correspondencia referente al trabajo, la dirección completa, el número telefónico con clave lada, el número de fax y la dirección de correo electrónico.
7. Todo trabajo deberá incluir los siguientes datos:
 - Título del trabajo en español.
 - Nombre completo del o los autores.
 - Institución a la que representan y la dirección completa de ésta (al pie de la primera cuartilla).
 - Título en inglés
8. El título de toda comunicación deberá ser tan corto como sea posible, siempre que contenga las palabras claves del trabajo, de manera que permita identificar la naturaleza y contenido de éste.
9. La comisión editora se reserva los derechos para la selección y publicación de los mismos.
10. Los artículos contenidos en esta Revista son responsabilidad exclusivamente de los autores.
11. En la redacción se respetarán las normas internacionales relativas a las abreviaturas, a los símbolos, a la nomenclatura anatómica, zoológica, botánica, química, a la transliteración terminológica, sistema de unidades, etcétera.
12. El artículo científico se dividirá en las siguientes secciones:
 - A) Resumen en inglés con key words
 - B) Resumen en español con palabras clave
 - C) Introducción
 - D) Material y métodos
 - E) Resultados
 - F) Discusión
 - G) Agradecimientos (en su caso)
 - H) Referencias

Resumen y palabras clave

Los resúmenes no deberán exceder las 250 palabras. En éste deberán indicarse los propósitos del estudio o investigación; los procedimientos básicos (la selección de sujetos de estudio o animales de laboratorio; los métodos de observación y analíticos); los hallazgos principales (dando datos específicos y si es posible, su significancia estadística); y las conclusiones principales.

A continuación de cada resumen se anotarán de 3 a 10 palabras o frases cortas-clave, que ayuden a clasificar el artículo. Para tal fin, se recomienda usar los términos del Medical Subject Heading (MeSH) del Index Medicus.

Introducción

Expresa el propósito del artículo y resume el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

Métodos

Describa claramente la forma como se seleccionaron los sujetos observados o de experimentación (animales de laboratorio, incluidos los testigos). Identifique la edad, sexo, y otras características importantes de los sujetos. La definición y pertinencia de raza y la etnicidad son ambiguas. Los autores deberán ser particularmente cuidadosos al usar estas categorías.

Es necesario clarificar la razón por la cual un estudio se realizó de tal forma. Por ejemplo, los autores deben explicar por qué sólo se utilizaron animales de ciertas edades o sexo. Los autores deben especificar claramente qué significado tienen los descriptores y detallar cómo fue recolectada la información (por ejemplo, qué terminología se empleó en los cuestionarios).

Identifique los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante en paréntesis), y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

Proporcione referencias de los métodos acreditados, incluidos los métodos estadísticos (véase más adelante); dé referencias y descripciones breves de métodos ya publicados, pero que no son bien conocidos; describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las cuales se usaron, y evaluando sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y los productos químicos utilizados, incluyendo el nombre genérico, dosis y vías de administración.

Los artículos de ensayos clínicos aleatorios deberán dar información sobre todos los elementos importantes del estudio, incluyendo el protocolo (población de estudio, intervenciones o exposiciones, resultados, y el razonamiento para el análisis estadístico), asignación de intervenciones (métodos de ordenación aleatoria, ocultamiento de distribución a los grupos de tratamiento), y el método de enmascaramiento (ciego).

Los autores que envíen artículos de revisión deben incluir una sección que describa los métodos utilizados para la ubicación, selección, extracción y síntesis de los datos. Estos métodos también deberán sintetizarse en el resumen.

Ética

Al informar de experimentos llevados a cabo con animales, indicar si se cumplió con alguna guía institucional o nacional, o con una ley nacional que concierna al uso de los animales de laboratorio.

Estadística

Describa los métodos estadísticos con detalle suficiente para que el lector versado en el tema y que tenga acceso a los datos originales pueda verificar los resultados presentados. Cuando sea posible, cuantifique los hallazgos y preséntelos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición (por ejemplo, intervalos de confianza; desviación o error estándar, etc.). No dependa exclusivamente de las pruebas de comprobación de hipótesis estadísticas, tales como el uso de los valores de P, que no transmiten información cuantitativa importante. Analice la elegibilidad de los sujetos de experimentación. Dé los detalles del proceso aleatorio.

Describa la metodología utilizada. Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Señale las pérdidas de sujetos de observación como las eliminaciones en una prueba clínica. Siempre que sea posible, las referencias sobre el diseño del estudio y métodos estadísticos serán de trabajos vigentes (indicando el número de las páginas), en lugar de artículos originales o libros donde se describieron por vez primera. Especifique cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado incluyendo referencias.

Las descripciones generales de los métodos utilizados deben aparecer en la sección de Métodos. Cuando los datos se resumen en la sección de Resultados, especifique los métodos estadísticos utilizados para analizarlos. Limite el número de cuadros y figuras al mínimo necesario para explicar el tema central del artículo y para evaluar los datos en que se apoya. Use gráficas como una alternativa en vez de los subdivididos en muchas partes, de ser posible; no duplique datos en gráficas y cuadros. Evite el uso no técnico de términos de la estadística, tales como “al azar” (que implica el empleo de un método aleatorio), “normal”, “significativo”, “correlación”, y “muestra”. Defina términos, abreviaturas, y la mayoría de los símbolos estadísticos.

Resultados

Presente los resultados en sucesión lógica dentro del texto, cuadros e ilustraciones. No repita en el texto todos los datos de los cuadros o las ilustraciones; enfatice o resuma tan sólo las observaciones importantes.

Waxapa solamente acepta el uso de términos de Cuadro y Figura.

Se recomienda presentar cada cuadro y cada figura en hojas separadas; los cuadros deberán estar enumerados, tener título o leyenda explicativa, de manera que se entiendan por sí mismos sin necesidad de leer el texto.

Se entiende por cuadro al conjunto de nombres, cifras u otros datos presentados ordenadamente en columnas o renglones, de manera que se advierta la relación existente entre ellos.

Las figuras (gráficas, dibujos, etc.) deberán enviarse en los programas Excel para Windows en versión electrónica y deberán presentarse en hojas separadas con el número progresivo correspondiente y pie de figura que la explique.

Waxap solicita y publica las figuras en blanco y negro.

Discusión

Haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos. No repita en forma detallada los datos u otra información ya presentados en la sección de Introducción y Resultados. Explique en la sección de Discusión el significado de los resultados y sus limitaciones, incluyendo sus consecuencias para investigaciones futuras. Relacione las observaciones con otros estudios pertinentes.

Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio evitando hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos. En particular, los autores deberán evitar hacer declaraciones sobre costos y beneficios económicos a menos que su manuscrito incluya análisis y datos económicos. Evite reclamar prioridad y aludir un trabajo que no se ha finalizado. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello, pero identificándolas claramente como tales.

Las recomendaciones, cuando sea apropiado, pueden incluirse.

Agradecimientos

Se deberán listar todos aquellos que contribuyeron y no cumplen con los requisitos de autoría, como quienes dieron asistencia técnica o de redacción, o un jefe de departamento que sólo dio apoyo general. El apoyo financiero o material, también debe ser mencionado.

Las personas que colaboraron materialmente pero cuya contribución no justifica la autoría pueden ser citadas por su nombre añadiendo su función o tipo de colaboración; por ejemplo, “asesor

científico", "revisión crítica del propósito del estudio", "recolección de datos", o "participación en el ensayo clínico". Estas personas deberán conceder su permiso para ser nombradas. Los autores son responsables de obtener la autorización por escrito de las personas mencionadas por su nombre en los Agradecimientos, dado que los lectores pueden inferir que éstas respaldan los datos y las conclusiones.

Referencias

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. En éste, en los cuadros y en las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numerarán siguiendo una secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

Emplee el estilo de los ejemplos descritos más adelante, los cuales están basados en el formato que la U.S. National Library of Medicine (NLM) usa en el Index Medicus. Abrevie los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado en dicha publicación. Consulte la List of Journal Indexed (Lista de Revistas Indizadas) en el Index Medicus, publicada anualmente como una parte del número de enero y como separata. La lista también puede ser obtenida mediante Internet: <http://www.nlm.nih.gov>

Absténgase de utilizar resúmenes como referencias. Las referencias de artículos aceptados, pero aún no publicados, deberán designarse como "en prensa" o "próximamente a ser publicados"; los autores obtendrán autorización por escrito para citar tales artículos, también deberán comprobar que han sido aceptados para publicación. La información de manuscritos presentados a una revista, pero que aún no han sido aceptados, deberán citarse en el texto como "observaciones inéditas" con la autorización por escrito de la fuente.

Evite citar una "comunicación personal" a menos que dé información esencial no disponible en una fuente pública; en tal caso el nombre de la persona y la fecha de la comunicación deberán citarse al pie de página. Para artículos científicos, los autores deberán obtener la autorización por escrito y confirmar y tener seguridad de la información proveniente de una comunicación personal.

Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales.

Waxapa recomienda consistencia en el caso de guiones entre apellidos dobles y entre apellido e inicial, ya que las citas de manuscritos publicados en esta revista aparecen en bases internacionales que manejan los nombres de acuerdo con los lineamientos de los anglohablantes. De no ser consistente el autor tendrá más de un nombre (por ejemplo, Roberto Pérez Martínez aparecerá en la M, como Martínez RP, pero en la P como Pérez-Martínez R, si usa el guión). En aquellos apellidos con preposiciones (Von, Van, di, de, de la, etc.), éstas se citarán antes del apellido; por ejemplo, Van Rensburg SN; De Buen Nuria; De la Torre SF.

Inclúyase el nombre de todos los autores cuando éstos sean seis o menos; para el caso de que sean siete o más, anótese sólo el nombre de los seis primeros y agréguese *et al.*

Volumen con suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1:275-82.

Número con suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactionsto breast cancer. Semin Oncol 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Sin número ni volumen

Browell DA, Lennard TW. Immunological status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

Páginas en números romanos

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Amer* 1995 Apr;9(2):xi-xii.

Libros y otras monografías

Individuos como autores

Steel RGD, Torrie JH. Principles and procedures of statistics. A biometrical approach. 2nd ed. Singapore: Mc Graw Hill, 1981.

Capítulo de libro

Wewers MD, Gadek JE. Pro inflammatory polypeptides. In: Crystal RG, West JB, Barnes PJ, Cherniack NS, Weibel ER, editors. *The lung*. New York:Raven Press, 1991:91-103.

Congresos o Reuniones

Quiroz RG, Bouda J, Candanosa AE. Recomendaciones para el manejo de muestras para realizar pruebas de campo y laboratorio clínico. *Memorias de XIX Congreso Nacional de Buiatría*; 1995 agosto 24-26; Torreón (Coahuila) México. México (DF): Asociación Mexicana de Médicos Veterinarios Especialistas en Bovinos, AC, 1995:197-201.

Tesis

López HA. El uso del control del amamantamiento para la resolución del anestro posparto en vacas Cebú-Gyr bajo las condiciones del trópico húmedo (tesis de licenciatura). Jalapa (Veracruz) México: Univ Veracruzana, 1987..

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

Castillo G. Presenta erosión 80 por ciento del territorio nacional: Julia Carabias. *La Jornada* 1997 marzo 15;Sec El país:19(col 2). SAGAR. Analizarán la posibilidad de importar ganado. *La Jornada* 1997 febrero 23;Sec El país:15(col 1).

Material audiovisual

Forum for small animal veterinarians (videorecording). Trenton (NJ): Veterinary Learning Systems, 1990.

Material legal

Ley pública "Nombre de la ley", Ley Pub.Núm.X Estatuto ("Fecha completa: mes,día,año")

Mapa

North Carolina. Tuberculosis rated per 100,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources, Div. of Epidemiology; 1991.

Programa de cómputo

Smith Fred. Idea Link (computer program) versión 3.12. Athens (GE): Univ of Georgia, 1992.

Diccionario y obras de consulta semejantes

García Pelayo R. El pequeño Larousse ilustrado. Buenos Aires, Argentina: Larousse, 1981

Navarro Pruneda G. Diccionario terminológico de Ciencias Veterinarias y Zootecnia (Inglés-Español). La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica, 1982

Trabajos inéditos**En prensa**

Rosiles R, Paasch LH. Megalocitosis hepática en bovinos. Nota informativa. Vet.Mex 1982;13(3).

En prensa Escobar-Laveaga A. Electrolytes in feeds for dairy cattle. J Dairy SCI 1982. In press

Material electrónico**Artículo de revista en formato electrónico**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5] ; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Monografía en formato electrónico

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd. ed. Versión 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Cuadros

Mecanografía o imprima cada cuadro a doble espacio y en hoja por separado. No presente los cuadros en forma de impresiones fotográficas. Numérelos consecutivamente siguiendo el orden en que se citan por primera vez en el texto, y asigne un título breve a cada uno. Cada columna llevará un título corto o abreviado. Las explicaciones irán como notas a pie y no en el encabezamiento. Explique todas las abreviaturas no usuales que se utilizaron en cada cuadro. Como llamadas para las notas al pie, utilícense los símbolos siguientes, y en la secuencia que se indica: *, †, ‡, §, ¶, **, ††, ‡‡, etcétera.

Identifique las medidas estadísticas de variación, tales como la desviación estándar y el error estándar de la media. No trace líneas horizontales ni verticales en el interior de los cuadros. Cerciórese de que cada cuadro sea citado en el texto. Si se utilizaron datos publicados o inéditos provenientes de otra fuente, obtenga la autorización necesaria para reproducirlos y conceda el reconocimiento cabal que corresponde a la fuente original.

Incluir un número excesivo de cuadros en relación con la extensión del texto puede ocasionar dificultades al confeccionar las páginas. Examine varios números recientes de la revista a la que planea enviar su artículo y calcule cuántos cuadros pueden incluirse por cada 1000 (millar) palabras de texto.

El editor, al aceptar un artículo, podrá recomendar que los cuadros adicionales que contienen datos de respaldo importantes, pero que son demasiado extensos para ser publicados, queden depositados en un servicio de archivo, como el National Auxiliary Publications Service (NAPS) en los Estados Unidos, o que sean proporcionados por los autores a quien lo solicite. En este caso, se agregará en el texto la nota informativa apropiada. Sea como fuere, envíe dichos cuadros para su consideración junto con el artículo.

En las fotomicrografías habrá que explicar la escala y especificar el método de tinción.

Unidades de medida

Las medidas de longitud, talla, peso, y volumen se expresarán en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilogramo, litro) o en sus múltiplos y submúltiplos. Las temperaturas deberán registrarse en grados Celsius. Los valores de presión arterial se indicarán en milímetros de mercurio. Todos los valores hemáticos y de química clínica se presentarán en unidades del sistema métrico decimal y de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI). Los editores de la revista podrán solicitar que, antes de publicar el artículo, los autores agreguen unidades alternativas o distintas de las del SI.

Abreviaturas y símbolos

Utilice sólo abreviaturas ordinarias (estándar). Evite abreviaturas en el título y resumen. Cuando se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo (a menos que se trate de una unidad de medida común).

Una vez que el artículo haya sido aceptado y se le pidan las adaptaciones y correcciones pertinentes, se reenviará a la revista Waxapa la versión final vía correo electrónico como le fue requerido por el Comité Editorial para su segunda revisión.

La información en la versión electrónica deberá venir capturada en el programa Microsoft Word 6.0 para Windows.

La dirección para enviar la versión electrónica es: waxapa.uan@gmail.com

Referencias

¹International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal N Engl J Med 1997; 336: 309-15.

²Instrucciones a los autores. Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas. Vet Mex 2010; 41(4): v-xxiv.

Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazadas

MC. Ramona Armida Medina Barragán*, MC. María de Jesús Medina Sánchez*, MC. Maritza Espericueta Medina*, MC. Ramona Pérez Pérez*, MC. Daniela Lizbeth Salas Medina*, MC. Imelda de Jesús Vázquez Arámbula* MC. María Raquel Moya García*

**Profesores de TC de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit. Tepic, Nayarit. México.*

Correspondencia:

MC Ramona Armida Medina Barragán: armidamedina74@hotmail.com Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit. Cd. De la Cultura "Amado Nervo" Tepic, Nayarit. México. CP 63000 Tel. 311 2118824.

RESUMEN

En México la salud materno infantil continúa siendo uno de los grandes retos de salud pública. Los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, representan una de las principales causas de mortalidad en mujeres en edad reproductiva y están altamente determinados por las condiciones socioeconómicas y por falta de conocimiento. **Objetivo:** Evaluar una intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos sobre autocuidado durante el embarazo.

Metodología: Estudio cuantitativo de tipo pre-experimental, mediante un programa de intervención educativa de enfermería dirigida a fortalecer los conocimientos de autocuidado en el embarazo. **Resultados:** En relación a la evaluación previa a la aplicación de la estrategia educativa (pre-test) se dedujo que las embarazadas contaban con un conocimiento inadecuado respecto al autocuidado del embarazo; ya que de acuerdo con el nivel de conocimiento el 26.7% obtuvo un conocimiento bueno, el 43.3% regular y 30.0 % se ubicó en malo. **Discusión:** Una vez aplicada la estrategia educativa, los resultados obtenidos a través del post-test evidenciaron que el nivel de conocimientos de autocuidado de las embarazadas se incrementó, mostrando un mejor

nivel, ya que solo el 6.7% se ubicó como regular y el 93.3. % se caracterizó por tener un conocimiento bueno. Lo que indica que fue favorable la intervención educativa de enfermería en el conocimiento sobre autocuidado de las embarazadas.

Conclusiones: Es de suma importancia resaltar la efectividad de la intervención educativa de enfermería utilizando el sistema de apoyo educativo como herramienta para fortalecer acciones de autocuidado en la gestante.

Palabras clave: Intervención educativa, nivel de conocimientos, autocuidado, embarazo.

ABSTRACT

In Mexico, maternal and child health remains as one of the major public health challenges. The problems related to pregnancy, childbirth and postpartum period represent a major cause of mortality among women of reproductive age, and are highly determined by the socioeconomic conditions and lack of knowledge.

Objective: to evaluate a nursing educational intervention at the level of self-care skills during pregnancy.

Methodology: Quantitative study of pre-experimental type, through a nursing educational

intervention aimed at strengthening the skills of self-care in pregnancy. **Results:** In relation to the previous assessment of the educational strategy (previous test) it was inferred that pregnant women had inadequate knowledge about the self-care of pregnancy, given that according to the level of knowledge 26.7% obtained a good knowledge, 43.3% regular and 30.0% was located in bad. **Discussion:** In relation to the preliminary evaluation of the nursing intervention. In relation to posterior test results, the level of knowledge of pregnant women increased from pretest to posttest, presenting a higher level of knowledge, since only 6.7% received regular knowledge and 93.3.% were characterized by having a good knowledge, which indicates that the nursing education program to self-care for pregnant women had influence on them. **Conclusions:** It's very important to highlight the effectiveness of nursing educational intervention using educational support system as a tool to strengthen self-care actions in pregnant women.

Key words: Educational intervention, level of knowledge, self-care, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que al año mueren más de 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo (1); la cuarta parte de la población enfrenta serios problemas de salud, como: embarazos no deseados, situación que conlleva a la falta del cuidado prenatal, ocasionando complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. (2)

Cada año a nivel mundial 536 000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo o el parto; el 99% de ellas ocurren en países en vías de desarrollo, los avances en la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas dependen en gran medida de la mejora al acceso de los

servicios de salud materna y reproductiva y la utilización de los mismos. (3)

En México la morbilidad y mortalidad perinatal continúan siendo uno de los grandes problemas de salud que afectan a la mujer en edad reproductiva; en el periodo de 1996–2000 se presentaron 533 muertes maternas por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, en el 2005 se registró una tasa de mortalidad materna por afecciones en la etapa perinatal del 6.2 a nivel nacional y en el estado de Nayarit ésta se incrementó considerablemente a 10.15 por 10,000 nacidos vivos (4)

En nuestro país cada año fallecen alrededor de 1400 mujeres por afecciones perinatales; el 70% de estas muertes ocurren en los estados del centro y sureste del país, registrando una tasa de 13.0 (4). Nayarit fue de 7.1. en el 2009 y de 5.0 en el 2010 por cada 10,000 nacidos vivos (5).

Existen factores de riesgo en la etapa del embarazo los cuales están estrechamente relacionados con los hábitos higiénicos y nutricionales, factores ambientales, omisión de la consulta prenatal y sobre todo la falta de información de las embarazadas acerca de su cuidado. Estos factores de riesgo se relacionan estrechamente con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo que dificulta el curso de éste y aumenta la morbilidad y mortalidad materna. (6).

Los datos anteriores muestran lo importante que es para la mujer que durante la gestación se le proporcionen cuidados adecuados para garantizar un embarazo saludable y parto libre de riesgos. Una estrategia que utiliza el profesional de enfermería para disminuir las complicaciones durante el embarazo es la educación para la salud, a través de actividades encaminadas a la vigilancia prenatal adecuada y fundamentalmente a la educación personalizada y específica, con la finalidad de prevenir y/o identificar

oportunamente los trastornos más frecuentes en el binomio madre-hijo; de suma importancia es el control prenatal como área de oportunidad para detectar factores de riesgo susceptibles de prevención y Control.

La educación y el autocuidado son estrategias sencillas que pueden influir sobre este problema, de tal forma que si la embarazada tiene mayor conocimiento de cómo cuidarse durante esta etapa, disminuirá los riesgos mediante la intervención de enfermería.

La contribución de enfermería en este ámbito, consiste en educar a la mujer embarazada y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud y proveer el cuidado de acuerdo a las necesidades de la usuaria mediante la aplicación de procedimientos de intervención y evaluación de los resultados.

El autocuidado, es la práctica de las actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. (7).

Es una actividad aprendida por los individuo orientados hacia un objetivo y durante el embarazo es fundamental, porque la práctica del mismo influye positivamente en el nivel de salud y la calidad de vida de la embarazada, al lograr que mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar de su propia salud y la de su hijo; fomentando su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario. (8)

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de

actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones.

Las acciones para el autocuidado de la salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia) en el cuidado de su propia salud (9)

Por otra parte la educación en todos sus ámbitos incluyendo la salud, es un proceso dinámico, permanente e inacabado de experiencias de aprendizaje intencionales o incidentales entre el individuo y su entorno biopsicosocial que ejerce influencia en su forma de pensar, sentir, actuar y lo convierte en un producto de su cultura, con la capacidad de reproducir o transformar el ambiente que lo rodea (10).

Así pues la educación para la salud es un proceso dinámico y permanente de acciones intencionadas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, conductas y hábitos de las personas; estimulan su participación activa, consciente y responsable para el autocuidado de su salud, familia y comunidad; permite capacitar a la población a través de procesos educativos para que se protejan de los riesgos que ponen en peligro su salud, para que desarrolle hábitos que mejoren sus condiciones de vida. (10)

Estudios de investigación que se han realizado, confirman que la educación contribuye de manera fundamental para disminuir las complicaciones durante el embarazo al observar mejores resultados en el neonato principalmente en los factores que son modificables a través de la educación, por lo que esta es una estrategia

fundamental para facilitar la práctica del autocuidado de la mujer embarazada en control prenatal, por lo anteriormente citado, el objetivo de la investigación es evaluar la intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado durante el embarazo.

METODOLOGÍA

Previo consentimiento informado se realizó un estudio prospectivo y de intervención (pre-experimental) sin grupo control a 30 embarazadas que acudieron a control prenatal en un Hospital de la Ciudad de Tepic, Nayarit. La estrategia estuvo estructurada en cuatro etapas:

- 1.- Primeramente se aplicó un pre-test para evaluar el nivel de conocimientos sobre autocuidado.
- 2.- Se desarrolló el programa de apoyo educativo de enfermería mediante pláticas, entrega de un manual y trípticos informativos, se utilizó el método activo participativo y de realimentación sobre la importancia de los cuidados durante el embarazo, alimentación, vestimenta, higiene personal, señales de alarma, cuidados de la piel, relajación, reposo, ejercicios, complicaciones durante el embarazo, lactancia materna, métodos anticonceptivos, toxicomanías entre otros temas.
- 3.- Se realizaron técnicas de: relajación, ejercicios, clasificación de alimentos (plato de buen comer), lactancia materna y cuidados de la piel con devolución de técnicas.
- 4.- Aplicación del pos test para evaluar los cambios en el nivel de conocimientos del embarazo y cuidados del mismo.

Se aplicó un pre test y pos test con una guía de valoración de datos básicos de la embara-

zada, y requisitos de autocuidado universales, integrado por 38 reactivos de carácter mixto (si, no) y 4 preguntas cerradas. Cada respuesta se codificó con valor 1 si la respuesta era (si) y 0 si la respuesta era (no), obteniéndose un valor mínimo de (0) y un valor máximo de (38); para valorar los resultados se consideraron tres niveles de conocimientos: bueno para valores mayores de 25 puntos, regular para quienes se ubicaron entre 15 a 24 y malo para menores de 14 puntos.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 15.0, con el cual se realizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas y estadística inferencial: t de Student para comparación de medias y ji-cuadrada para variables nominales; se adoptó un valor de significancia estadística de $p < 0.05$ y una confiabilidad del 95%

RESULTADOS

La edad de las embarazadas fluctúa entre los 16 a 39 años; de 16 a 21 se ubica el 50 %, de 22 a 27 el 30%, de 28 a 33 con el 16.7% y de 34 a 39 se presenta un 3.3 %. Referente al estado civil se clasificó en casadas que representan un 50%, en unión libre 26.7%, dentro del rubro de madres solteras se ubicó el 23.3%. La escolaridad de las embarazadas fue: de nivel primaria a profesional, de nivel básico primaria se ubicó el 3.3%, con secundaria el 40.0%, de bachillerato el 23.3%, y con nivel licenciatura 33.3%. Respecto a la ocupación se encontró que el 70% se dedican al hogar, el 16.7 % estudian y sólo el 13.3% son empleadas. Con relación a la vivienda, el mayor porcentaje 36.6% cuentan con casa propia, 30.0% viven con familiares, 20% rentan y el 13.3 %, viven en casa prestada.

A través del pre-test de acuerdo a las preguntas realizadas antes de la aplicación de la intervención educativa, se observó que el nivel de conocimiento que tenían las embarazadas con respecto al autocuidado presentaba una media de 19.53, con una desviación estándar de 6.37

con un mínimo de 7 aciertos y un máximo de 30. La calificación pre-test fue de 19.53 ± 6.37 con un rango de 7 a 30. Lo que muestra que el 30.0% contaban con un conocimiento malo o nulo, el 43.3% con un conocimiento regular, y solo el 26.7% restante con un conocimiento bueno.

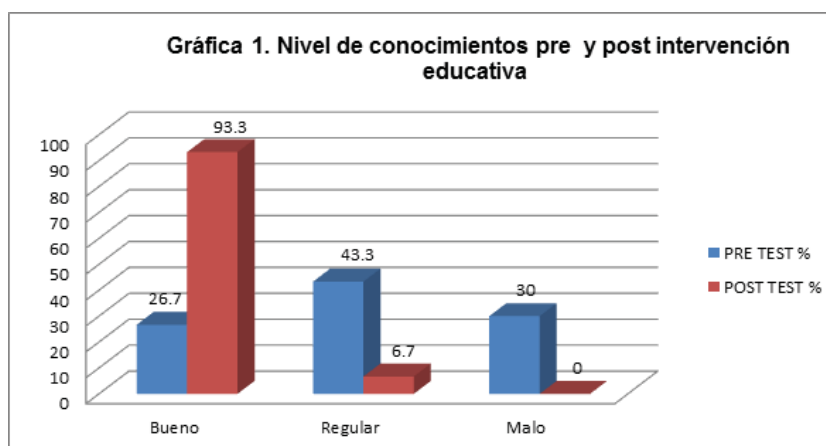
En relación con el nivel de conocimientos que tuvieron posterior a la estrategia educativa

(post-test) se observó una media de 28.77 y una desviación de 3.00 con un mínimo de 20 aciertos y un máximo de 33, de los cuales 2 que corresponden al 6.7% se ubican con un conocimiento regular, y 28 que pertenece al 93.3% con un conocimiento bueno. La calificación post-test fue de 28.77 ± 3.00 con un rango de 20 a 33 ($p < 0.0001$).

Cuadro1. Nivel de conocimientos pre y post intervención educativa

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRE TEST		POST TEST	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	8	26.7	28	93.3
Regular	13	43.3	2	6.7
Malo	9	30.0	0	0

Fuente: Cuestionario



Fuente: Cuestionarios

Cuadro 2. Resultados obtenidos del cuestionario para medir nivel de conocimientos en las embarazadas. (Pre-test)

No.	PREGUNTAS	Correcto	Incorrecto
		%	%
1	¿Sabe que hacer en caso de tener problemas para respirar?	40.00	60.00
2	¿Realiza caminatas al aire libre?	43.33	56.67
3	¿Habita lugares contaminados?	26.67	73.33
4	¿Frecuenta lugares concurridos?	36.67	63.33

No.	PREGUNTAS	Correcto	Incorrecto
		%	%
5	¿Sabe la cantidad de agua que debe tomar diariamente una embarazada?	36.67	63.33
6	¿El agua que consume para beber es purificada?	96.67	3.33
7	¿Conoce los grupos básicos de alimentos?	23.33	76.67
8	¿Sabe cómo debe ser su alimentación?	30.00	70.00
9	¿Sabe qué alimentos debe consumir más y evitar durante el embarazo?	16.67	83.33
10	¿Ha tenido que cambiar su alimentación a causa del embarazo?	36.67	63.33
11	¿Sabe cuántos kilos debe aumentar durante su embarazo?	36.67	63.33
12	¿Sabe con qué frecuencia debe orinar durante el día una embarazada?	16.67	83.33
13	¿Sabe con qué frecuencia debe evacuar durante el día una embarazada?	36.67	63.33
14	¿Sabe qué hacer en caso de estreñimiento?	33.33	66.67
15	¿Conoce cuáles son los ejercicios que debe realizar durante su embarazo?	6.67	93.33
16	¿Realiza algún tipo de ejercicio de acuerdo a su embarazo?	13.33	86.67
17	¿Conoce las contraindicaciones para realizar ejercicio durante su embarazo?	16.67	83.33
18	¿Acostumbra descansar durante el día?	46.67	53.33
19	¿Sabe cuántas horas debe dormir en la noche una embarazada?	43.33	56.67
20	¿Conoce las medidas higiénicas durante el embarazo?	46.67	53.33
21	¿Se baña diario?	93.33	6.67
22	¿Se cepilla los dientes?	93.33	6.67
23	¿Conoce cómo debe usar su ropa durante el embarazo?	76.67	23.33
24	¿Sabe cómo debe usar su calzado durante el embarazo?	70.00	30.00
25	¿Sabe cómo cuidarse su piel durante el embarazo?	13.33	86.67
26	¿Sabe cómo cuidarse sus senos durante el embarazo?	20.00	80.00
27	¿Sabe qué hacer en caso de náuseas durante el embarazo?	26.67	73.33
28	¿Evitar fumar durante el embarazo?	36.67	63.33
29	¿Evita consumir bebidas alcohólicas?	80.00	20.00
30	¿Consume algún tipo de drogas o medicamentos?	10.00	90.00
31	¿Conoce la técnica de Relajación durante el embarazo?	23.33	76.67
32	¿Se siente contenta con su embarazo?	83.33	16.67
33	¿Sabe cuándo debe evitar las relaciones sexuales durante su embarazo?	20.00	80.00
34	¿Conoce las señales de alarma en el embarazo?	23.33	76.67
35	¿Conoce las complicaciones en el embarazo?	26.67	73.33
36	¿Conoce las ventajas de la lactancia materna?	33.33	66.67
37	¿Conoce los métodos anticonceptivos?	30.00	70.00
38	¿Conoce las ventajas y desventajas métodos anticonceptivos?	20.00	80.00

Fuente: cuestionario

Cuadro No. 3: Resultados obtenidos del cuestionario para medir nivel de conocimientos en las embarazadas. (Post-test)

No.	PREGUNTAS	Correcto	Incorrecto
		%	%
1	¿Sabe que hacer en caso de tener problemas para respirar?	80.00	20.00
2	¿Realiza caminatas al aire libre?	80.00	20.00
3	¿Habita lugares contaminados?	6.67	93.33
4	¿Frecuenta lugares concurridos?	13.33	86.67
5	¿Sabe la cantidad de agua que debe tomar diariamente una embarazada?	96.67	3.33
6	¿El agua que consume para beber es purificada?	100.00	0.00
7	¿Conoce los grupos básicos de alimentos?	90.00	10.00
8	¿Sabe cómo debe ser su alimentación?	96.67	3.33
9	¿Sabe qué alimentos debe consumir más y evitar durante el embarazo?	93.33	6.67
10	¿Ha tenido que cambiar su alimentación a causa del embarazo?	76.67	23.33
11	¿Sabe cuántos kilos debe aumentar durante su embarazo?	86.67	13.33
12	¿Sabe con qué frecuencia debe orinar durante el día una embarazada?	80.00	20.00
13	¿Sabe con qué frecuencia debe evacuar durante el día una embarazada?	80.00	20.00
14	¿Sabe qué hacer en caso de estreñimiento?	90.00	10.00
15	¿Conoce cuáles son los ejercicios que debe realizar durante su embarazo?	86.67	13.33
16	¿Realiza algún tipo de ejercicio de acuerdo a su embarazo?	73.33	26.67
17	¿Conoce las contraindicaciones para realizar ejercicio durante su embarazo?	83.33	16.67
18	¿Acostumbra descansar durante el día?	86.67	13.33
19	¿Sabe cuántas horas debe dormir en la noche una embarazada?	93.33	6.67
20	¿Conoce las medidas higiénicas durante el embarazo?	93.33	6.67
21	¿Se baña diario?	100.00	0.00
22	¿Se cepilla los dientes?	100.00	0.00
23	¿Conoce cómo debe usar su ropa durante el embarazo?	100.00	0.00
24	¿Sabe cómo debe usar su calzado durante el embarazo?	96.67	3.33
25	¿Sabe cómo cuidarse su piel durante el embarazo?	80.00	20.00
26	¿Sabe cómo cuidarse sus senos durante el embarazo?	70.00	30.00
27	¿Sabe qué hacer en caso de náuseas durante el embarazo?	83.33	16.67
28	¿Evitar fumar durante el embarazo?	96.67	3.33
29	¿Evita consumir bebidas alcohólicas?	100.00	0.00
30	¿Evita consumir algún tipo de drogas o medicamentos?	0.00	100.0
31	¿Conoce la técnica de Relajación durante el embarazo?	76.67	23.33
32	¿Se siente contenta con su embarazo?	100.00	0.00
33	¿Sabe cuándo debe evitar las relaciones sexuales durante su embarazo?	90.00	10.00
34	¿Conoce las señales de alarma en el embarazo?	96.67	3.33
35	¿Conoce las complicaciones en el embarazo?	93.33	6.67
36	¿Conoce las ventajas de la lactancia materna?	96.67	3.33
37	¿Conoce los métodos anticonceptivos?	90.00	10.00
38	¿Conoce las ventajas y desventajas métodos anticonceptivos?	76.00	24.00

Fuente: cuestionario

La prueba t de Student y la de Ji –cuadrada (χ^2) realizada, arrojó un valor de 20.000 que comparado en el valor crítico de las tablas que es de 3.84 al 0.05 de significancia se puede observar que es altamente significativo ($p < 0.0001$) lo que demuestra la efectividad de la estrategia educativa implementada en las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal.

DISCUSIÓN.

La mujer durante la etapa del embarazo, parto y puerperio; el apoyo es básico para el cuidado de la salud, tanto para ella como para su futuro hijo. Tomando en cuenta que el autocuidado; conlleva la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismo y de otros el aprendizaje del autocuidado y de mantenimiento continuado, son funciones humanas que implican acciones intencionadas (11).

En lo referente a los rubros de edad y estado civil, las embarazadas se ubicaban en la etapa de la adolescencia y se encuentran en unión libre y/o madres solteras, con relación a la ocupación se encontró que el mayor porcentaje se dedican a labores propias del hogar, factor importante que influye en sus condiciones de vida y de salud de las mujeres como sus hijos que viven en condiciones de inseguridad médica, social, jurídica y económica. Estos resultados son similares a los encontrados por M. Pastor y cols. (11). En donde los datos de ambas variables fueron semejantes encontrando mayor porcentaje de adolescentes embarazadas y la mayoría de ellas se dedicaban al hogar.

De acuerdo con los resultados obtenidos a través del cuestionario para medir el nivel de conocimientos que tenían las embarazadas en el pre-test reflejó un mayor porcentaje de regular a malo. Es importante señalar que la información que tenían las embarazadas se centraba básicamente en aspectos generales acerca de la higiene personal, algunos métodos anticonceptivos, pero ignoraban las ventajas y desventajas

de los mismos y conocían a grandes rasgos las repercusiones de las adicciones para la salud durante esta etapa; lo anterior permitió deducir que a pesar del conocimiento que tenían, no existían los elementos necesarios para evitar las posibles complicaciones que se presentan cuando existen factores de riesgo durante el embarazo, ya que desconocían aspectos importantes como: una equilibrada nutrición, peso adecuado, relajación, las señales de alarma, entre otros que son fundamentales para lograr un embarazo saludable.

De manera general los resultados encontrados fueron: que no contaban con los conocimientos mínimos necesarios para llevar a cabo el autocuidado en el embarazo, lo que demuestra que no habían recibido ningún tipo de educación, los datos son similares en algunos aspectos a los encontrados en el estudio realizado por Carmona y cols. (12). En donde las participantes manifestaron un nivel de conocimientos de medio y bajo, la información que manifestaron fue: nutrición materna, higiene personal y métodos de planificación familiar. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado por Serrano Silva, E. y Meneses Peña, T. (13) en donde existe deficiencias en el conocimiento acerca de una nutrición equilibrada ingiriendo alimentos ricos en cantidad y pobres en calidad nutricional, desconocimientos es la inapropiada vestimenta que utilizan diariamente las madres gestantes.

Los resultados obtenidos en la presente investigación referente al nivel de conocimientos de las embarazadas reflejaron incremento del pre-test al post-test; Las respuestas que se incrementaron significativamente fueron en relación a identificar las señales de alarma, las complicaciones en el embarazo, los métodos anticonceptivos, ventajas de la lactancia materna, así como las técnicas de relajación, ejercicios que se deben de realizar durante el embarazo, aspectos relacionados con la nutrición, importancia de acudir al control prenatal desde el inicio de su embarazo entre otros.

Con base en lo anterior se deduce que las embarazadas no tenían información sobre la importancia de practicar el autocuidado durante esta etapa, lo que refleja que a muchas de ellas les falta motivación para acudir a control prenatal y sobre todo que se comprometan a cuidar de su salud, así mismo estarse capacitando para llevar a cabo su autocuidado.

CONCLUSIONES

- Es fundamental que se otorgue educación acerca del autocuidado en las embarazadas, a través del apoyo y guía que le proporcione el personal de enfermería para lograr cambios de actitud y comportamientos que promuevan y conserven un óptimo estado de salud tanto de la gestante como en el bebé.
- Es de suma importancia resaltar la efectividad de la intervención de enfermería utilizando el sistema de apoyo educativo como herramienta para fortalecer acciones de autocuidado en la gestante.
- El aspecto educativo es responsabilidad del personal de enfermería, es una de las actividades que juega un papel importante en la disminución de los factores de riesgo, sobre todo aquellos que son modificables a través de la educación.
- Los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis; por lo que la estrategia educativa de enfermería es determinante para lograr cambios significativos en el nivel de conocimientos de autocuidado en el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burroughs Arlene, Med. RN Enfermería Materno Infantil de Bleir 7ª Ed. Editorial McGraw Hill 2006.
2. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud pública de México 2005.
3. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2009. Isbn 978 92 4 356381 7 (Clasificación nlm: wa 900.1)
4. Consejo Nacional de Población. (CONAPO) Programa Nacional de Planificación Familiar 2006-2012. México, D.F. 2006
5. Secretaria de Salud en Nayarit (SSN) estadísticas de mortalidad materna 2001–2010 programa de arranque pareja en la vida octubre 2011
6. Langer A, Tolbert. A. La salud reproductiva de la mujer en México: una agenda para la investigación y la acción. México, D.F. 2006, pag. 38 y 54.
7. Orem, Dorotea E. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Savannag, ga. Ed. Científicas y técnicas, S.A. Barcelona, España 1986.
8. Mariner, A. 2005. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona. Ediciones Rol. S.A.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA 2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Recuperado en el mes de junio del 2012
10. OPS/OMS. Colombia 2009 ¿Qué hacer para una maternidad responsable?
11. M. Pastor y cols. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. CESAMO, Depto. El Paraíso, Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras Rev. Fac. Cienc. Méd. • Julio - Diciembre 2006 .
12. Carmona Mariana Hurtado y Cols. Propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal del Hospital Distrital Bejuma, Estado Carabobo, año 2007
13. Serrano Silva, E. y Meneses Peña, T. Autocuidado en mujeres embarazadas en el subcentro de salud "los vergeles" Universidad Estatal de Milagro Agosto. 2012
<http://hdl.handle.net/123456789/9>

AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES DESDE UNA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

MCE. Nohemi Selene Alarcón Luna, Dra. Ma. Mercedes Rizo Baeza, Dr. Ernesto Cortés Castell, Dr. Francisco Cadena Santos.

*Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas
Pino Suarez y Aldama S/N, Sector Centro, CP88000. Tel. Fax. (867) 712-80-92*

salarcon@uat.edu.mx y salarcon69@hotmail.com

Resumen

Introducción: Dorothea Orem define el autocuidado como una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Objetivo: identificar si la perspectiva que el paciente tiene de la diabetes después de participar en una intervención educativa influye en la implementación de las recomendaciones de la agencia de autocuidado y la adherencia terapéutica.

Metodología: estudio de tipo descriptivo, cuasiexperimental con triangulación metodológica. Muestra de 200 pacientes, distribuidos en dos grupos: intervención y control. Intervención educativa de 12 sesiones y grupos focales para entrevistas. Resultados: datos sociodemográficos homogéneos en ambos grupos. Índice de autocuidado y apego al tratamiento sin diferencias significativas inicialmente. Medias y medianas más altas en el grupo de intervención en la agencia de autocuidado y apego al tratamiento posterior a la intervención. Discusión: ambos grupos fueron semejantes en las variables estudiadas. En el grupo de intervención el modelo de la intervención de enfermería presentó resultados significativos en el autocuidado y la adhesión

terapéutica, mostrando diferencias significativas sobre el grupo control.

Conclusiones: en relación al Autocuidado de la diabetes, durante las entrevistas a los pacientes posteriores a recibir la intervención educativa modificaron su actuación para conservar su bienestar. Los pacientes entrevistados manifestaron un aumento en la responsabilidad en salud y se generó nuevo conocimiento en la nutrición, lo que se reflejó en el cambio de actitud ante la ingesta de los medicamentos.

Palabras clave: autocuidado, adherencia terapéutica, diabetes.

SELF-CARE AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN DIABETES FROM THE PATIENT PERSPECTIVE

Abstract

Introduction: Dorothea Orem defines Self-care as a regulatory function of man that people must deliberately carry on by themselves or had should carried out to maintain his life, health, development and well-being. Objective: Identify if the perceived perspective that the patient has about diabetes after the participation on an educational intervention

influences on the recommendations implementation of the self-care agency and the therapeutic adherence. Methodology: descriptive study, quasi-experimental with methodological triangulation. Sample of 200 patients, distributed in 2 groups: intervention and control. Educational intervention of 12 weeks length and focal groups for interviews. Results: homogeneous sociodemographic data in both groups. Self-care index and adherence to treatment without significant differences initially. Higher means and medians in the intervention group in the agency of self-care and adherence to treatment after the intervention. Discussion: both groups were similar in the studied variables. In the intervention group the model of the nursing intervention showed significant outcomes on the self-care and the therapeutic adherence, showing significant differences over the control group.

Conclusions: In relation to self-care of diabetes, during the interview with the patients after receiving the educational intervention changed their performance to keep their well-being. The interviewed patients showed a raise in the health responsibility and new knowledge was generated in the nutrition, which reflected in the attitude changing at the drugs intake.

Key words: Self-care, therapeutic adherence, diabetes.

AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES DESDE UNA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 se ha convertido en uno de los más graves problemas sanitarios en nuestro país¹. En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100,000 habitantes. Diez años después pasó a ocupar el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general.

Desde el 2003 es la tercera causa de mortalidad general y la primera en los grupos de 45 a 65 años de edad. De acuerdo con lo reportado por la Secretaría de Salud, el 10.75% de personas de 20 a 69 años, tiene algún tipo de DM, lo que equivale a una población de más de 5 millones y medio de personas con la enfermedad, de los cuales el 65% son mujeres y 35% hombres. Cada hora, la diabetes mellitus provoca la muerte de cinco personas en México^{2,3}.

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen que realizar un laborioso autocuidado, que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, y la modificación de hábitos higiénicos y el ejercicio físico. Se ha identificado que con un buen manejo de la enfermedad, muchas de las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir o retrasar⁴.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, entendiéndose como un comportamiento humano que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, entre los cuales se mencionan: los relacionados con la interacción del paciente y profesional de salud, el régimen terapéutico en sí mismo, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente, aspectos demográficos (la edad, sexo, grupo étnico, posición socioeconómica y nivel de estudios) entre otros.

La Organización Mundial de la Salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones, en contraparte Haynes y Sackett la definen como “la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios”, siendo por tanto, la no adherencia el grado en que no se realizan estas indicaciones⁵.

Existen estudios que sugieren que se deben de implementar estrategias para mejorar la diabetes mellitus tipo 2 mediante intervenciones educativas. Así, en Cuba se han realizado intervenciones educativas en pacientes diabéticos, encontrando que después de la intervención el 100% de los pacientes elevaron su grado de conocimientos. Los universitarios, los pacientes jóvenes y los que se tratan con insulina fueron los que tuvieron mayor número de respuestas correctas después de la intervención educativa⁶.

En Canadá se encontró que los factores sociales y ambientales eran importantes, pero la comorbilidad tiene un mayor impacto en esta relación. En este rubro se encuentra la depresión y los problemas a nivel de órganos específicos como el corazón, ojos, riñón etc.^{7,8}. Por otro lado en Chile se ha investigado la eficacia de una intervención que incluye la educación del paciente y la auto-monitorización de la glicemia en pacientes con diabetes tipo 1 y 2, encontrando que en el grupo de intervención el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas aumentó del 57.5% al principio del estudio al 82.5% al final del mismo; en el grupo control el cambio registrado no fue significativo, concluyendo que el control metabólico se debió principalmente al impacto educativo sobre la dieta⁹.

Otros autores han evaluado la relación entre la adherencia o apego al tratamiento y la mortalidad, encontrando que una buena adherencia al tratamiento se asocia a un positivo desarrollo de la salud y a una disminución de la mortalidad, incluso en los pacientes que tomaron placebo¹⁰.

Se ha encontrado que con un buen manejo de la enfermedad, muchas de las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir o retrasar. Está claro que el tratamiento de la DM está en manos del propio paciente¹¹.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para llevar el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, con el objetivo de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a mejorar su calidad de vida, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad¹².

El marco teórico conceptual que guiará el presente estudio está constituido por el Modelo de déficit de autocuidado de Orem¹³, del cual se tomaron algunos de los conceptos, como son el autocuidado y el déficit de autocuidado. Además se abordó el concepto de diabetes mellitus y adherencia al tratamiento. Dorothea Orem define el autocuidado como una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

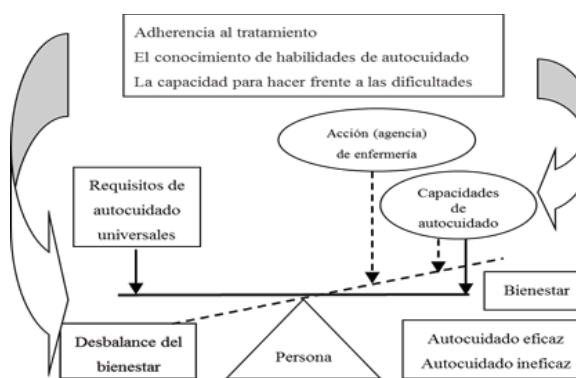


Figura 1. Ubicación del problema al Modelo de Autocuidado

En la figura 1 se muestra como está representada la persona sana o con un adecuado autocuidado, en una delicada balanza, capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal, con las capacidades de autocuidado que ha adquirido a lo largo de la vida, y que

lleva a mantener un autocuidado eficaz que se traduce en un nivel óptimo de bienestar. Cuando estas capacidades no logran mantener el delicado equilibrio comienza a ser necesaria la acción de enfermería a fin de restablecer el equilibrio, encontrándose así en una situación de autocuidado ineficaz que requiere la acción de agentes de salud que ayuden a restablecer el bienestar de los pacientes con diabetes mellitus. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la adherencia al tratamiento, el conocimiento de habilidades de autocuidado y la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentre a lo largo de su vida¹⁴.

En la frontera con Estados Unidos la prevalencia de este trastorno es de un 15%. Un dato interesante es que en personas de 40 a 59 años, una de cada cuatro muertes se debe a la diabetes mellitus en México¹⁵.

El supuesto que sustenta esta intervención es que si la persona conoce todo acerca de su enfermedad y de cómo cuidarse, es capaz de seguir las indicaciones de las clínicas para su atención y control de la diabetes.

Objetivo:

Identificar si la perspectiva que el paciente tiene de la diabetes después de participar en una intervención educativa influye en la implementación de las recomendaciones de la agencia de autocuidado y la adherencia terapéutica.

Metodología

El estudio se estructuró en dos fases: primero de tipo descriptivo, con un diseño cuasi-experimental, los resultados obtenidos se utilizaron como base para una triangulación metodológica. En la segunda fase se efectuó una exploración cualitativa, que intenta capturar el fenómeno de manera holística, comprenderlo dentro de su contexto y enfatizar la inmersión

y comprensión del significado humano adscrito a un grupo de circunstancias o fenómenos. Se apoya en la etnografía que conforme a Lipson¹⁶ "describe y explica las regularidades y variaciones del comportamiento social". La muestra estuvo conformada por 200 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 de un centro comunitario de salud de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, ciudad fronteriza situada al Noroeste de México; distribuidos en un grupo experimental de 100 integrantes que recibieron la intervención educativa y un grupo control de 100 personas, ambos grupos extraídos de los pacientes del mismo centro comunitario. Para la recolección de datos se utilizó una cédula de datos personales (CDP) y dos instrumentos: 1) la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA, desarrollada por Evers¹⁷ y 2) el cuestionario el Cuestionario de Morisky-Green¹⁸ sobre Apego al Tratamiento para Diabetes (ATD). Para la exploración cualitativa se elaboró una entrevista semiestructurada con las variables relacionadas con el estudio, con la finalidad de indagar o confirmar el cumplimiento del objetivo planteado en el estudio.

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹⁹. En base al artículo 14 fracción VII, VIII y el Artículo 22, Fracción II; además del dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UAT. El programa de educación para el grupo de intervención o experimental se estructuró en doce sesiones distribuidas de forma semanal, cada una de 50 a 60 minutos de duración en un período aproximado de tres meses, estableciendo una calendarización, se midió al inicio y al final de la intervención. Al grupo control mes y medio no se le aplicó ningún programa educativo. La exploración cualitativa se hizo solamente con los pacientes participantes en el estudio que recibieron la intervención educativa,

se formaron 4 grupos focales de 8 integrantes cada uno, se realizaron las entrevistas hasta llegar a la saturación de la información.

Los datos obtenidos se han procesado a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, 2000) versión 18.0. La consistencia interna de los instrumentos se determinó por medio del coeficiente de Alpha de Cronbach. Para el análisis de las entrevistas se realizó la lectura de las transcripciones y se realizó el análisis de contenido categorizando los códigos en cada una de las variables del estudio. Las entrevistas grupales fueron grabadas y transcritas literalmente, se utilizó una grabadora digital portátil y material de apoyo para anotaciones de las reflexiones e impresiones al final de cada entrevista. El

investigador precisa ejercitar su creatividad y sensibilidad, para penetrar y darles un significado a los acontecimientos que muestran los datos²⁰.

Resultados

En la población estudiada se observó que en ambos grupos el 50% fueron mujeres y hombres, además el 57% en el grupo experimental y control eran casados y el 45% de ambos grupos tenían un nivel socioeconómico medio, además el 37% de ambos grupos contaban con estudios de primaria y el 54% del grupo experimental y el 55% del grupo control no contaban con un salario fijo; las distribuciones de los datos sociodemográficos mostrando proporciones semejantes y sin diferencias significativas en ambos grupos de estudio.

Tabla 1. Medias y Mnd de las variables continuas por grupo (intervención y control) antes de la intervención.

Variables	Grupo Intervención		Grupo Control		U	Valor de p
	$\bar{X}$	Mnd	$\bar{X}$	Mdn		
Edad (años)	47.1	48.0	46.5	46.0	4904.00	.814
Peso (kg)	67.6	66.0	66.7	67.5	4899.00	.806
Estatura (m)	1.62	1.62	1.61	1.62	4716.00	.487
IMC	25.6	24.9	25.6	25.3	4956.00	.914
Índice de escala valoración de agencia de autocuidado	69.3	70.8	68.3	69.7	4761.00	.560
Índice de apego al tratamiento para diabetes	55.0	50.0	49.2	50.0	4536.50	.247

Fuente: CDP, ASA, ID39, ATD y CMIE

n=200

En la tabla 1 se observa que la media de edad en el grupo intervención y control fue de 47.1 y 46.5 años respectivamente, no presentando diferencias significativas respecto a la edad entre los

dos grupos. La media de peso fue de 67.7 kg y 66,7 kg, la estatura promedio de los pacientes del grupo intervención y control fue de 1.62 m y 1.61 m respectivamente y el índice de masa corporal

(IMC) calculado a partir de estas variables fue en ambos grupos de 25,6 kg/². No encontrándose diferencias entre ninguna de dichas variables entre los dos grupos. En el índice de escala valoración de agencia de autocuidado la media fue de 69.3 y 68.3 respectivamente, sin diferencias

iniciales entre los dos grupos. El índice de apego al tratamiento para diabetes obtuvo una media de 55.0 y 49.2, respectivamente, no encontrándose diferencias significativas.

Tabla 2. Apego al tratamiento por grupo antes de la intervención.

Variables	Grupo Intervención		Grupo Control		χ^2	Valor de p
	f	%	f	%		
Si	18	18.0	17	17.0	.035	1.000
No	82	82.0	83	83.0		

Fuente: ATD

n=200

En la tabla 2 se puede observar que el 82% y 83% de los integrantes del grupo intervención y grupo control no contaban con apego al tratamiento frente a un 18% y 17% respectivamente

que si contaban con apego al tratamiento, no siendo dicha distribución diferente significativamente.

Tabla 3. Prueba U Mann-Whitney para valoración de agencia de autocuidado por grupo intervención y grupo control, pos prueba.

Variables	Grupo Intervención		Grupo Control		U	P
	$\bar{X}$	Mnd	$\bar{X}$	Mdn		
Índice de valoración de agencia de autocuidado	77.0	75.0	61.9	61.4	1181.00	.000

Fuente: ASA

n=200

En la tabla 3 se muestra que existen diferencias significativas del grupo intervención y el grupo control en relación con la valoración de

agencia de autocuidado ($p = .000$), mostrando la media y mediana más alta en el grupo de intervención.

Tabla 4. Prueba U Mann-Whitney para Apego al tratamiento para diabetes por grupo intervención y grupo control, pos prueba.

Variables	Grupo Intervención		Grupo Control		U	p
	$\bar{X}$	Mnd	$\bar{X}$	Mdn		
Índice de apego al tratamiento para diabetes	77.0	75.0	44.7	50.0	2222.00	.000

Fuente: ATD

n=200

En la tabla 4 se muestra que existen diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en relación con el apego al tratamiento para la diabetes ($p = .000$), mostrando la media y mediana más alta en el grupo intervención.

Resultados cualitativos de los grupos focales

A continuación en la tabla 5 se hace una descripción de las categorías identificadas en los grupos focales.

Tabla 5. Categorización de los códigos del análisis cualitativo.

CATEGORÍA: AUTOCUIDADO	CODIGOS VIVOS
-Aumento de la responsabilidad de su autocuidado.	"Yo pienso que ahora a estas alturas las pláticas me sirven mucho... soy bien testaruda y no hacía nada, pero sí hago caso..."
-Interés por la prevención del desarrollo de infecciones agregadas.	"Las infecciones tiene uno que estar muy al pendiente y cuidándose sobre todo en la dieta para no sobrepasarme más de lo que debe comer uno"
-Adquisición de nuevo conocimiento para el autocuidado.	"ahora sabemos cómo chearnos los pies y cuidarnos mejor con las dietas"
-Cambio de actitudes en la nutrición y la actividad física.	"en la noche comía bastante y me acostaba a dormir, a veces me malpasaba y ahora ya sé que uno no debe de hacer eso, porque eso es lo que le perjudica a uno"
	"yo aunque me siento un poco débil trato de caminar un poco, pero me mantengo activa durante el día"
-Aumentó la responsabilidad del apego al tratamiento.	"Yo ahora me checo más frecuente el azúcar y me pincho los dedos y como mi hija me consiguió las tiritas, ya de ahí, y también como padezco de corazón y presión alta también tengo para checar"
-Aplicación del nuevo conocimiento en nutrición en el apego al tratamiento.	"ya me acostumbre a ella, si sigo la dieta y hago ejercicio pues mantengo la glucosa baja, claro que si me chiflo comiendo cosas que no debo pues me sube"
	"yo también ya estoy acostumbrada pero llevo un control, este comiendo verduras, caminando, haciendo ejercicio"
	"Antes mi papá no se quería checar el azúcar, pero el azúcar hay que checársela cada tercer día o una vez por semana, pero ahora si está al pendiente de su saludo..."
-Cambio de actitud ante la ingesta del medicamento.	"me he sentido mal, pues he pensado en considerar que debo de tomar las pastillas, yo no me las quería tomar pero creo que ahora si voy a tener que entrarle porque me está dañando mucho esto"

Discusión

El presente estudio permitió verificar el impacto de una intervención educativa de enfermería en las variables autocuidado y apego al tratamiento, estudiado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en un centro comunitario de una ciudad fronteriza situada al

noreste de México. La medición previa al estudio de las variables a estudiar en los pacientes mostraron medias muy similares, por lo que ambos grupos son muy semejantes en todas las variables estudiadas.

El modelo de la intervención educativa de enfermería en su totalidad presenta resultados significativos en la agencia del autocuidado, lo que representa que tuvo impacto en la mejora del autocuidado de los pacientes diabéticos, así mismo los pacientes expresaron al entrevistarlos: “ahora sabemos cómo checarnos los pies y cuidarnos mejor con las dietas”, “en la noche comía bastante y me acostaba a dormir, a veces me malpasaba y ahora ya sé que uno no debe de hacer eso, porque eso es lo que le perjudica a uno”. Esto coincide con lo reportado por investigadores^{21,22,23}, quienes mencionan como grupos de diabéticos que han recibido una intervención educativa incrementan su nivel de autocuidado, presentando diferencia significativa en la capacidad de autocuidado en los resultados de preprueba sin intervención y la posprueba después de la intervención de enfermería; por lo que una intervención de enfermería aporta cambios significativos en el fortalecimiento del concepto de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes.

En base al efecto significativo identificado en la intervención educativa de enfermería en la variable de apego al tratamiento de diabetes, muestra que la intervención tuvo impacto en los pacientes aumentando la adhesión terapéutica; en el mismo sentido los pacientes expresaron: “yo no me las quería tomar pero creo que ahora si voy a tener que entrarle porque me está dañando mucho esto”, “yo ahora me checo más frecuente el azúcar y me pincho los dedos”. Coincidiendo con lo reportado por Pérez-Cuevas et al²⁴, en su estudio atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos, en donde mencionan que los pacientes que acudieron a la intervención incrementaron su adherencia al tratamiento por lo que la información fue una estrategia útil en esta mejora de adherencia, observando disminución en el porcentaje de los pacientes que olvidaban tomar su medicamento o que lo dejaban al sentirse bien y posterior a la intervención se incrementó el número de pacientes que toman su medicamento como se les indica.

Conclusiones

Los 200 pacientes diabéticos que intervinieron en el presente estudio se dividieron en dos grupos: uno de control y uno de intervención. Los dos grupos de pacientes mostraron comportamiento homogéneo en relación al sexo, nivel socioeconómico, estado civil, ingreso económico semanal y la escolaridad, además de las variables continuas como la edad, el peso, la estatura y el índice de masa corporal.

Posterior al desarrollo de la intervención educativa de enfermería, el grupo de intervención mostró una media de apego al tratamiento más alta con una diferencia significativa de $p=.000$ sobre el grupo control, así como en la propia evolución del grupo intervenido (preintervención vs postintervención).

Posterior a la intervención educativa de enfermería, en el índice de autocuidado y el conocimiento de la enfermedad, el grupo de intervención mostro un aumento significativo en relación al grupo control y a sus propios valores antes de la intervención.

En relación al Autocuidado de la diabetes, durante las entrevistas a los pacientes posteriores a recibir la intervención educativa modificaron su actuación para conservar su bienestar.

Los pacientes entrevistados manifestaron un aumento en la responsabilidad en salud y se generó nuevo conocimiento en la nutrición, lo que se reflejó en el cambio de actitud ante la ingesta de los medicamentos.

Se pueden mejorar todos los parámetros, tanto cuantitativamente como cualitativamente, relativos al estado de salud con una actuación educativa de enfermería en pacientes crónicos, como los afectados por diabetes mellitus tipo 2.

Referencias bibliográficas

1. Valdés S, Rojo MG, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(9):352-355.
2. Monroy VO, Rosas PM, Lara EA, Pastelón HG et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México. *Arch Card Mex*. 2003; 73(1): 62-77
3. Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2010).
4. Vicente-Sánchez BM, Zerquera, TG, Rivas AE, Muñoz CJ, Gutierrez QY, Castañeda AE. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *MediSur*. 2010; vol. 8, núm. 6, pp. 21-27.
5. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care* Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
6. Oller-Gómez J, Agramonte-Martínez M. Programa de educación del diabético. Evaluación de su efecto. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002; 18(4).
7. Maddigan SL, Feny DH, Majumdar SR, Farris KB, Johnson JA. Understanding the determinants of health for people with type 2 diabetes. *American Journal of Public Health*. 2006, 96(9): 1649-1655.
8. Sundaram M, Kavookjian J, Hicks PJ, Ann Miller LS, Suresh Madhavan SS, Scott V. Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients. *Quality of Life Research*. 2007; 16(2): 165-177.
9. Barceló A, Robles S, White F, Jadue L, Vega J. Una intervención para mejorar el control de la Diabetes en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 10: 328-333.
10. Simpson, SH, Eurich DT, Majumdar Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JAA. Meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006; 333:15.
11. García R, Suárez R. La educación, el punto más débil de la atención integral al paciente diabético. *Reporte Técnico de Vigilancia*. 1997. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Análisis y Tendencia de Salud. 2(1).
12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. 2006. 47o Consejo Directivo. 58a Sesión del Comité Regional.
13. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 2001. 6th ed. St Louis: Mosby.
14. Bastía E, Sanhueza O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la Comuna de Concepción, Chile. 2004. *Ciencia y Enfermería*. 10(1):41-56.
15. Federación Mexicana de Diabetes. (2007) disponible en: <http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp> recuperado el 17 de abril del 2008
16. Lipson J. Traducción de Pérez Peláez, Liria. Temas culturales en el cuidado de enfermería. 2002. *Revista Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín*. Vol. XX No. 1 de marzo de 2002. pp 56-71.
17. Evers GC. Appraisal of Self-care Agency: ASA-scale: Van Corcum. 1989.
18. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74).
19. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 2001. México: Porrúa.
20. Alarcón LN, Whetsell M, Cadena SF, Yañez C, Reyes EA, Rodríguez SY. Experiencias vividas de madres que tienen un hijo con labio leporino y paladar hendido. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2011. Vol 19. No. 5. Junio-2011.
21. Ávila AH, Meza GS, Frías RB, Sánchez AE, Vega AC, Hernández SM. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cultura de los cuidados*. 2006. 10(20): 141-146.
22. Calderón TJ, Solís VJ, Castillo SO, Corenjo AP, Figueroa DV, Paredes LJ et al. Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital nacional Arzobispo Loayza. *Rev. Soc. Perú Med. Interna*. 2003. 16(1): 17-25.
23. Fernández, AR; Manrique-Abril FG. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boayacá, Colombia, Suramérica. *Ciencia y Enfermería XVI*. 2010. (2): 83-97.
24. Pérez-Cuevas R, Reyes MH, Doubova SV, Zepeda AM, Díaz RG, Peña VA, Muñoz HO. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Pública*. 2009. 26(6): 511-517.

ASOCIACION DE MOBBING Y AUTO PERCEPCION DE RIESGO EN SALUD MENTAL EN PERSONAL SANITARIO

González Campos Mónica¹, Hortencia Castañeda Velázquez,² Medina Carrillo Leopoldo³

1 Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 24 del IMSS. De Tepic Nayarit E-mail: monny_campos@hotmail.com Tel. 311 2304041

2 Dra. En C médico familiar de la UMF No. 24 del IMSS de Tepic Nay. Paseo de Viena No 26 Cd. Del Valle Tel 311 1218343 E-mail: hortecastavelaz@gmail.com

3 M en C docente de la Universidad Autónoma de Nayarit. lmedina@hotmail.com

Resumen

Asociación de mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental en personal sanitario González-Campos M¹, Castañeda-Velázquez H,² Medina-Carrillo L³

Introducción: El Mobbing en México se incrementa diariamente, exponiendo al acosado a sufrir severos daños psicológicos. **Objetivo:** Analizar la asociación entre presencia de Mobbing y la autopercepción de salud en personal sanitario.

Material y métodos: Con un diseño transversal comparativo. Se aplicaron dos cuestionarios a 43% médicos y 57% enfermeras que laboran en el Hospital General de Zona (HGZ) No. 1 del IMSS delegación Nayarit, previo consentimiento informado y en su horario laboral. El Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT Pando) tiene un alfa de Cronbach de 0.91; el Cuestionario de salud general de Goldberg, que detecta riesgo en salud mental, de 28 ítems con una confiabilidad de 0.89, cuestionario de variables socio demográficas y laborales ex profeso para el estudio. Los datos procesados en SPSS 17, un análisis con estadística descriptiva y de asociación con X². **Resultados:** En el grupo de estudio, aquellos que se autopercebían con un

mal estado de salud, encontramos que el 65.1 % aparece con mobbing positivo mientras que en el grupo control aquellos con autopercepción de buena salud, el mobbing es positivo en el 34.9%, de esto se obtuvo un odds ratio de 3.29 estadísticamente significativo (IC 95%: 1.28, 8.62) p = 0.0060816. **Conclusiones:** Existe asociación de autopercepción de salud mental y mobbing en médicos y enfermeras del HGZ No. 1 lo cual es relevante dado el profesiograma del personal.

Palabras clave: Mobbing, Violencia laboral, autopercepción de salud mental, médicos, enfermeras.

Abstract

Association of bullying and perceived health in health care personnel

Introduction: Mobbing in Mexico is increasing daily, giving the beleaguered to suffer severe psychological damage.

OBJECTIVE: To analyze the association of mobbing and the perception of health in care personnel. MATERIAL AND METHODS: Using a comparative cross-sectional design. Two questionnaires were applied to 43% physicians and 57% nurses who work at the General hospi-

tal of zone (HGZ) No 1 of the IMSS delegation Nayarit, informed consent and their working hours. The questionnaire (IVAPT Pando) has a Cronbach alpha of 0.91; Goldberg general health of 28 items with a reliability of 0.89, a questionnaire of demographics and work expressly for the study. The data processed in SPSS 17, a descriptive statistical analysis and association with X2. Results: In the study group, those who perceived poor health status, we found that 65.1% have positive mobbing while in the control group those with perception of good health, mobbing is positive in 34.9% of this is obtained an odds ratio of 3.29 was statistically significant (95% CI: 1.28, 8.62) $p = 0.0060816$ Conclusions: The association of perceived health and bullying in doctors and nurses HGZ No. 1 which is relevant given the job profiles of staff.

Keywords: mobbing, workplace violence, perceived health, doctors, nurses.

Introducción

El Mobbing proviene del vocablo anglosajón "to mob", se le puede traducir como violencia Psicológica, acoso moral, Psicoterror laboral, una medida de conducta agresiva, cuya frecuencia en la actualidad parece está alcanzando cifras mayores en todas partes.¹

Los especialistas coinciden en que la violencia Psicológica en el trabajo está alcanzando niveles de epidemia. Con esto se puede decir que es inevitable que se realice este fenómeno debido a que todo gira alrededor de las relaciones interpersonales que se establecen en el mundo laboral, y lógicamente esto puede convertirse también en una fuente de posibles conflictos.²

El mobbing o acoso psicológico en el trabajo es una de las formas de violencia a que están expuestos los trabajadores. Leymann, considerado como el iniciador moderno de esta temática,

adoptó a partir de la observación de la conducta animal el término Mobbing al principio de la década de los 80, al observar un tipo de conducta similar en el mundo laboral.⁴

La intimidación laboral ocurre igualmente en el momento en que alguien es atormentado, ofendido y socialmente excluido, así como cuando debe realizar tareas humillantes en una posición de inferioridad. Leymann describió el mobbing como una situación en la que las víctimas no pueden ejercer control para resolver el problema.^{5, 6}

TIPOS DE MOBBING

Ascendente: una persona de nivel jerárquico superior es atacada por uno o varios de sus subordinados. Es el tipo de acoso menos frecuente.⁴

Descendente: una persona de nivel jerárquico inferior es atacada por una o varias personas que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa. Es el tipo de *mobbing* más frecuente.⁷

Horizontal: un trabajador es acosado por uno o varios compañeros que ocupan su mismo nivel jerárquico.⁴

Es importante distinguir el mobbing de un estilo de trabajo exigente en el que se asumen responsabilidades de manera equitativa y planeada. Leymann sostiene que el acoso se produce cuando un individuo (rara vez más de uno) es atacado por otro (rara vez más de cuatro) por lo menos una vez a la semana y por un tiempo mínimo de seis meses, causándole problemas psicológicos y psicosomáticos.⁸

CONSECUENCIAS:

A nivel psicológico: Ansiedad; sentimientos de impotencia, fracaso y frustración; baja autoestima; distorsiones cognitivas, problemas para concentrarse y dirigir la atención; comportamientos

sustitutivos: toxicomanías, abuso de sustancias, farmacodependencias; cuadros depresivos; trastornos paranoides; conductas suicidas.

A nivel físico: Dolor, trastornos funcionales; trastornos orgánicos;

A nivel social: Susceptibilidad e hipersensibilidad a las críticas; desconfianza; conductas de aislamiento, evitación y retraimientos; agresividad, hostilidad, ira, rencor; deseos de venganza; pérdida de apoyo social.

A nivel organizacional se ve afectado: El desarrollo del trabajo: cantidad y calidad; el trabajo en grupo; los circuitos de información y comunicación; aumento de ausentismo, pérdida de fuerza en el trabajo, el clima social.

A nivel familiar y social: Tener a una persona en casa que está amargada, desmotivada, con algún trastorno psiquiátrico o con alguna adicción.

A nivel de la comunidad: produce un impacto económico debido a la baja productividad, costes de asistencia por enfermedad, pensiones por invalidez permanente, etc.⁸

En el 2000, según una encuesta de la Unión Europea basada en 21 500 entrevistas con trabajadores en los entonces 15 Estados miembros, se encontró que en ese año el 2% de los trabajadores (3 millones de personas) fue objeto de violencia física en el lugar de trabajo, el 4% (6 millones) de violencia física por parte de personas externas al centro de trabajo, el 2% (3 millones) de acoso sexual y el 9% (13 millones) de intimidaciones y maltrato.¹⁷

En un estudio de la OMS y la OIT sobre violencia en el trabajo, se reportan hallazgos preliminares en el sector de la salud –uno de los de más alto riesgo- que indican que tanto la violencia física como la psicológica están presentes

en los países en que se investigó. En Bulgaria, el 7,5% de los sujetos reportó haber sufrido ataques físicos en los años recientes, en tanto esa cifra ascendió al 10,5% en Tailandia; en Sudáfrica esos datos fluctuaron entre el 9% en el sector privado y el 17% en el público. En Bulgaria el 32,2% refirió incidentes de violencia psicológica en el año previo al estudio; en Sudáfrica osciló desde el 49,5% hasta el 60% en el sector público; en Tailandia refirieron 47,7% y 51% en Portugal¹⁸. Un estudio finlandés de más de 1000 trabajadores hospitalarios, encontró que entre los que referían haber sido hostigados se presentó 26% más de certificados médicos que implicaban ausencias por enfermedad. Anteriores datos de la Unión Europea ya habían mostrado una correlación similar entre ausencias relacionadas con la salud y violencia en el trabajo; el 35% de los trabajadores expuestos a violencia física tuvo ausencias al trabajo en los últimos doce meses, así como también el 34% de los expuestos a *mobbing*, y dentro de éstos un 31% había estado expuesto a acoso sexual, en tanto la media de los trabajadores en general fue de 23% con ausencias al trabajo en los últimos doce meses.⁴

En España, es perfectamente posible hablar de unas 600.000 personas afectadas por este síndrome. La mayoría de los estudios confirman que los servicios sanitarios tienen un elevado porcentaje de ésta conducta patológica. Concretamente, el British Medical Journal (1999; 318: 228-332), reflejaba en un estudio con más de 1.000 trabajadores sanitarios que el 38% habían sufrido diversos tipos de acoso y, además, el 42% había sido testigo de hostigamiento hacia sus compañeros de trabajo. No obstante, la Organización Internacional de Trabajo (OIT), considera para España una tasa del *mobbing* en torno al 5% de la población activa. Sin duda, estamos convencidos de que el número de profesionales sanitarios es mucho más elevado; además resulta curioso que aproximadamente en un 42% de los casos los superiores jerárquicos respaldan

al acosador y en un 40% existe un apoyo tácito. Es decir, que la propia cultura organizativa de la institución estimula el desarrollo de este trastorno psicosocial de gravísimas consecuencias para el individuo y para la organización.⁸

En España encontró el 65% de las enfermeras encuestadas declarar haber sido víctimas de abuso psicológico, 80% menciona haber presenciado en su entorno laboral comportamientos de Mobbing; la misma proporción manifiesta tener problemas físicos y psíquicos a causa de conductas relacionadas, de las cuales 32% refiere tener secuelas muy graves.⁹

En el continente americano, y según los datos del *The Workplace Bullying & Trauma Institute* en una encuesta realizada a finales del año 2000, el 16.8% de la población de trabajadores estadounidenses sufría o había sufrido de acoso en el trabajo. Mientras que Soares 2002, en su estudio titulado "*Quand le travail devient indécent: le harcèlement psychologique au travail*" realizado en Canadá, reportó que el 10.9 por ciento de los trabajadores que conformaron su muestra poblacional vivían una situación de acoso y un 18% lo había experimentado durante el último año.^{10,11}

En Puerto Rico el 16% ser víctima de acoso psicológico en su actual lugar de trabajo. Las víctimas son en su mayoría mujeres, con una edad promedio de 34 años y que trabajan en organizaciones públicas.¹²

Durante el 2006 un estudio realizado en los trabajadores docentes de un centro universitario de Jalisco, México se encontró que el 79.5 % de los hombres y el 83.6% de las mujeres se calificaron como víctimas de Mobbing.¹³

Pando, realizó una medición en 14 estados de la República Mexicana participando cerca de 34 distintas empresas, encontró un 5% de los trabajadores está sufriendo mobbing, y aunque

pareciera un porcentaje pequeño aparentemente, significa que aproximadamente 350 mil trabajadores, estarían soportando este acoso laboral.¹⁴

En este contexto nos propusimos analizar la asociación de Mobbing y la percepción del estado de salud en los trabajadores sanitarios.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, analítico, en médicos y enfermeras que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado firmado en su horario de trabajo y que laboran en el Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tepic, Nayarit, México en el periodo de septiembre de 2010 a mayo de 2011. Se aplicó el IVAPT que consta de 22 reactivos, que valora violencia laboral, la intensidad de la misma y el acoso en el trabajo. El valor del coeficiente alfa de Cronbach es de 0.91,¹⁵ También se aplicó el GHQ para evaluar la autopercepción de percepción de salud que mide salud mental, éste valora cuatro áreas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría y arroja un riesgo de trastornos en salud mental. El valor del coeficiente alfa de Cronbach es de 0.89,¹⁶ además de recabar variables sociodemográficas ex profeso para el estudio.

Se calculó el tamaño de muestra con la fórmula para 2 proporciones con un total de 90; 45 casos por grupo, llevándose a cabo por muestreo no sistematizado por cuota, pareados en edad y sexo. Se establecieron dos grupos: Grupo de estudio: médicos y enfermeras con mayor autopercepción de riesgo en salud mental. Grupo control: médicos y enfermeras con menor autopercepción de riesgo en salud mental. Criterios de inclusión Médicos y enfermeras con 6 o más meses de antigüedad, con ausencia de trastornos mentales. El turno, área, servicio, puesto y especialidad indistintos. Una vez obtenida la información, se realizó una base de datos

utilizando el programa estadístico SPSS 17 en español en el cual se ordenaron, concentraron y analizaron los datos, así como el paquete estadístico EPI Info 2000 para realizar la estadística de asociación. La información recopilada fue procesada en SPSS versión 17, se obtuvieron medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión así como Mantel-Haenszel, OR con 95% de confianza ($p < 0.05$) considerando como casos a los de mayor riesgo en salud mental y controles a los participantes con sin riesgo en salud mental.

Resultados

Se encuestaron un total de 90 individuos de los cuales el 48.9% corresponde al sexo masculino y 51.1 % al sexo femenino.

El mayor porcentaje entre los 25 y 35 años de edad correspondiente al 77 %; casados el 63.3 %, solteros 20%, divorciados 12.2% y unión libre solo el 4.4%. El salario mensual percibido en el 99% es de \$10 000 a 15 000. El 41.1 % turno matutino, 36.7% vespertino, 14.4% nocturno y 7.8% en jornada acumulada. La antigüedad el 43.3% corresponde de 7 a 15 años, el 28.9% a de 16 a 25 años, de 2 a 6 años el 25.6% y 2.2% en más de 26 años. Las categorías fue el 48.9% a enfermera general, el 43.3% médicos especialistas no familiares, 5.6% auxiliares de enfermería y 2.2% enfermera especialista. Según el área laboral, el 37.8% trabaja en consulta externa, en hospital el 35.6%, el 21.1% en el área de urgencias, el 4.4% en quirófanos exclusivamente y solo el 1.1% trabaja de manera mixta en consulta y quirófano. De estos 90 individuos se encontró que el 52.2% no percibían mobbing mientras que el 47.8% si percibían mobbing.

En cuanto a la autopercepción general de riesgo en salud mental el 50% corresponde a percepción de menor riesgo en salud mental y 50% a mayor percepción riesgo en salud mental formándose dos grupos los cuales consistieron

cada uno de 45 individuos pareados en cuanto edad y sexo, según su autopercepción de riesgo en salud mental, el 48.9% hombres y 50.1 % mujeres.

La intensidad de la violencia percibida fue nula en 6.7% del grupo de estudio y tan solo de 8.9% del grupo control, el 71.1% del grupo control percibió una intensidad baja de violencia mientras que el 31.1% del grupo de estudio la percibió baja, el 53.3% fue media en el grupo de estudio y el 8.9% alta mientras que en el grupo control 20% fue media y ningún individuo percibió alta intensidad de violencia en el grupo control. Las conductas violentas fueron percibidas en los 2 grupos diferenciándose el grupo de estudio con un 93.3% con altas conductas violentas, contra la percepción del grupo control que se distribuye en 6.7% baja 4.4% media y 80% alta. TABLA 1

El 92.2% del grupo de estudio con mobbing positivo percibió que el mobbing era producido por los superiores y el 7.1% los compañeros de trabajo; mientras que del grupo control el 73.3% también fue producido por los superiores mientras que el 26.7% fue de los compañeros de trabajo. No se aprecia mobbing ascendente. El 75.5% de los encuestados es testigo de conductas violentas en el trabajo, correspondiente al 11.1% en baja medida, el 41.1% en media y en 23.3% en alta. El 54.4% de los encuestados perciben conductas violentas generalizadas en su entorno laboral y se distribuye de la siguiente manera: 50% baja, 3.3% media y 1.1 alta.

De lo anterior los tipos de agresión observados por estos individuos son: manipulación para inducir el castigo fue observado en el 70% de los encuestados; daños a la imagen pública en el 50% y obstáculos al desempeño laboral en 64.4% de los encuestados.

En lo que respecta a estado de salud mental en el grupo de estudio encontramos el 97.6%

con alteraciones del sueño y ansiedad el 2.4% en el grupo control; asimismo la percepción de disfunción social en el grupo de estudio fue de 82.9% mientras que en el grupo control fue de 7.1%, un dato importante es que el 100% del grupo de estudio se percibe deprimido, mientras que ningún individuo del grupo control se percibe así. En lo que respecta a la somatización el 93.3% del grupo de estudio tiende a somatizar mientras que solo el 6.7% del grupo control somatiza.

En cuanto al turno laboral el mayor número de casos de mobbing con autopercepción de mayor riesgo en salud mental fue en el turno vespertino con un 84.6%

En el grupo de estudio, aquellos que autopercebían un mayor riesgo de salud mental, encontramos que el 65.1 % tiene mobbing positivo, en el grupo control con autopercepción de menor riesgo en salud mental, el mobbing es positivo en el 34.9%, realizándose una chi cuadrada con resultado de 7.53 con una $p=0.0060816$ un odds ratio de 3.29 estadísticamente significativo (IC 95%: 1.28, 8.62). Tabla 2

En el grupo de estudio, el 37.8% no percibió mobbing, 26.75% lo percibió como medio el 22.2% como alto y el 13.3% como bajo. Mientras que en el grupo control el 66.7% no percibió mobbing, el 31.1% lo percibió bajo y solo el 2.2% lo percibió alto.

Discusión

Los trabajadores que realizan cuidados de salud, en los servicios asistenciales son principalmente mujeres, constituyen un grupo de personas que presentan un alto riesgo de sufrir violencia por diferentes motivos (internos y externos a la institución). Los consultorios de atención a la salud son sistemas sociales complejos, donde se combina una serie de roles, funcionarios y usuarios adscritos a éstos en grandes cantidades. Por otro lado, tenemos al cliente o usuario

con sus conocimientos propios, sus religiones, sus mitos, sus conjuntos de relaciones sociales pertenecientes a otros sistemas tales como la política, la economía y la cultura, entre otras. En este ambiente puede haber estrés, tensiones y conflictos, lo que puede llevar a distintos tipos y grados de violencia.^{17, 18}

La percepción de mobbing o acoso laboral, fue mayor en el sexo femenino datos que lo que concuerdan con lo encontrado por Aldrete¹³

La percepción de violencia identificada por los trabajadores sanitarios en más de la mitad de los trabajadores, es un hallazgo importante a considerar, ya que todos esperan que las instituciones que otorgan salud, laboren en un ambiente grato y armónico lo que coincide con Burgos y Paravic, 2006 los cuales encontraron un alto porcentaje de violencia laboral. Pero se ha visto que la realidad dista mucho del imaginario de las personas involucradas en estas instituciones.

La asociación entre mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental se encuentra fuertemente asociada, en nuestro estudio resultados que concuerdan con lo descrito García y Llor en 2006, ya que como se ha reportado la violencia laboral tiene graves consecuencias de salud en quien es víctima de mobbing.

De igual manera en nuestro estudio la categoría laboral donde la percepción de mobbing es mayor, corresponde al grupo de enfermería lo que coincide con lo descrito por Fornés¹⁹ en España con el porcentaje de enfermeras y enfermeros que se perciben asediados en su entorno laboral en las Islas Baleares; lo cual pudiera estar relacionado por la subordinación.

En lo que respecta a la afectación de la salud, concordamos con García y Llor, 2004, en que existe somatización en más del 30% de los individuos afectados por mobbing.

X. CONCLUSIONES

El estudio nos revela que los individuos con percepción de acoso laboral o mobbing tienen tres veces mayor riesgo de percibir un mal estado de salud, que aquellos que no perciben mobbing. El trabajador acosado muestra datos de mala

salud como lo demostró el estudio realizado lo que es de tomar en cuenta por la institución de salud así como también el jefe en turno considerar su forma de liderazgo y no violentar al trabajador haciéndoles un mejor desempeño y una mejor percepción de salud..

BIBLIOGRAFIA:

1. Fuentes VR. Mobbing o acoso psicológico laboral. Rev Sanid Milit Mex 2008 62(2) 91-96.
2. Rosas MS, Hernández GT. Mobbing factor de riesgo, y de seguridad estudio comparativo con síndrome de burnout en profesionales de salud del hospital general de Pachuca, Hidalgo, México. Revista científica electrónica de psicología [revista en internet] 2008[acceso octubre 2009] no. 6. <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/directorio.php3>
3. Organización panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Washington D.C 2003. Consejo directivo. 2003.
4. Del Castillo NP, Almirall PJ. Un proceso lesivo: "el mobbing" I. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2004;5(2):53-59.
5. Zapf, D. y Gross, C. Conflict escalation and coping with workplace bullying: a replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2001. 10 (4) 369-373.
6. Mishna, F. Learning Disabilities and Bullying: Double Jeopardy. *Journal of Learning Disabilities*. 2003. 4, 336-347.
7. Fidalgo AA. Reseña de "Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo" de Iñaki Piñuel y Zabala. 2002. 14(001) 187-189.
8. Florez LJ, Florez VI. Acoso Moral Y Psicológico al médico: Mobbing. *salud global-salud mental*.2005. V (1) 1-11.
9. Juárez A, Hernández E, Ramírez J. Mobbing un riesgo psicosocial latente en el trabajo de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2005; 13(3): 153-160
10. The Workplace Bullying & Trauma Institute U.S. Hostile Workplace Survey 2000 Michigan: 2000 pág 1. (Traducción de Acosta M).
11. Soares A. Quand le travail devient indécent: le harcèlement psychologique au travail. Université du Québec à Montréal, Montréal: Janvier 2002, pág. 11 (traducción de Acosta M).
12. Rodríguez N. Acoso Moral (Labora) en el trabajo: consciencia y desarrollo en Puerto Rico. *Inter Metro Business Journal Spring* 2007 3(1) / 12-34.
13. Aldrete M, Pando M, Aranda C. Acoso Psicológico en el trabajo: Un Problema de Genero. *Enseñanza e Investigación en psicología*. 2006. 11(001) 53-63
14. Acosta M, Pando M, Aranda C, Aldrete M. El acoso moral en el trabajo en los empleados del centro universitario de ciencias de la salud de la universidad de Guadalajara. *Investigación en salud*.2005. 7(1)16-23
15. Pando M, Aranda C, Preciado L, Franco S, Salazar J. validez y confiabilidad del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-PANDO). *Enseñanza e investigación en psicología*. 2006: 11 (2); 319,332
16. García VC Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(1):88-97
17. Paravic KT, Valenzuela SS, Burgos MM. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y Enfermería*. 2004(2);53-65
18. Arevalo, Paravic KT. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. *Ciencia y Enfermería XII* 2006(1): 39-51
19. Fornés Vives Joana. Mobbing: La violencia psicológica como fuente de estrés laboral. *Enfermería global*. Revista electrónica semestral de enfermería 2002; pag 1-5

Tabla 1. Distribución por sexo según grupo de estudio

			sexo del encuestado		Total
			hombre	mujer	
grupo asignado	percepción de sin riesgo en	Individuos	22	23	45
	salud mental	% dentro de grupo asignado	48.9%	51.1%	100.0%
	percepción de mayor riesgo en	Individuos	22	23	45
	salud mental	% dentro de grupo asignado	48.9%	51.1%	100.0%
Total		Individuos	44	46	90
		% dentro de grupo asignado	48.9%	51.1%	100.0%

Fuente: encuesta directa.

Tabla 2. Asociación entre percepción de salud y mobbing

Mobbing	Grupo de estudio	Grupo control	Odds radio	OR	X2	p	Mantel-Haenszel	p
+	28	15	3.29 < 1.28	8.62	7.53	0.00608	7.44	0.00637
-	17	30						
	45	45						

Fuente: encuesta directa

Aplicación del proceso de enfermería a una familia de la colonia Santa Teresita en la ciudad de Tepic Nayarit, México.

Ian Coahpetzin Zavala Pérez*, Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez*, Sarahi del Carmen Ayón Astorga**.

**Maestro/a en Enfermería y PTC en la Unidad Académica de Enfermería. Universidad Autónoma de Nayarit.*

***Licenciada en Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Resumen

Introducción: Actualmente el cuidado se ha convertido en un asunto familiar. La familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados. El estado de salud de un miembro de la familia y su capacidad de afrontamiento ante experiencias de enfermedad influyen en las expresiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que soportan a la familia y que actúan dentro de la misma. **Procedimientos:** Estudio de intervención. Se aplicó un Proceso de Enfermería en familia siguiendo la fase de valoración a través de los 11 patrones funcionales, identificación de fenómenos de enfermería, localización de diagnóstico/s "foco"; para posteriormente, desarrollar un plan de cuidado e intervenir con el fin de llevar a la familia de un estado de disfunción a uno funcional. **Hallazgos principales:** Uno de los hallazgos encontrados en la aplicación de este Proceso de Enfermería fue el acogimiento familiar de menores por parte de los abuelos donde son éstos los que ofrecen todos los cuidados diarios de sus nietos. Situación que se origina porque los padres no son capaces de desarrollar el rol parental debido a situaciones, motivos o dificultades. **Conclusiones:** El realizar Procesos de Enfermería a familias permite conocer el contexto de la familia, la dinámica familiar, el tipo de familia; así como la posibilidad de identificar las

respuestas humanas traducidas en expresiones de salud físicas, psíquicas, sociales, espirituales; y en consecuencia coadyuvar en el bienestar familiar a partir de estrategias para potencializar el bienestar de cada uno de los integrantes.

Palabras clave: Proceso de Enfermería, Cuidado, Familia, Salud.

Abstract

Introduction: Caring has become a family subject in the present time. Family has always been the main source for care and support. The health of a family member and their ability to cope with illness experiences, affect physical, psychological, social and spiritual expressions supporting and acting within the family.

Procedures: Intervention study. A family nursing process was applied following the assessment phase through the 11 functional patterns, identification of nursing phenomena, location of "keystone" diagnostics, to subsequently, develop a caring plan and intervene in order to take the family from a dysfunctional state to a functional one.

Main findings: One of the findings in the application of this nursing process was the foster care of children by their grandparents, where they are the ones who offer the daily attendance of their

grandchildren. This situation arises because parents are not able to develop the parental role due to several reasons, situations, or difficulties.

Conclusion: Performing Nursing Processes to families allows to know their context, the family dynamics, family type, as well as the possibility of identifying human responses translated into expressions of physical, psychological, social, and spiritual health, and therefore assist in family wellbeing, from strategies to potentiate the wellfare of each one of the family members.

Key Words: Nursing Process, Caring, Family, Health

Introducción

Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional. Se habla del cuidado formal que proporcionan los profesionales de la enfermería, y del cuidado informal o familiar, que es el que brindan los familiares, allegados y amigos¹.

En la actualidad, el cuidado se esta convirtiendo en un asunto familiar que adquiere cada vez mayor relevancia y peso. El cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado. su importancia reside en la presencia constante y no en la competencia técnica. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para y con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. Dicho de otra manera, es un "trabajo de amor" como lo define Graham (1983) citada por Benjumea (2007), y con ello manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico del trabajo de cuidar a otro.¹

Para la enfermería el cuidado tiene una importancia primordial. En las últimas décadas se ha identificado como el paradigma único a la disciplina y como "el corazón de nuestra profesión".¹

En enfermería son varias las autoras que consideran el cuidado familiar como un acto primordial para mantener la salud individual y colectiva.² El cuidado familiar puede ser considerado en dos direcciones: en la primera está el enfoque del individuo en el contexto de la familia, donde aquel es la figura y esta es el fundamento, y en la segunda -que enfoca a ambos, el individuo y la familia-, los sistemas de cuidado familiar pueden ser conceptualizados como enfoque sobre la familia completa como la unidad de cuidado.³

Para enfermería "La familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que ésta formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa.³

En la salud de los colectivos el grupo social que más influye es la familia. La familia es una de las instituciones sociales más antiguas y sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida.³

Con lo anterior, se entiende que la familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados. El estado de salud de un miembro de la familia y su capacidad de afrontamiento ante experiencias de enfermedad influyen en las expresiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que soportan a la familia y que actúan dentro de la misma.^{1, 3, 4} Entonces, el crecimiento y el desarrollo de cualquier integrante de la familia dependen de la poca o mucha interacción de las expresiones antes mencionadas.

En la misma tónica, La Organización Mundial de la Salud (OMS), expresa que "los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y

preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles".⁵

Entonces, es claro el papel que la/el enfermera/o tiene que desarrollar para el cuidado de la salud familiar y la importancia que tiene el cuidado de enfermería para lograr los resultados esperados en materia de salud a partir de intervenciones planeadas que permitan a la familia cambiar de un nivel de salud disminuido a uno mayor.^{6,7}

Concordamos con Dorothy Whyte, una pionera de enfermería de familia en escocia, que, en sus textos más relevantes sobre esta temática, escribe que "más que un desenvolvimiento de cuidados de enfermería en comunidad, los cuidados de enfermería y familia son un desenvolvimiento lógico y un abordaje holístico de cuidados con énfasis en la promoción a la salud".⁸

Referente Teórico

En diversas ocasiones se ha escuchado que la familia es el núcleo de la sociedad. definición que surge de un conocimiento común pero que es idónea para clarificar, no sólo qué es la familia, sino su papel dentro de las poblaciones humanas.

Son diversas las autoras que hablan de la familia, algunas se refieren a la familia como un sistema, otras como unidad o como un conjunto. Para Friedman "la familia está compuesta de personas unidas por lazos matrimoniales, sanguíneos o de adopción. Los miembros de la familia usualmente viven juntos, interactúan y se comunican a partir de roles (esposa, esposo, madre, padre, hijo, hija, hermano, hermana); y además, comparten un sistema de creencias y valores".³

Autoras como Amaya de Peña (1992) citada por Pérez (2002): "la familia está constituida

por un grupo de individuos, hombres, mujeres, adolescentes y niños, cuyos rasgos de edades pueden extenderse dos o más generaciones. Las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad. La familia normalmente posee una larga historia colectiva. Su vida es un continuo flujo del distante pasado, del presente y del futuro. La familia tiene ciertas características que la distinguen: comparte un lenguaje, una clase social, un hogar, un ingreso económico, tiene funciones de satisfacer las necesidades afectivas y económicas de sus miembros, la satisfacción sexual de la pareja y la procreación y crianza de los hijos".³

No podríamos terminar de definir a la familia sin asociarla con la salud. La salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo. La salud familiar se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros y es ahí donde entra el papel del profesional de enfermería, trabajando en conjunto con la familia para lograr un bien común denominado salud familiar.^{5,8}

La salud familiar está determinada por factores socioeconómicos, factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales, el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a las redes de apoyo, dicho de otra manera los problemas de salud familiar tienen un origen multicausal.⁵

El grupo de cuidado de la Universidad Nacional de Colombia refiere a la teórica Margareth A. Newman y explican que "la salud abarca la enfermedad y la ausencia de enfermedad. La salud es considerada como un proceso de desarrollo del conocimiento de sí mismo, del sistema familiar

y del entorno junto con una capacidad creciente para percibir las alternativas y responder ante ellas de diversas formas”.²

Pero, ¿Cómo puede el profesional de la enfermería lograr la salud familiar? Parte esencial del profesional de enfermería en el ámbito de salud familiar es su implicación en la atención primaria en salud, buscando el objetivo de la modificación y desarrollo de estilos de vida en familias. Para lograr este objetivo Natividad Pinto propone bajo la mirada de J. Watson “Un modelo de cuidado en el Hogar” donde se expresa que es fundamental integrar esa relación transpersonal paciente-cuidador, ya que implica el proceso del cuidado humano a humano y demuestra la mezcla de conocimiento científico de la enfermera y el arte de la experiencia interpersonal. El evento se mueve hacia resultados saludables, lo cual es definido como protección del paciente y un compromiso con el bienestar del paciente y su familia. A la vez, la continuidad requiere un manejo de caso individual, un sistema para identificar barreras a la capacidad funcional optima, una consecución de servicios requeridos y coordinación de servicios, una definición de funciones, una tecnología mínima para brindar herramientas y técnicas para organizar el cuidado, un proceso para dar contribución, desarrollo de metas o resultados, planeación; es decir intervenir a través de Proceso de Enfermería Familiar.⁹

Autores como Kaakinen (2010) citado por Barbieri (2011) expresan que la enfermera familiar puede reconocer el potencial del sistema familiar para promover la salud de sus miembros; dicha acción tiene como objetivo el empoderamiento de la familia de tal forma que la capacite para responder de manera proactiva a los procesos de salud-enfermedad a lo largo de su ciclo vital.⁸

Entonces, cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados. Es así como ella se

convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de alguno de sus miembros.³

Hay que mencionar que el profesional de enfermería no puede realizar todas las metas y objetivos por sí solo, hace uso de un recurso humano muy importante dentro de la misma familia, denominado cuidador primario; llamamos aquí “cuidador” a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a otro miembro de la familia que lo necesita. Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías: los cuidadores primarios y los cuidadores profesionales. El cuidador primario es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres y otorga un cuidado informal, es decir, no profesional. En cambio el cuidador profesional es aquel o aquella enfermera/o que actúa o toma decisiones de cuidado a partir del uso del Proceso de Enfermería.¹⁰

En diversos estudios sobre los cuidadores y sus condiciones se ha señalado que casi todos ellos son generalmente familiares directos, esto es, cuidadores primarios, tal es el caso de la familia en estudio. Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional, se entiende como el corazón de la enfermería profesional, puede preparar y apoyar al cuidador para manejar las distintas etapas de la enfermedad, anticipar las crisis, así como detectar prácticas autodestructivas.¹¹

Según Colliere el objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad “Cuidar es todo lo que ayuda a vivir y permite existir”, como ya se mencionó, generalmente los cuidadores primarios tienden a ser familiares directos del paciente, y esto es un punto a favor de la recuperación de la salud familiar, pues como bien lo dice Javier Tussel, este es un cuidado asentado en el amor y esencial para preservar la vida.^{1,11}

Twigg, describe tres modelos de cuidado de acuerdo a las intervenciones que el cuidador realiza:¹¹

- Uno es el modelo de cuidador como recurso; el cuidador suple las deficiencias de la persona dependiente, es un modelo para un fin, proporciona cuidados.
- El segundo es el de cuidador como co-trabajador, el profesional trabaja a la par con el cuidador, desempeñando un papel de cooperador y facilitador, el cuidador profesional lo hace con una motivación instrumental: al mantener el bienestar y la moral del cuidador.
- El tercero es el de cuidador como cliente, se manifiesta cuando el cuidador tiene una gran responsabilidad de cuidado y está muy estresado.

Finalmente, la literatura refiere tres componentes críticos en el cuidado familiar: la comunicación, la toma de decisiones y la reciprocidad.^{11,12}

Objetivos

- Aplicar un Proceso de Enfermería a una Familia.
- Identificar los patrones alterados y el/los diagnóstico/s "foco".
- Desarrollar planes de cuidado por medio de resultados esperados e intervenciones.
- Conocer el tipo de familia y los roles de cada uno de los miembros.
- Visualizar las redes de apoyo con las que cuenta la familia en estudio.

Metodología

En las investigaciones se han identificado un conjunto de aspectos comunes en las intervenciones de enfermería con familias, consideraciones que se tomaron en cuenta para desarrollar el presente proceso de enfermería en familia y son: considerar la experiencia de la familia en un lapso de

tiempo; considerar el contexto cultural y ecológico de la familia; reconocer la importancia de las relaciones entre los miembros de la familia así como su singularidad de cada uno de ellos; el sistema familiar es influenciado por cualquier cambio que ocurra en sus miembros individuales; es posible ofrecer cuidados de enfermería a familia aunque no todos sus miembros estén presentes; y por ultimo, la enfermera en familia enfatiza los recursos de la familia, de los miembros individuales, apoyando a través de la ayuda mutua.

Anteriormente se dijo que la familia es considerada como un sistema complejo donde el desequilibrio de uno afecta a todos como unidad.

Para lograr los objetivos planteados se siguieron cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Se visito a la familia en diferentes ocasiones con el propósito de establecer una relación de ayuda en un contexto de confianza.¹³ Durante las visitas se informó a la familia el motivo de la intervención.

Durante el desarrollo del proceso se explicaba las actividades a desarrollar para adoptar una postura activa y colaborativa. Las comunicación interpersonal durante las visitas domiciliarias fue punto clave para aplicar el instrumento de valoración (11 patrones funcionales de Marjory Gordon) con el fin de identificar las respuestas humanas alteradas de la familia.^{13, 14}

El límite de tiempo establecido fue Octubre de 2011 a Enero del 2012. El lugar fue en la vivienda donde habita la familia Vargas Ibarra y cuyo domicilio es conocido en la colonia Santa Teresita.

Para desarrollar la intervención con el Proceso de Enfermería primeramente se considero como marco para la valoración los Patrones funcionales de Marjory Gordon^{14,15} Se logró identificar los factores detonantes

de los problemas que estaban dentro de este sistema familiar, posteriormente se le otorgo una etiqueta diagnostica resultando ocho los diagnósticos de enfermería o problemas a solucionar. Entonces, de los diagnósticos referidos se identificaron diagnósticos “focos” a partir del modelo del Análisis del Resultado del Estado Actual (el foco según Daniel Pes-sut es el diagnóstico más importante y el que desencadena la aparición de otros).¹⁶ Una vez que identificas el diagnóstico foco y planeas los resultados esperados y las intervenciones para lograr esos resultados automáticamente los otros diagnósticos o problemas de salud se resuelven en “efecto domino”. Cabe señalar, que los resultados esperados y las intervenciones propuestas por enfermería fueron consensuadas con los integrantes de la familia y surgen de las necesidades observadas por el profesional y las percibidas por los integrantes de la familia. (Ver figura 1 y 2)

Durante la fase de valoración y diagnóstico se identificó a dos integrantes de la familia que vivencian una situación de vulnerabilidad; un menor (nieto) y su cuidadora (abuela) fueron quienes llamaron nuestra atención debido a la obiedad de sus situaciones personales. En el caso del infante (receptor de los cuidados) y la abuela (cuidadora) las dimensiones afectadas son la física y la emocional.

Resumen de Valoración

Familia: Vargas Ibarra

I.- Patrón percepción de la salud o manejo de la salud de la familia.

Se percibe un nivel de salud moderado en la familia. la Sra. Julia Ibarra de 55 años presenta Hipertensión Arterial desde hace más de nueve años, con cardiomegalia detectada hace dos años aproximadamente, refiere presentar constantemente bradicardia, acompañada de fatiga y lleva a cabo poca actividad física. En la familia se

detecto el problema de alcoholismo en uno de los hijos de la Sra. Julia Ibarra. Las prácticas de salud entre los miembros de la familia también se evidenciaron al presentar el esquema de vacunación completo. Los integrantes refieren que en caso de requerir un tratamiento farmacológico lo llevan a cabo en tiempo y forma. Cuentan con IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #24.

Respecto a la vivienda se trata de casa propia construida con ladrillo, tiene seis cuartos; la casa esta amueblada y tiene luz eléctrica, alcantarillado, agua potable, cuentan con dos baños completos con WC conectados al drenaje dentro de la vivienda. La casa se encuentra ubicada en un vecindario suburbano con calle pavimentada.

Existen algunos factores de riesgo como la contaminación del suelo, del aire. Además, se observa fauna que podría ser nociva; ejemplo de ello, los perros abandonados que buscan alimento en la basura humana. La basura que ellos producen la recolectan en botes con tapa y bolsas de plástico que sacan a la calle y un camión recolector la recoge.

Cerca de la vivienda hay áreas de juego, centros de salud, iglesias y escuelas.

La percepción de los vecinos respecto a la imagen social de la familia es de “familia rica”.

2.- Patrón Nutricional-Metabólico de la familia

La familia en cuestiones de nutrición y auto percibiéndose como “de buen apetito” expresan que la persona encargada es la Sra. Julia Ibarra. Ella refiere una dieta basada en cinco comidas al día, con tres como base y dos entre comidas. Esta última conformada por fruta picada. Utilizan la refrigeración para prevenir que los alimentos pasen a periodo de descomposición. Como bebida para acompañar las comidas la familia consume refrescos. Expresan cepillarse los dientes dos veces al día, por la mañana y por la noche. Referente al estado nutricional de los integrantes de

la familia; la Sra. Julia Ibarra mantiene un peso de 65 kg y presenta una talla de 1.54 m., por lo que su Índice de Masa Corporal (IMC) es de 27.40, considerado sobrepeso. Mientras que el niño Ángel Vargas tiene un peso de 18 kg y una talla de 1.01 m., resultando un IMC de 17.64 cifra que indica un estado nutricional bajo.

3.- Patrón de Eliminación de la familia

La familia manifiesta no presentar ningún tipo de problema con la eliminación urinaria o intestinal.

4.- Patrón de actividad-ejercicio de la familia

El tiempo libre lo utilizan para ver televisión, además de hacer ejercicio por las mañanas (actividad poco frecuente). También refieren mantener estrategias de autocuidado como baño, higiene, vestimenta, a excepción del niño Jadiel Vargas, quien debido a su edad aún no puede realizar todas las prácticas de autocuidado de manera independiente, sin embargo, es apoyado por "mamá" (abuela).

5.- Patrón de sueño y descanso de la familia.

Respecto a este patrón, los abuelos duermen en una sola habitación, el niño Ángel duerme en otra habitación separada e independiente, y en otro cuarto duermen la Sra. Ana con su esposo Jadiel y su hijo, con un horario de sueño de 10 pm a 7 am. En ocasiones usan el té de azar para conciliar el sueño.

6.- Patrón cognitivo y perceptual de la familia

No se refieren datos en este patrón. Aparentemente normal.

7.- Patrón de Autopercepción y autoconocimiento de la familia.

Se definen como una familia que vive con estrés. La Sra. Julia Ibarra refiere tensión y cansancio, ya que cuida a su nieto todos los días de la semana y durante todo el día, a excepción de cuando la mamá del niño lo visita por un lapso aproximado de dos horas.

8.- Patrón Rol-Relación de la familia

Cabe señalar, que existen conflictos entre algunos integrantes de la familia respecto a la crianza del niño Ángel, incluso este último ha manifestado problemas de conducta en la escuela y en la propia casa.

Existen otros miembros de la familia que no se encuentran viviendo en el mismo domicilio, por lo que no se mencionan como parte de ésta; la familia en estudio, tiene un ingreso mensual económico de \$20,000.00 por pensión y jubilación, por lo que no manifiestan tener problemas económicos que impacten de forma negativa la salud.

9.- Patrón sexualidad-reproductor de la familia

Manifiestan ambos matrimonios tener vida sexual activa y satisfactoria, la Sra. Julia solo tuvo dos embarazos y la Sra. Ana ha tenido uno hasta el momento; ésta última dice querer tener otro hijo en un lapso de un año, por lo que pretende retirarse el dispositivo intrauterino en su próxima revisión; por su parte, la Sra. Julia presenta histerectomía desde los 28 años de edad, expresan realizarse periódicamente la autoexploración de mamas.

10.- Patrón enfrentamiento-tolerancia al estrés de la familia

Recientemente se ha presentado en la familia situaciones de estrés entre los integrantes de la familia, debido a conflictos interpersonales con personas ajenas a la familia que están involucrándose en las situaciones familiares, lo que ha originado que a pesar de pláticas continuas no existan respuestas favorables en la solución del problema. Cabe mencionar, que la Sra. Ana violenta al niño Ángel; le grita, le expresa poco afecto y crea en el niño un conflicto al mencionarle que "nadie lo quiere".

11.- Patrón Valores y creencias de la familia

Expresan ser de religión católica, pero no

visitan iglesias. Dichas prácticas no las perciben importantes; en consecuencia, no las vinculan con la salud emocional o espiritual. La familia refiere gozar de un estado de salud óptimo; y en caso de requerir atención médica, acuden a su Unidad de Medicina Familia.

Diagnósticos de Enfermería

Dominio 7, Patrón Rol Relaciones.

Clase 2: Relaciones Familiares.

- ✓ Procesos familiares disfuncionales (00063) Relacionado con habilidades de afrontamiento inadecuadas y falta de habilidades para la solución de problemas manifestado por crítica, negación de los problemas, conflictos crecientes, deterioro de la comunicación (conflicto de hijo y madre [cuidadora primaria]), habilidades ineficaces para la solución de problemas, enfermedades físicas relacionadas con el estrés, abusos verbales hacia el niño.

Dominio 9, Patrón Afrontamiento y tolerancia al estrés.

Clase 2: respuestas de afrontamiento

- ✓ Afrontamiento ineficaz (00069) relacionado con crisis situacionales e incertidumbre manifestado por fatiga, alta tasa de enfermedad, solución inadecuada de los problemas, falta de resolución de los problemas.
- ✓ Estrés por sobrecarga (00177) relacionado con agentes estresantes intensos (enfermedad crónica [Hipertensión]) manifestado por expresión de sensación de tensión y presión, informa sobre el impacto negativo del estrés (T/A alta, sensación de estar enferma, crisis nerviosa).

Resultados

Para describir los resultados se consideran los objetivos planteados al inicio del proyecto.

Durante el desarrollo del Proceso de Enfermería en la etapa de diagnóstico se pudieron observar ocho diagnósticos o problemas dentro del sistema familiar; y se identificaron dos “focos” el primero, Afrontamiento ineficaz y estrés por sobrecarga dichos focos pertenecen a la cuidadora Ana, abuela del escolar. (ver figura 1)

La evaluación de las intervenciones planeadas en el presente Proceso de Enfermería se pueden visualizar en los indicadores que posee cada plan de cuidado. Ejemplo: en el diagnóstico Afrontamiento ineficaz el indicador seleccionado “conocimiento de la actividad prescrita” se encontraba ligeramente adecuada y al finalizar la intervención está sustancialmente adecuada. Cabe mencionar, que para lograr dichos resultados se eligieron las acciones que despliega la taxonomía de intervenciones. (ver figura 2)

El tipo de familia que se identifica según los referentes consultados es la familia extensa caracterizada por que dos familias viven en un mismo contexto, en este caso, el hijo y su esposa viven en casa de la madre, incluyendo nietos.¹⁷ (ver figura 3)

Los roles que fueron observados en la familia en estudio son: de hijo, padre, madre-abuela y cuidadora al mismo tiempo; pero los que fueron de relevancia para el presente proceso ha sido el de cuidadora y madre de parte de la Sra. Ana, abuela del infante Ángel. Este último como receptor de los cuidados.

Uno de los hallazgos encontrados en la aplicación de este Proceso de Enfermería fue el acogimiento familiar de menores por parte de los abuelos donde son éstos los que ofrecen todos los cuidados diarios y diurnos de sus nietos. Situación que se origina porque los padres no son capaces de desarrollar el rol parental debido a situaciones, motivos o dificultades.¹⁷

Por último, las redes de apoyo con las que cuentan los integrantes de la familia son: la iglesia, los amigos, el trabajo, la guardería/kinder, las reuniones y/o visitas familiares. (vea figura 4)

Discusión

El Proceso de Enfermería en familia que tradicionalmente se ha venido utilizando ha ido cambiando a lo largo del tiempo y ha evolucionado desde un enfoque basado en los problemas, hacia un enfoque basado en los resultados; factor que ha contribuido al desarrollo de conocimiento en enfermería a partir de la estandarización de diagnósticos, resultados esperados e intervenciones.

Cabe señalar, que el sistema sanitario está interesado en la especificación y medida de resultados más que en la valoración e identificación de problemas. Este pensamiento va de la mano con la metodología del Proceso de Enfermería, en este caso aplicado a una familia.¹⁶ Los cuidados de enfermería centrados en los problemas no están necesariamente orientados a la consecución de resultados específicos. Los resultados esperados apuntan hacia la consecución de objetivos finales o estados deseados. La especificación de resultados es fundamental para los cuidados y la gestión de casos.^{6, 16}

Conclusión

El realizar Procesos de Enfermería a familias permite conocer el contexto de la familia, la dinámica familiar, el tipo de familia; así como la posibilidad de identificar las respuestas humanas traducidas en expresiones de salud físicas, psíquicas, sociales, espirituales; y en consecuencia coadyuvar en el bienestar familiar a partir de estrategias para potencializar el bienestar de cada uno de los integrantes.

La utilización de la taxonomías NANDA, NOC y NIC facilitan la planeación y el registro de los

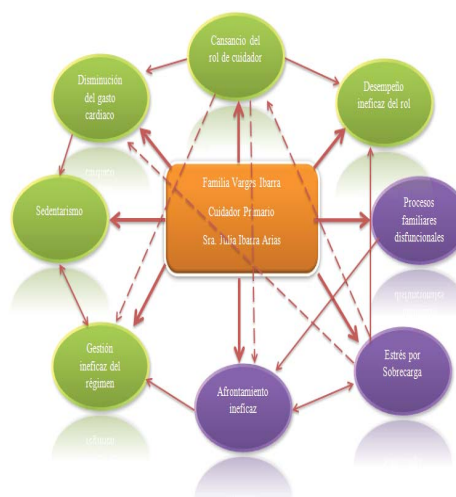
cuidados profesionales de enfermería garantizando la calidad de los mismos.

La implementación de intervenciones en consenso con la familia permite construir una relación de ayuda facilitando el logro de los resultados esperados y el empoderamiento de los integrantes afectados.

El modelo AREA es una propuesta que ayuda en gran medida para tomar decisiones acertadas para la práctica de enfermería a partir del razonamiento reflexivo y crítico de la/el enfermera/o.

Por último, y a manera de reflexión “Ser cuidador familiar de una persona es una experiencia difícil que confronta el sentido mismo de la existencia, pero sin duda, es también una de las experiencias más enriquecedoras que un ser humano puede vivir; es una forma de trascender, de entregarse y comprender lo importante de la vida”.⁴

Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (Figura 1)



Planes de Cuidado (Figura 2)

Diagnóstico:		Afrontamiento ineficaz (00069)			
NOC:	Preparación del cuidador familiar domiciliario				
Dominio:	Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliar de un miembro de la familia.				
Clase:	Ejecución del cuidador familiar (W)				
Escala:	Inadecuado a Sustancialmente adecuado.				
Definición:	Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliar de un miembro de la familia.				
Indicadores:		Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado
		1	2	3	4
220208	Conocimiento de la actividad prescrita		2		4
220215	Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliar	1		3	
220218	Evidencia de planes de apoyo del cuidador familiar		2		4
NIC:		7040: Apoyo al cuidador principal.			
Definición:	Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.				
Campo:	5. Familia: Cuidados que apoyan a la salud familiar.				
Clase:	Clase X.- Cuidados de la vida				

Definición:	Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.
Actividades:	• Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel- • Aceptar las expresiones de emoción negativa. • Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Reconocer las dependencias que tiene el paciente del cuidador. • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. • Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad. • Observar si hay indicios de estrés • Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. • Brindar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo de provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. • Comentar con el paciente los límites del cuidador • Aprovechar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

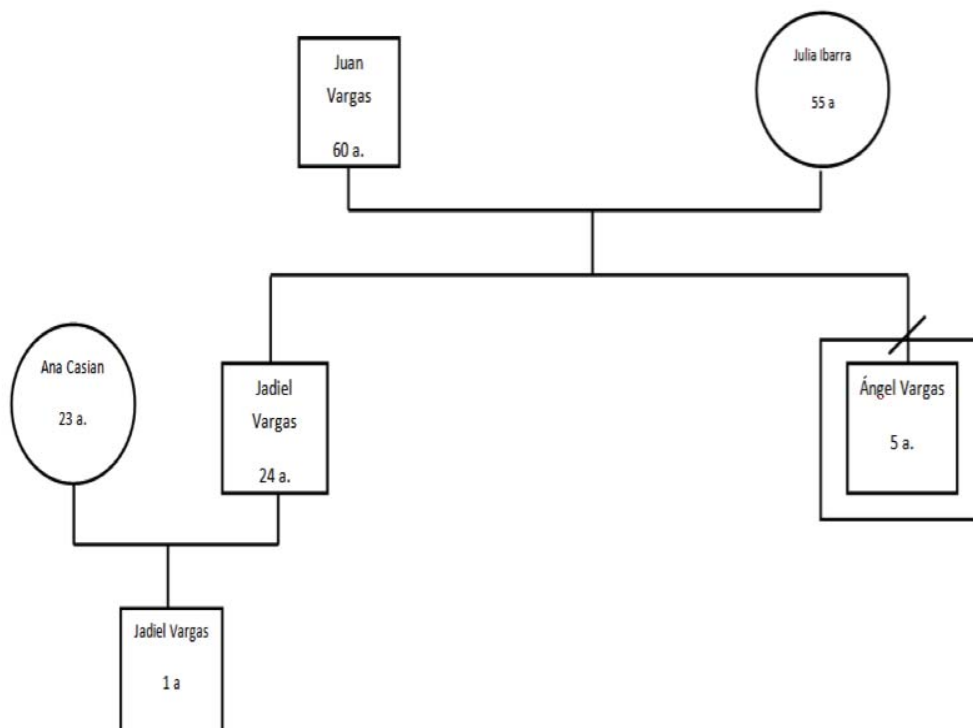
Diagnóstico:		Estrés por sobrecarga (00177)		
NOC:	Factores estresantes del cuidador familiar (2208)			
Dominio:	Salud Familiar (VI)			
Clase:	Ejecución del cuidador familiar (W)			
Escala:	Intensa hasta moderada			
Definición:	Gravedad de la presión psicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso periodo de tiempo			
Indicadores:		Inadecuado	Sustancial	Moderado
		1	2	3
220801	Factores estresantes referidos por el cuidador.	1		3
220802	Limitaciones físicas del cuidador	1	2	
220821	Deterioro de las relaciones familiares	1		3

NOC:		Bienestar del cuidador principal (2508)		
Dominio:	Salud Familiar (VI)			
Clase:	Estado de salud de los miembros de la familia (Z)			
Escala:	No del todo satisfecho a Muy satisfecho			
Definición:	Alcance de la percepción de positiva del estado del proveedor de cuidados primarios.			
		No del todo Satisfecho	Algo Satisfecho	Moderadamente <u>satisfecho</u>
Indicadores:		1	2	3
250801	Satisfacción con la salud física	1		3

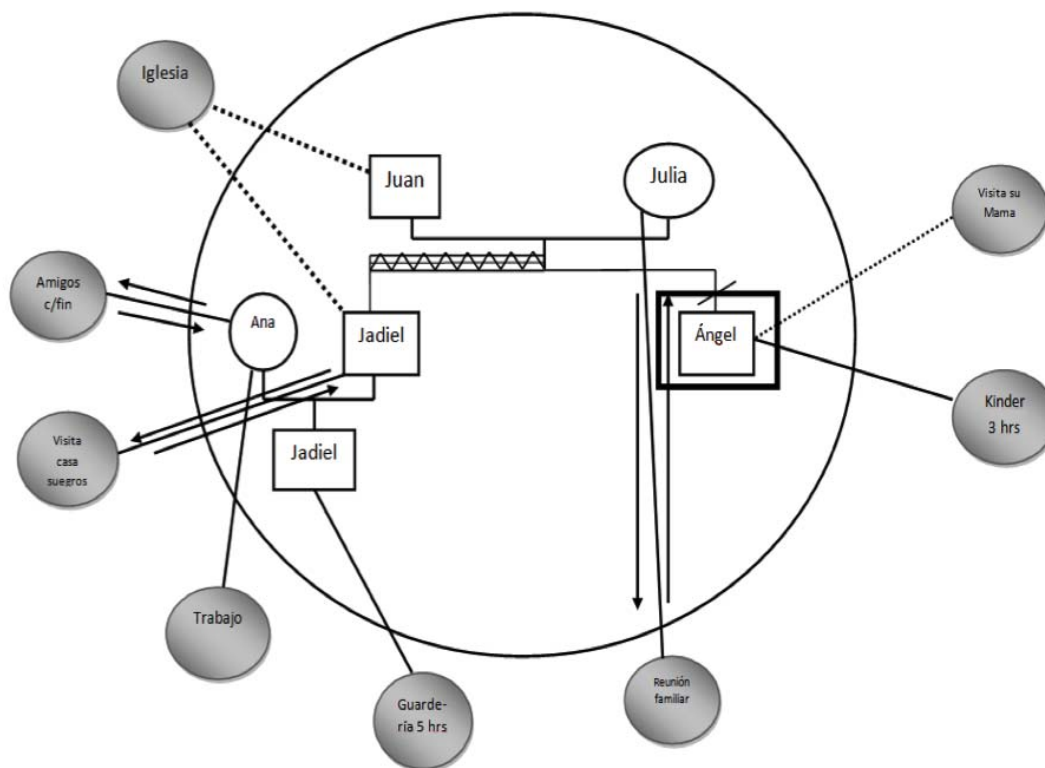
NIC:	7150.- Terapia Familiar	
Definición:	Ayuda a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor.	
Campo:	5. Familia: Cuidados que apoyan a la salud familiar.	
Clase:	Clase X.- Cuidados de la vida	
Definición:	Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.	
Actividades:	• Identificar como la familia resuelve los problemas • Determinar si están produciendo abusos en la familia. • Identificar las fuerzas/recursos de la familia. • Identificar las alteraciones específicas relacionadas con las expectativas de los papeles. • Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto • Ayudar a los familiares a comunicarse más efectivamente • Facilitar el debate familiar • Facilitar estrategias para reducir el estrés • Proporcionar educación e información • Compartir el plan de terapia con la familia	

Estructura Familiar (Figura 3)

Genomapa



Ecograma (Figura 4)



Referencia Bibliográfica

1. Germán C., Hueso F., Huérfanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Vol. 10, Núm. 23: 221-232. 2011. Disponible <http://www.um.es/global/>
2. Grupo de cuidado. Dimensiones del cuidado. 1° Edición. Bogotá. ED Universidad Nacional de Colombia; 1998.
3. Pérez Giraldo B. El cuidado de enfermería en familia, un reto para el siglo XXI. Rev. Aquichan; vol. 2; 2002
4. Grupo de cuidado de enfermería al paciente crónico. Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica. 1° Edición. Bogotá. ED Universidad Nacional de Colombia; 2010.
5. González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr; 16 (5): 508-102; 2000. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi15500.htm
6. Iowa. Clasificación de resultados de enfermería. 4° Edición. España. ED Elsevier; 2009.
7. Iowa. Clasificación de intervenciones en enfermería. 5° Edición. España. ED Elsevier. 2009
- 8.-Barbieri Figuerado M. Enfermería familiar y comunitaria en el ámbito internacional. Enfermería de familia en Portugal: un camino en desarrollo. Rev. Iberoamericana de Enfermería comunitaria. Vol. 4 No 2 2011.
9. Grupo de cuidado. Cuidado y práctica de Enfermería. 1° Edición. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- 10.Torres Fernán I y Cols. Cuidar a un enfermo ¿pesa? Rev. Divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana. Vol. XIX. No. 2; 2006.
11. De la Cuesta C. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Rev. Invest Educ enferm. (25)1: 106-112; 2007.
12. De la Cuesta C. El cuidado familiar: una revisión crítica. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XXVII, No. 1 pp. 96-102; 2009.
13. Cinabal L y Arce M. La relación enfermera-paciente. 1° Edición. Colombia. ED Universidad de Antioquia. Pp 125-151; 2009.
14. Gordon M. Manual de diagnósticos de Enfermería. 11° Edición. España. ED McGraw Hill. Pp 21-25; 2007.
15. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 8° Edición. España. ED McGraw Hill. 2010.
16. <http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file=article&sid=18>
17. Sacramento Pinazo C. Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores. Rev. Mult Gerontol. 13(2):89-101; 2003.

EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA DE MUJERES EMBARAZADAS AL PLAGUICIDA HEXACLOROCICLOHEXANO (HCH) EN CHAPALA, MEXICO 2011-2012.

Felipe Lozano Kasten*, Ana Karina García Suarez**, Luis Fernando Padilla Segundo**, Genoveva Rizo Curiel*, Enrique Cifuentes***, Leonardo Trasande****.

* Profesor de Maestría en Salud Ambiental, Universidad de Guadalajara. ** Alumno de la Maestría en salud Ambiental, Universidad de Guadalajara. *** Profesor Invitado en la Universidad de Guadalajara. Escuela de Salud Pública de Harvard.

**** Profesor Invitado de la Universidad de Guadalajara. Departamento de Pediatría, Universidad de Nueva York

ABSTRACT

The purpose of the study was to explore in a population of pregnant women living on the banks of Lake Chapala, Jalisco México, the exposure to organochlorine pesticides (HCH) and its isomers. We studied 49 women attending antenatal care in local health services. Aged 22.5 ± 6.74 years old, whose main activity is housework 85%. Pesticide HCH and its isomers exposure in the study population demonstrate the significant presence of organochlorine compounds in the sample subjects. HCH's isomers were found in (n=34) 69.4%, with regard to the determination of each isomer, we found in α isomer (n=6) 17.1%, β (n=1) 2.9%, δ (n=6) 17.6%, γ (Lindane) (n=1) 2.9%. The presence of two isomers $\alpha\beta$ (n=3) 8.8%, $\alpha\delta$ (n=2) 5.9%, $\beta\delta$ (n=4) 11.8%. The presence of three isomers is in $\alpha\beta\delta$ (n=5) 14.7%, $\alpha\beta\gamma$ (n=1) 2.9%, in the case of four isomers we found $\alpha\beta\delta\gamma$ (n=5) 14.7%. The results of this study identified an unusual pregnant women exposure to organochlorine pesticides and a potential health hazard in the maternal and child population.

RESUMEN

El propósito del estudio fue, explorar en una población de mujeres embarazadas que residen en la ribera del lago de Chapala, la exposición a pesticidas organoclorados (HCH) y sus isómeros.

Se estudiaron 49 mujeres que acudieron a control prenatal en los servicios de salud locales. Con edad de 22.5 ± 6.74 años, cuya actividad principal son las labores del hogar 85%. La exposición al plaguicida HCH y sus isómeros en la población de estudio evidencian la presencia significativa de compuestos organoclorados en los sujetos de la muestra. El HCH e isómeros se encontró en (n=34) 69.4%, el isómero α , se determinó en (n=6) 17.1%, β (n=1) 2.9%, δ (n=6) 17.6% γ (n=1) 2.9%. La presencia de dos isómeros; el caso de $\alpha\beta$ (n=3) 8.8%, $\alpha\delta$ (n=2) 5.9%. $\beta\delta$ (n=4) 11.8%. La presencia de los tres isómeros, es el caso de; $\alpha\beta\delta$ (n=5) 14.7%, $\alpha\beta\gamma$ (n=1) 2.9%, en el caso de cuatro isómeros; $\alpha\beta\delta\gamma$ (n=5) 14.7%. Los resultados de este estudio identifican una inusual exposición de mujeres embarazadas a pesticidas organoclorados y un posible peligro para la salud en la población materno-infantil.

Palabras Clave: Plaguicidas, Exposición, Mujeres Embarazadas, Hexaclorociclohexano, Lindano, Chapala.

Introducción:

La Comisión para la Cooperación Ambiental (CCA) de América del Norte, Canadá, Estados Unidos y México, han reconocido que la exposición al plaguicida organoclorado Hexaclorociclohexano (HCH), y sus isómeros en particular

el γ (Lindano) el isómero más tóxico, podrían constituir un riesgo para la salud humana afectando los sistemas endocrino y nervioso central ⁽¹⁾, afectando por otra parte, entornos ecológicos (la vida silvestre) ⁽²⁾.

El HCH es un químico sintético que consta de 8 isómeros. Cuatro de estos isómeros tienen significancia comercial como plaguicidas; α -HCH, β -HCH, γ -HCH (lindano) siendo este el más potente el δ -HCH. En general los isómeros de HCH son resistentes a procesos abióticos como la fotólisis y la hidrólisis (excepto ante un pH elevado), y la degradación microbiana es muy lenta. ⁽³⁾ El α -HCH es el isómero con mayor potencial neurotóxico que existe después de γ -HCH, el β -HCH es clasificado entre los posibles carcinógenos para los seres humanos del grupo 2B por el Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). ⁽⁴⁾

La población puede estar expuesta al HCH a través de la inhalación de aire, agua contaminada ⁽¹⁾ y el consumo de comida con alto contenido de lípidos ⁽⁵⁾ en el caso del ganado lechero que se encuentra en contacto con el plaguicida se puede transferir y secretar a través de la leche ⁽⁶⁾. La frecuencia en el consumo de pescado en algunos estudios tiene una relación positiva con la concentración del plaguicida en el ser humano. ⁽⁷⁾

La exposición de los niños es de importancia, ya que se han detectado isómeros como el lindano en tejidos adiposos maternos, en sangre materna, sangre de cordón y en la leche materna, está comprobado que el lindano atraviesa la barrera placentaria. ⁽⁸⁾

Debido a la persistencia de los plaguicidas organoclorados en el medio ambiente, estos compuestos se bioacumulan en diferentes grupos de alimentos y pueden causar los efectos tóxicos en el ser humano.

El propósito del estudio es describir la exposición de una población de mujeres embarazadas que habita en la ribera del Lago de Chapala, al plaguicida clorociclohexano (HCH) y sus isómeros.

Material y Métodos

La presente investigación corresponde a un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se investigaron a 49 embarazadas que acuden a los servicios de salud local para su control prenatal y que habitan en los municipios de Chapala y Jocotepec, Jalisco, México.

Criterios de inclusión: Embarazadas residentes de Jocotepec y Chapala, todas fueron informadas sobre el objetivo del estudio y se les solicitó la firma del consentimiento informado.

A través de historia ambiental, se obtuvo; edad, ocupación, nivel socioeconómico, dieta, fuentes de consumo de agua, de alcohol, y hábitos tabáquicos. Previo a la recolección de la muestra.

Las muestras de sangre fueron recolectadas por punción venosa durante el primer y segundo trimestre del embarazo. La determinación de los plaguicidas se realizó en el año 2011, mediante cromatografía de gases (Alilente 6890) con espectrómetro de masas (Agilent 5975C) con ionización por impacto electrónico. Se procesaron las muestras en el laboratorio de Toxicología Ambiental de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

La información se analizó con el programa estadístico para la ciencias sociales (SPSS, 15) se utilizó la media y porcentaje para la descripción de las variables.

Resultados

La edad de las mujeres embarazadas fue de 22.5 ± 6.74 años (mínima 14, máxima 38 años). La media de la edad gestacional fue de 16.3

± 6.0 semanas (mín. 1.3; máx 31.3 semanas). Residen en los municipios de Jocotepec (n=29) 59.2%, y de Chapala (n=20) el 40.8%. Tuvieron un embarazo anterior (n=33) el 67% y dos o más embarazos (n=16) 33%.

Tienen secundaria terminada o menos grado de estudios (n=45) 92%. Se dedican a activida-

des del hogar (n=42) 85.0%. Las mujeres que conviven con personas que trabajan en el campo son (n=11) 22.0%. Beben agua de garrafón (n=41) 84.0%, beben agua de la llave (n=4) 8.0% y beben agua de pozo (n=4) 8.0%. Durante su embarazo, refieren (n=3) 6.0% consumir tabaco y (n=8) 16.0% consumir bebidas alcohólicas cuadro No. 1

Cuadro No. 1 Características Socio-Demográficas de las Mujeres Embarazadas en comunidades de la ribera del Lago de Chapala, 2011.

Variables Cuantitativas		Media	D.E.
Edad de la mujer embarazada (años)		22.5	± 6.74
Edad gestacional (semanas)		22.1	± 6.7
Años de residencia en las comunidades de la ribera de Chapala (años)		20.5	± 9.0
Variables Cualitativas		Frecuencia	%
Municipio de residencia	Jocotepec	29	59.2
	Chapala	20	40.8
Número de embarazos anteriores	1	33	67.0
	2	16	33.0
Secundaria terminada o menos grado de estudios		45	92.0
Ocupación	Hogar	42	85.0
Conviven con trabajadores del campo	Si	11	22.0
	No	38	78.0
Fuente de agua para beber	Agua de garrafón	41	84.0
	Agua de la llave	4	8.0
	Agua de pozo	4	8.0
Consumo de tabaco durante el embarazo	Si	3	6.0
	No	46	94.0
Consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo	Si	8	16.0
	No	41	84.0

Fuente: Directa

Exposición al plaguicida HCH e isómeros.

El HCH e isómeros que se encontró en mujeres embarazadas (n=34) fue de 69.4%, y no existió evidencia de este en el (n=15) 30.6% Cuadro No. 2.

Respecto a la determinación de los isómeros del HCH, el isómero α , se determino en (n=6)

17.1%, β (n=1) 2.9%, δ (n=6) 17.6% γ (n=1) 2.9% La presencia de dos isómeros; el caso de $\alpha\beta$ (n=3) 8.8%, $\alpha\delta$ (n=2) 5.9%. $\beta\delta$ (n=4) 11.8%. La presencia de los tres isómeros, el caso de; $\alpha\beta\delta$ (n=5) 14.7%. $\alpha\beta\gamma$ (n=1) 2.9%, en el caso de cuatro isómeros; $\alpha\beta\delta\gamma$ (n=5) 14.7%, cuadro No. 3.

Cuadro No. 2 Presencia del HCH (total) en las Mujeres Embarazadas de comunidades de la ribera del Lago de Chapala, 2011

HCH Total	No.	%
Si	34	69.4
No	15	30.6
Total	49	100.0

Fuente: Directa

Cuadro No. 3 Presencia de los isómeros del HCH en las Mujeres Embarazadas de comunidades de la ribera del Lago de Chapala, 2011

Isómero	No.	%
α	6	17.6
β	1	2.9
δ	6	17.6
γ Lindano	1	2.9
$\alpha\beta$	3	8.8
$\alpha\delta$	2	5.9
$\beta\delta$	4	11.8
$\alpha\beta\delta$	5	14.7
$\alpha\beta\gamma$	1	2.9
$\alpha\beta\gamma\delta$	5	14.7
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

Discusión

Existen estudios diversos sobre la presencia del HCH en humanos, un estudio realizado en Brasil por Chebele et al. 1994, sobre la exposición de niños que vivían en un radio de 100 metros de una fábrica de HCH, encontraron residuos de los isómeros α y β en el 100% de ellos (9). Existen estudios donde dan evidencia de la presencia de los isómeros α y β en mujeres embarazadas, Waliszewski et al en el Estado de Veracruz, México en el año 2000 observó en un 14% la presencia del isómero α y en un 72% el β (8) Otro estudio realizado por Der P., Susan (10) entre los años 2000 y 2001 en Argentina,

identificó en 248 mujeres puérperas, residuos del isómero β en el 23% de las muestras de leche materna. Una investigación realizada en China por Wang. Y. et al, 2011 estudiaron el aire en siete comunidades dedicados a la agricultura, encontraron en seis de ellas la presencia de los isómeros α , β , γ , δ en el aire (11).

Los estudios anteriores muestran la evidencia de HCH en niños, mujeres embarazadas, leche materna y en el aire de comunidades rurales.

En este estudio de 49 mujeres embarazadas, que acudieron a recibir atención prenatal en el Sistema de Salud de los municipios de Jocotepec y Chapala, se observa que es una población joven autóctona y sin exposición laboral a los plaguicidas Cuadro No.1.

La presencia del HCH se encontró en más de la mitad de las mujeres embarazadas y el isómero γ (lindano) se encontró en una de las mujeres.

La presencia del HCH y de sus isómeros en estas mujeres es importante, porque puede evidenciarse en treinta y cuatro, de cuarenta y nueve mujeres, el plaguicida y sus isómeros. La distribución o presencia de estos confirma en la comunidad una exposición importante, quizá no solo de las mujeres embarazadas, sino de toda la población.

El lindano, isómero γ , el principal isómero comercialmente vendido hasta hace algunos años en México, tiene una presencia menor que los otros. Lo cual sugiere que su disminución se asocia con la prohibición de su venta desde hace años en el País.

Las fuentes consultadas, empresas privadas, instituciones gubernamentales, asociaciones civiles, grupos de académicos, entre otros, coinciden en que la molécula de lindano no ha

sido producida en México. Todo el lindano que se encuentra en el país es importado. Sin embargo, existe la posibilidad de que una empresa que en su momento se dedicó a la producción de insecticidas organoclorados, haya producido, HCH técnico, pero no lindano. ⁽¹²⁾

Conclusiones

Este estudio describe la exposición involuntaria de mujeres embarazadas residentes en la ribera del Lago de Chapala al plaguicida hexaclorociclohexano (HCH) y sus isómeros. Aporta un conocimiento que sugiere varias conclusiones:

- 1.-Una inusual exposición de mujeres embarazadas a pesticidas organoclorados;
- 2.-Identifica un serio peligro para la salud en la población materno-infantil y
- 3.-Cubre un vacío de información con respecto al lindano en México y genera una alerta a la posible producción de HCH técnico, a las cantidades de importación reales o su utilización no autorizada.

Agradecimientos:

Se agradece al Dr. Fernando Díaz Barriga por su "asesoría técnica" y su visión sobre la importancia de estudiar el HCH y sus isómeros en la población humana.

Bibliografía

- 1.- CCA. 2000. Documento de Decisión sobre el Lindano. Referenciado en: Comisión de América del Norte para la Cooperación Ambiental: Plan de Acción Regional de América del Norte (PARAN) sobre lindano y otros isómeros del Hexaclorociclohexano (HCH).
2. - ATSDR, 2005. Toxicological Profile for Hexachlorocyclohexane. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Servicio de Salud Pública, Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades.
- 3.-USEPA. 2006. Assessment of Lindane and Other Hexachlorocyclohexane Isomers. Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos.
- 4.-UNEP. 2007. Perfil de Riesgos del alfa Hexaclorociclohexano. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Ginebra.
- 5.-CCA. 2005. Comission for Environmental Cooperation. The North American Regional Action Plan (NARAP) on Lindane and Other Hexachlorocyclohexane (HCH) Isomers.
- 6.- Waliszewski K.N., Pardío V.T., Landín L.A. y Bautista R.G. 2003 Organochlorine pesticide residues in cow's milk from a tropical region in México. Food Additives and Contamination. Pub med. Vol. 20:259-269.
- 7.-Costabeber. I et al. 2003. Relationship between the frequency of meat and fish intake and the levels of hexachlorobenzene, lindane, aldrin e 4,4' dichloro diphenil 1,1' dicloroetileno, present in mammary adipose tissue samples from Spanish women. Ciencia Rural, v.33, n.1.
- 8.- Waliszewski S.M., Aguirre A.A, Ifanzón R.M. y Siliceo J. 2000. Carry-over of persistent organochlorine pesticides through placenta to fetos. Salud Pública de México. Vol 42:384-390. México.
- 9.- Chebele. AM. Braga. B. Mireles. LC. 1994. Contaminación Ambiental por Hexaclorociclohexano en la Ciudad de Los Niños. Informe, Ministerio de Salud. Fundación Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- 10.- Der Parsehian.S. 2008 Plaguicidas Organoclorados en Leche Materna. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Vol. 27, Número 002. Pp. 70-78. Buenos Aires. Argentina.
- 11.-Yinghui W. et al. 2011 The concentration and distribution of organochlorine pesticides in the air from the karst cave, South China. Environ Geochem Health. Springer Scienc.
12. INE. 2004 El Lindano en México. Disponible en:
http://www.ine.gob.mx/descargas/sqre/el_lindano_en_mexico.pdf

“Los estudiantes de primer ingreso a la Unidad Académica de Ciencias Básicas e Ingenierías de la Universidad Autónoma de Nayarit. Un primer acercamiento a su perfil socioeconómico, cultural y laboral”

Bernabé Ríos Nava¹, Sandra Luz, Romero Mariscal²

1 Universidad Autónoma de Nayarit. Unidad Académica de Medicina. Cuerpo Académico Procesos Educativos y Desarrollo Social UAN. Br

2 Universidad Autónoma de Nayarit. Unidad Académica de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Cuerpo Académico Procesos Educativos y Desarrollo Social UAN.

Resumen

Es un estudio descriptivo cuyo propósito es construir el primer perfil del estudiante universitario de primer ingreso, destacando sus características socioeconómicas, familiares, educativas, perspectivas laborales y de participación social, respondiendo a la pregunta: ¿Cómo son los estudiantes de primer ingreso a la institución?. El trabajo consideró una etapa de investigación bibliográfica; en las actividades de campo, se diseñó, validó y aplicó, una encuesta con carácter censal. Se construyó una base de datos en el programa SPSS v.15, la cual ayudó en el análisis y conclusiones. Los resultados muestran una población joven; el 80.2% se ubica en el rango de 15 a 19 años de edad; el 98.4% son solteros; el 53% son oriundos de la capital del estado; el 23% labora. En la elección de la carrera, el 63.5% considera que les gusta; el 8.7% se cambiará en la primera oportunidad. En cuestiones laborales el 37.3% se incorporarán a la empresa privada. Sobre los recursos de apoyo para sus estudios: el 44.4% cuenta con espacio privado para estudiar; el 52.4% con internet domiciliario; el 18.3% con libros especializados de la disciplina. Respecto de la universidad, el 81.7% la considera avanzada y el 93.7%, la recomendaría entre sus familiares y vecinos.

Palabras clave: educación superior, estudiantes de primer ingreso, perfil del estudiante.

Abstract

It is a descriptive study which aims to build the first university student profile freshmen, noting their socioeconomic characteristics, family, education, job prospects and social participation, answering the question: How are the freshmen in institution?. The investigation covered a period of research literature, in field activities, was designed, validated and administered a survey to a census. We built a database in SPSS v.15, which helped in the analysis and conclusions. The results show a young population, 80.2% are located in the range of 15 to 19 years old; 98.4% are single; 53% are from the state capital; 23% works. In the election of the career, 63.5% believe that they like, the 8.7% will be changed at the earliest opportunity. In 37.3% labor issues will be incorporated into private enterprise. On resources to support their studies: 44.4% have private space to study; 52.4% with home internet; 18.3% in specialized books of discipline. Regarding college, 81.7% considered advanced and 93.7% would recommend their relatives and neighbors.

Keywords: higher education, first year students, student profile

Introducción

Los estudios sobre estudiantes universitarios mexicanos, aún con diversas problemáticas como lagunas teóricas o conceptuales, conforman ya un campo de estudio, (Guzmán, 2002) y son un apartado sustancial, en el campo de la investigación educativa. A principios de la presente década, en el seno de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), se consideró importante realizar, un estudio que se aproximara al conocimiento de uno de los actores de la educación superior mexicana, *los estudiantes*. La primera propuesta fue *“El perfil socioeconómico y prácticas sociales de los estudiantes de educación superior”*. Sus propósitos eran dar cuenta de las principales características y prácticas sociales de los estudiantes, considerados como miembros y representantes de universos sociales, familiares, económicos y culturales más amplios. Se anticipaba que estos acercamientos, darían una respuesta a las preguntas ¿Quiénes son? y ¿Qué hacen?, en su tránsito por la universidad, además enriquecerían el diseño y la implementación de las políticas institucionales. Una aproximación fue hecha por De Garay (2001), en *“Los actores desconocidos. Una aproximación al conocimiento de los estudiantes”*. Casillas y col. (2001), dieron a saber la falta de conocimiento real que se tiene de los estudiantes (en tanto sujetos sociales, complejos y cambiantes). Durante el 2002 la ANUIES llevó a cabo el *“Programa de Investigación sobre los Estudiantes Universitarios en México”*, aplicando una encuesta a la población estudiantil de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), la cual abordó –entre otras- las siguientes dimensiones: origen social; orientación profesional y expectativas futuras; actividades culturales y apreciación global de la institución. Sin embargo, los resultados fueron desconocidos para una gran parte de la comunidad universitaria. De Garay (2004, 2007), destacó la importancia del estudio de las trayectorias educativas y culturales de los estudiantes, así como la construcción de

los perfiles de los estudiantes de nuevo ingreso, a fin de diseñar e implementar acciones en pro de su formación integral. Un primer balance de estos estudios, destaca que su importancia radica en que mediante estos acercamientos, se tendrá un conocimiento más preciso y detallado, de las condiciones materiales, sociales y familiares, de vida y estudio, por la que atraviesan los estudiantes durante su estadía en la universidad. Asimismo, al tener conocimiento de las diversas opiniones, que surgen del trato cotidiano y su convivencia diaria, respecto de la utilización de los bienes y servicios que proporciona la institución, es una oportunidad inmejorable para contrastar qué tanto se van cubriendo sus expectativas, tal y como son plasmados en la visión y misión institucionales.

El área de Ciencias Básicas e Ingenierías (ACBeI), fue uno de los resultados de la Reforma Universitaria, con lo que se optimizarían recursos y se elevaría la calidad de la educación (Documento Rector de la Reforma Universitaria de la Universidad Autónoma de Nayarit), quedando atrás la organización por escuelas y facultades. Hasta el momento ninguno de sus programas de licenciatura se ha acreditado; alberga al 6.51% de la matrícula total de licenciatura y posgrado; su personal docente representa el 7.6% del total; de ellos, el 11% se encuentra en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI); el 5% ha obtenido el Perfil Promep. (UDI, 2008; SIP, 2010)

Material y métodos

En lo metodológico es un trabajo de corte descriptivo, que trae consigo las siguientes interrogantes: ¿Cómo son los estudiante de primer año en la institución?, ¿Cuáles fueron los problemas más significativos en su preparatoria?, ¿Qué opinión les merece la atención y el servicio, que les ofrece la universidad?, ¿Cuáles son sus perspectivas laborales futuras? y ¿Cuáles problemas perciben como principales en su profesión?. Con el objetivo de construir un primer perfil de los estudiantes de primer año, destacando los rasgos

socioeconómicos, familiares, educativos y laborales más importantes. Se destacan actividades de investigación bibliográfica; diseño, validación y aplicación de una encuesta, la cual consideró -entre otros- los rubros: Datos generales, Recursos, infraestructura y equipo de apoyo para los estudios, Estudios de educación media superior, Opinión sobre la infraestructura y servicios de la preparatoria, Asistencia a actividades culturales, Sobre los valores institucionales, Visión sobre la sociedad mexicana y Apreciación hacia la universidad. La encuesta se aplicó durante los meses de octubre-noviembre de 2010, con carácter censal. Para la etapa del análisis, presentación de resultados y conclusiones, se trabajó con los programas SPSS v. 15 y Office Excell 2007. Agradecemos al personal directivo, docente y estudiantes las facilidades otorgadas para el desarrollo de la investigación.

Resultados

Características socioeconómicas y origen social. La población escolar de primer año en las carreras de la UACBeI, es de 126 estudiantes. En su composición de género encontramos a una mayoría de hombres, 76.2%, y 23.8%, son mujeres. En relación a la edad, el 80.2% se ubica en el rango de 15 a 19 años. Sobre el lugar de nacimiento, se destaca la capital del estado, con el 53%; el 98.4%, se encuentran solteros; los casados/divorciados representan el .8%. *Condición laboral.* Durante la carrera universitaria, puede tener diversos significados; ser la expresión de condiciones económicas familiares limitantes o la oportunidad para adquirir experiencia laboral previa, encontramos que el 23% se encuentran en esta condición. ¿Cuáles son las razones que están detrás de ello?, el 13.5%, expresó para solventar los gastos que origina su estancia en la universidad; para el 4%, obtener independencia económica. Respecto del número de horas trabajadas, el (10.3%) trabaja menos de 10 horas. El 7.1%, se desempeña como empleados profesionales y el 4% laboran por su cuenta;

respecto al tipo de contrato, el 7.1%, lo ostentan como permanente y 15.9%, son eventuales. De quiénes trabajan, ¿Cuántos desempeñan actividades relacionadas o no con sus estudios?, para el 4%, es amplia y el 7.9%, afirmó que es escasa. *Escolaridad de los padres de familia.* En el caso de los padres, el 17.5%, finalizaron su licenciatura y completaron su secundaria; el 7.9% concluyeron sus estudios de posgrado. ¿Qué situación guardan las madres de familia?, concluyeron sus estudios de secundaria el 22.2% y terminaron su bachillerato, el 13.5%; concluyó su posgrado el (1.6%). *Actividad laboral de los padres de familia.* El 19.8% lo representan quienes se desempeñan como empleados profesionales incorporados a alguna institución; 15.1%, quienes no siendo profesionales trabajan por su cuenta. En el caso de las madres, la realidad es diferente, la mayoría 60.3%, se dedica a las labores del hogar y el 7.9% son empleadas profesionales. ¿Cuál es la apreciación de las familias hacia los estudios universitarios?. La mayoría se ubican en un nivel medio y bajo con el (39.7%). El 99.2% no cuenta con beca universitaria. En cuanto a la capacidad económica de las familias, para el sostenimiento de los estudios universitarios, el 1.6% considera que son excelentes y el 56.3% suficientes. De la población escolar, el 61.9% actualmente viven en casa con los padres. *Recursos, infraestructura y equipo de apoyo para los estudios.* Su disposición o acceso a ellas darán cuenta en algún sentido, de que se mantenga una trayectoria escolar regular. El 44.4% manifestó contar con espacio privado para estudiar; 52.4%, con el servicio de internet en domicilio; 61.1% con servicio telefónico; 34.1% con impresora y 72.2% con computadora en domicilio. Respecto a los recursos bibliográficos, 18.3% cuenta con libros especializados de la disciplina y 19.8% con diccionarios. El medio de transporte más utilizado lo constituye el camión urbano quienes tienen auto propio representan el 4.8%. *Orientación profesional y expectativas laborales futuras.* La elección de la carrera universitaria es el resultado

de diversas experiencias personales, orientaciones, gustos personales y expectativas futuras. Es durante los primeros meses de estancia en la universidad, donde esta definición tendrá lugar. En el caso de los estudiantes de la UACBel la elección de la carrera se encuentra en proceso; el 63.5%, se encuentran inscritos, porque consideran que la carrera universitaria llena sus expectativas personales y profesionales; el 8.7%, afirman se cambiarán en la primera oportunidad; el 7.9%, no fueron admitidos en otra carrera y se encuentran ahí como una segunda opción.

El inicio de actividades académicas dentro de la universidad, representa para los estudiantes de nuevo ingreso, un cambio profundo en algunas esferas de su vida cotidiana. Entre los cambios que han ocurrido en el entorno del estudiante, destaca en primer lugar, la exigencia académica, y es comprensible porque ella acarrea nuevos ritmos de estudio, la exigencia de entrega de trabajos escolares de acuerdo al profesor en turno. En segundo lugar, la exigencia económica, comprensible también porque la presencia diaria de los estudiantes en la universidad, trae consigo un cumulo de nuevos gastos al presupuesto familiar; gastos que por los próximos cuatro años, se tendrán que realizar de manera regular.

En los últimos años, la dinámica social producto de las transformaciones en la ciencia y tecnología, ha impactado de manera importante las visiones y perspectivas de formación académica de los estudiantes universitarios. En la actualidad, las nuevas exigencias de los mercados laborales apuntan hacia una permanente actualización de conocimientos, en todas las áreas del conocimiento, se exigen nuevas competencias, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes; el 79.4% de los estudiantes de primer año, tiene como una de sus metas continuar con estudios de especialidad. Lo que llama la atención, es que desde estos primeros años de vida universitaria, los estudiantes han advertido que la dinámica del estudio constante y actualización de conocimientos, forman parte de los requerimientos

de estos tiempos modernos, algunas opiniones son... *"Alcanzar mis metas y cumplir mis sueños. Ayudar a la gente y tener mayor ingreso económico. Considero que la vida es saber más. Estar especializada en mi carrera. Estar mejor preparado. Me cambiaría de carrera y en la otra si pienso hacerlo. La preparación para un mejor futuro profesional. Más estudios más campo laboral. Estar mejor preparado y aspirar a mejores trabajos. Llegar al máximo nivel de estudios. Ganar más dinero y más preparación"*...De esta manera el 47.6% planea realizar sus estudios de especialidad/posgrado en la entidad, el resto en el territorio nacional.

Si la trayectoria escolar de los estudiantes se convierte en un largo y sinuoso camino, el obtener un espacio laboral al término de los estudios universitarios, toma tintes dramáticos, particularmente en fechas y épocas como las actuales, donde más de dos millones y medio de personas se encuentran desempleadas; encontramos que el 5.6% afirman tener seguro un espacio laboral. Con la puesta en marcha de la RU en la UAN a inicios del 2000, uno de los cambios curriculares fue la implantación del nuevo plan de estudios por competencias profesionales. Entre otros propósitos la nueva estructura curricular daría conocimientos de primera mano, tanto en la formación como sobre las condiciones actuales del mercado laboral de la profesión. Encontramos que el 80.1%, hasta el momento afirma no tener o tener de manera incompleta información sobre el comportamiento del mercado laboral de la profesión. Con relación al sector de la economía, donde tienen pensado trabajar en los próximos años: el 37.3%, pretende incorporarse al sector público; el 19.8% en el sector privado; el 18.3%, en el sector educativo. ¿Cómo observan al estado de Nayarit, en tanto oportunidad de empleo?, el 39.7%, tiene expectativas de nivel medio, el 34.1%, bajas y sólo el 2.4% altas posibilidades de empleo. En caso de no obtener empleo en la entidad, las ciudades más importantes a las cuales emigrarían, son Guadalajara, 36.5%; Mon-

terrey, 11.9%. A pesar de muchos contratiempos y una gran cantidad de obstáculos por resolver, el 89.7% de los estudiantes califican que su futuro profesional es considerablemente mejor que el de sus padres. *Estudios de educación en el nivel medio superior.* La mayoría de los estudiantes proceden de instituciones públicas, 89.68% y 10.32% de instituciones privadas. En relación con la preparatoria de origen, destacan las dependientes de la UAN, con el 43.7%; las instituciones privadas, con el 10.3%; Cecyten y Conalep, aportan el 9.5% y los Cbta's y Cebeti's, con el 7.9%. De las preparatorias de la UAN, la Preparatoria # 1, aporta el 19.8%; la Preparatoria # 13, el 7.1%. En relación al promedio obtenido encontramos tres grupos: el 48.4%, se ubican entre 8 y 8.9; el 22.2%, entre 9 y 9.5 y entre 7 y 7.9, el 19%. ¿Cuáles asignaturas gustaron más?. Matemáticas, el 20.6%; Física el 11.1%. ¿Cuáles asignaturas gustaron menos?. Historia y Química con el 12.7% e Inglés con el 9.5%. En el caso de las asignaturas reprobadas: el 46% fue regular; el 22%, reprobaron entre dos y tres y 13% más de tres asignaturas. Sólo el 50.8% tuvo acceso a los servicios de tutorías. *Actividades desempeñadas por el docente.* Desde la percepción de los estudiantes: la presentación y aclaración de los criterios de evaluación y la puntualidad, 94.4%; asistencia a clases, 92.9%; respeto a los criterios de evaluación, 92.8%; aclaración de dudas, 89.6%; fomento a la investigación, 69%; fomento a los valores, el 62.7%; promoción del trabajo colectivo fuera de clase, 50.8% y fomento a la asesoría, 30.9%. *De la revisión de los trabajos escolares.* Los criterios que más aplicaron los docentes fueron, la revisión de los mismos, 96.8%; presentación del trabajo, 84.9%; ortografía, 81.8%; extensión, 75.4%; manejo de ideas originales, 59.6%. *Limpieza de la preparatoria.* El panorama es: la biblioteca 90.5%, el auditorio 84.9%; cafetería 77.8%; salones de clase 71.4%; talleres 63.5% y sanitarios 51.6%. *Asistencia a actividades culturales dentro y fuera de la preparatoria.* ¿Qué tantas vivencias experi-

mentaron los estudiantes?. Las visitas a museos y congresos, 4%; eventos de danza, 6.3%; obras de teatro, 8.7%; asistencia a conciertos, 7.1%; asistencia a conferencias dentro de la institución, 9.5% y a exposiciones, 15.9%. *De los valores institucionales.* En relación con los valores que la institución promovió, los estudiantes advirtieron: Tolerancia y responsabilidad, 89.7%; respeto y disciplina, 86.5%; honestidad, 85.8% y trabajo en equipo, 81%. *Problemas limitantes de la institución.* Toda institución educativa muestra en su quehacer cotidiano fortalezas y debilidades, algunas de las opiniones de los estudiantes, fueron ...*"Algunos maestros no impartían bien sus clases. Algunos maestros no son muy buenos. Ausencia de instalaciones. Constantes cambios de maestros. Edificios viejos. El director ingresaba a familiares a dar clases. El director era un corrupto. La falta de asesorías. La falta de recursos para fomentar el aprendizaje. La falta de recursos audiovisuales. Había pocos y buenos maestros. Instalaciones demacradas"....Participación política, social y cívica actual.* La mayor participación se observó en grupos deportivos, 34.9% y asociaciones recreativas, 16.7%. *Visión de la sociedad mexicana.* ¿Cómo la observaron los jóvenes universitarios?, En el renglón de mucha confianza, la Secretaría de Marina, 42%; la UAN, 32.5%; el Ejército Mexicano, 31.7%; FEUAN, 18.3%. *Problemas que enfrenta la práctica de la profesión.* La falta de fuentes de empleo, 34.1%; la falta de infraestructura de las instituciones del sector público, 27.8%, y el salario profesional, 18.3%. *Apreciación hacia la universidad. (El examen Exhcoba).* Se destacan los bajos puntajes que en conjunto obtuvieron los estudiantes; el 6% está en el rango de 200-399; el 90%, en el rango de 400-599; sólo el 3% supera los 700 puntos. *Las opciones universitarias.* ¿Cuál fue la primera opción de los estudiantes? El grupo mayoritario se ubicó en las ingenierías; el 8% escogió la carrera de medicina con y el 5% se decidieron por Qfb. ¿Cuáles fueron los motivos por los cuales se decidieron estudiar

en la institución?, el 31.7%, consideró que esta ha alcanzado un aceptable nivel académico; el 23% era la única institución que ofrecía la carrera universitaria; el 15.1% por cercanía. Actualmente ¿Cómo comparan la UAN respecto de otras instituciones de educación superior?, el 69.8% la considera avanzada; el 81.7% volvería a estudiar en la institución y el 93.7% la recomendarían a sus familiares, parientes y vecinos.

Discusión

Los estudios de perfil de estudiantes universitarios de primer ingreso, independientemente del área de conocimiento, se muestran como una estrategia importante y necesaria para destacar diversos rasgos tanto económicos, escolares o familiares, a fin de enriquecer la toma de decisiones para la puesta en marcha de diversos programas y acciones. En el caso que nos ocupa, la población de la UACBel se muestra eminentemente joven, los hombres son predominantes en la matrícula (tendencia que siguen los programas académicos a nivel nacional). Son de la misma manera, mayoría ciudadanos. Quienes trabajan representan el 13.5%, cifra inferior respecto del 72.9% de estudiantes de la UAM-X. En relación a la escolaridad del padre de familia, el grupo mayoritario terminó la licenciatura; las madres de familia muestran niveles de escolaridad son menores, situación que se repite en otros estudios realizados dentro de la UAN. Los padres que concluyeron el posgrado siguen representando un grupo pequeño, así lo muestra De Garay (2001) con el 5.6% de su estudio nacional. El grupo mayoritario de padres son empleados profesionales; la mayor parte de las madres de familia se dedican a las labores del hogar y lo combinan con otros empleos. Como la mayoría de los estudiantes en la UAN, el 99.2% de los estudiantes no cuentan con beca. Respecto de los recursos de infraestructura, equipo y bibliográficos: el 44.4% cuenta con espacio para estudiar, el 52.4% con internet domiciliario, el 72.2% con computadora y el 18% con libros especializados

de la disciplina. El 67.5% utiliza el camión como medio de transporte. El (ACBel) y de Ciencias de la Salud muestran una problemática similar; encontramos a grupos estudiantiles que afirmaron estar en el área porque no fueron admitidos en otros programas o esperan cambiarse en la primera oportunidad. Esto a futuro impactará los programas académicos en sus índices de eficiencia terminal, reprobación y abandono. El 79.4% tiene planes de realizar estudios de especialidad posteriores a la licenciatura. El 80.1% afirma tener poca información de la situación y condiciones del mercado de trabajo de la profesión. Con relación a las expectativas laborales que ofrece el estado, el 2.4% las considera altas. La mayoría de los(as) estudiantes provienen de instituciones preparatorias públicas; el promedio final del 48.4% se ubica en el rango de 8 a 8.9. Las asignaturas que más gustaron fueron: Matemáticas, Física y Química. El 46% de la población estudiantil conservó su calidad de regular. Entre las diversas actividades que desarrolló el docente de manera satisfactoria fueron: presentación y aclaración de los criterios de evaluación; la puntualidad; y el respecto a los criterios de evaluación, las menos: aclaración de dudas o el fomento a la asesoría. En cuanto a las condiciones de infraestructura, las bibliotecas fueron los espacios más aceptables; en el caso de la limpieza, los sitios más descuidados fueron las cafeterías y baños. Un aspecto a destacar son las escasas experiencias de índole cultural/científico que se tuvieron durante su estancia. Respecto del nivel de confianza de las diferentes instituciones, destaca la UAN junto a la Secretaría de Marina o el Ejército México, el sector gubernamental fue de los menos favorecidos. Los problemas que actualmente enfrenta el campo profesional en opinión de los estudiantes no son diferentes a los comentados por los expertos: la falta de fuentes de empleo, de infraestructura de las Instituciones del Sector Público y el salario profesional. Llama la atención el bajo puntaje obtenido por los estudiantes, en su ingreso al

área. De su visión sobre la universidad, opinan mayoría -junto a otros universitarios- volverían a que ha alcanzado un buen académico, de ahí la estudiar en ella y la recomendarían.

Referencias

1. De Garay, Sánchez Adrián. Los actores desconocidos. Una aproximación al conocimiento de los estudiantes. Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES. 2001. México. D.F.
2. De Garay, Sánchez Adrián. (2003). Características socioeconómicas, hábitos de estudio y prácticas de consumo cultural de los alumnos de nuevo ingreso. (trimestre 03-P). Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Azcapotzalco. Disponible en [http://148.206.129.123/sieeee.nsf/4bd9720bcacf692206256fd20068554f/\\$FILE/NI03-O.pdf](http://148.206.129.123/sieeee.nsf/4bd9720bcacf692206256fd20068554f/$FILE/NI03-O.pdf).
3. De Garay, Sánchez Adrián. La primera generación de alumnos de la Unidad Cuajimalpa de la Universidad Autónoma Metropolitana. A un año de trayectoria escolar. El Cotidiano UAM-A, 2007;22:146:52-60
4. De Garay, Sánchez Adrián. Algunas características de la población estudiantil que ingresó a la Universidad Autónoma Metropolitana en el año 2003. El Cotidiano UAM-A, 2004;20:126
5. De Garay, Sánchez Adrián. Las Trayectorias Educativas en las Universidades Tecnológicas. Un acercamiento al modelo educativo desde las prácticas escolares de los jóvenes universitarios. SEP. SES. Coordinación General de Universidades Tecnológicas. Universidad Tecnológica de la Sierra Hidalguense. 2006. Bogotá, Colombia.
6. Encuesta Nacional de la Juventud 2005. Disponible en <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/encuesta.html>.
7. Guzmán, Gómez Carlota Claudia L. Saucedo Ramos. La investigación sobre alumnos en México: recuento de una década (1992-2002). En Sujetos, Actores y Procesos de Formación. Tomo II. La Investigación Educativa en México 1992-2002. COMIE. IPN. 2002. México DF.
8. Historia de la Unidad Académica de Ciencias Básicas e Ingenierías. Disponible en <http://www.uat.uan.edu.mx/?sec=ante>.
9. Secretaría de Investigación y Posgrado. (2010) PTC's con Perfil Promep. Universidad Autónoma de Nayarit. Disponible en (http://www.sip.uan.edu.mx/bajas/dfortale/act2010/perfile_promeppublicar2010.pdf).
10. Secretaría de Investigación y Posgrado. (2010). Profesores que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores". Disponible en (http://www.sip.uan.edu.mx/bajas/convocatorias/convoca2010/27oct/sni_sept_2010_publicar.pdf).
11. Secretaría de Investigación y Posgrado. (2010). Relación de Cuerpos Académicos ante Promep. Disponible en (http://www.sip.uan.edu.mx/bajas/julio1510/ca_promep_publicar.pdf).
12. Universidad Autónoma de Nayarit. (2002). Documento rector de la Reforma de la Universidad Autónoma de Nayarit. Disponible en http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GFRE_esMX370MX371&q=documento+rector+de+la+UAN.
13. Universidad Autónoma de Nayarit. Plan de Desarrollo Institucional 2004-2010. Tepic, Nayarit. 2005. México.
14. Universidad Autónoma de Nayarit. 6º. Informe de Labores 2009-2010. Tepic, Nayarit. 2010. México.
15. Universidad Autónoma de Nayarit. Anuario Estadístico 2008. Unidad de Desarrollo Institucional. Tepic, Nayarit. 2008. México.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DOCENTE REALIZADA POR LOS ESTUDIANTES: EXPERIENCIA EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA.

Ma. De los Ángeles González Álvarez¹, Fabiola de Santos Ávila², Irma Patricia González Rojas³.

1 Responsable del proceso de evaluación del desempeño docente, CUCS, UdG, CA Recursos Humanos en Salud

2 Coordinadora de Servicios Académicos, CUCS, UdG, CA Recursos Humanos en Salud

3 Coordinadora de Extensión, División Disciplinas Básicas, CUCS

Introducción:

La evaluación de los procesos educativos se ha convertido en una necesidad en todas las Instituciones de Educación Superior (IES) que pretenden ofrecer educación de calidad, debido a que ésta proporciona información acertada sobre lo que acontece en ellas, permite implementar mecanismos de mejora así como promover la participación de los actores involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje.

El concepto de evaluación es muy amplio, sin embargo, en el ámbito educativo es necesario precisar el sentido general que ésta adquiere y más necesario aún es precisar el concepto de evaluación del desempeño del docente, que es el caso que nos ocupa.

Existe un consenso al admitir que la evaluación consiste en emitir un juicio de valor sobre algo que se conoce y del cual se tienen identificados sus indicadores, de tal manera que ese juicio pueda orientar la toma de decisiones para mejorar.

En el presente ensayo se coincide con Ruiz al señalar que la evaluación es “un proceso de análisis estructurado y reflexivo que permite comprender la naturaleza del objeto de estudio y emitir juicios de valor sobre el mismo, propor-

cionando información para ayudar a mejorar y ajustar la acción educativa” (Ruiz, 1999). A partir de este concepto se aclara que el proceso estructurado es aquél que se basa en la planificación previa de lo que se quiere evaluar. Idealmente, esta planificación se observa en el diseño de los programas de las unidades de aprendizaje trabajados en la Academia.

Partiendo del hecho que el profesor deberá caracterizarse por una formación completa para las funciones académicas que debe desarrollar y una experiencia apropiada para el desarrollo de las funciones asignadas, hay una coincidencia con Valdés (2000) quien afirma que la evaluación del desempeño docente es “una actividad de análisis, compromiso y formación del profesorado, que valora y enjuicia la concepción, práctica, proyección y desarrollo de la actividad y de la profesionalización docente”.

En este contexto entonces, la práctica docente se inscribe dentro de un proceso educativo en general, en el que el aprendizaje del estudiante es el propósito principal y donde estos y los profesores tienen la función de intervenir directamente en las condiciones que faciliten la adquisición de competencias profesionales congruentes con el perfil de egreso de cada carrera.

Marques, Lane y Dorfman (1979) refieren que a pesar de que ni profesores ni alumnos están calificados para evaluar las dimensiones del desempeño docente, la aplicación de encuestas en donde vierten la información de lo sucedido en el ámbito del salón de clases, hace que los alumnos se integren y reflexionen sobre su papel en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Cabe señalar que la docencia, por sí sola, no es el proceso fundamental de la educación, y sí en cambio lo es el proceso del aprendizaje que está mediado por el esfuerzo del alumno, su historia, capacidad, trabajo, etc. Lo que aquí se busca evaluar no es todo el proceso educativo, sino exclusivamente la manera como la intervención del docente facilita el proceso de aprendizaje. Dado que los elementos sociales externos al aula escapan generalmente al control de la institución, en este trabajo se propone centrar la evaluación de la práctica docente vista desde la perspectiva del estudiante (actor principal responsable de aprender).

Por otro lado, la implementación de la evaluación del desempeño del profesor en las IES presenta varias ventajas, entre las que se encuentran las siguientes: incremento de la calidad debido a la retroalimentación; disponibilidad de información confiable para la toma de decisiones; detección de forma inmediata de conflictos, que derivan en propuestas de solución a los mismos; ponderación de aquellos puntos finos en los que el maestro puede ser apoyado en su quehacer en el aula y, finalmente, integrar información requerida por los organismos acreditadores.

En este trabajo se presenta de manera concreta, el procedimiento por el cual ha pasado la evaluación del desempeño del docente realizada por los estudiantes, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, con la finalidad de compartir una experiencia que pudiera aportar elementos vá-

lidos para el entendimiento de este proceso tan complejo. Se presentan problemáticas que han ido surgiendo a lo largo de su implementación y las estrategias utilizadas para su solución. Finalmente se muestra un panorama de lo que consideramos hace falta mejorar y en lo que se está trabajando actualmente.

Antecedentes.

Al interior de la Universidad de Guadalajara, han surgido una serie de programas con el objetivo de evaluar la tarea docente como son: Evaluar para mejorar, Carrera Docente del Personal Académico (1972), Evaluación del Personal Académico (1986), Autoestudio (Plan Institucional 1995-2000), Proyecto Nacional de Formación del Personal Académico (1993), Programa Nacional de Superación del Personal Académico (1993). (Martínez y Coronado, 2003). Aunado a ello, el Programa de estímulos académicos en el que participa una cantidad importante de profesores, es otra forma institucional de evaluar el desempeño de los docentes y proporcionar un reconocimiento económico. El Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) es otro mecanismo de seguimiento de la práctica docente a partir de indicadores establecidos y conocidos por los profesores.

También hay exigencias de organismos externos como los organismos acreditadores de las instituciones educativas, el Programa de Estímulos Académicos y los Comités de Dictamen Docente (1970) (CONACYT, ANUIES, UNAM).

En el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) se concibe la evaluación del desempeño del docente como un proceso participativo que le permite al estudiante expresar objetiva y responsablemente su percepción personal acerca del desempeño académico de los profesores en los cursos que ha tomado durante el ciclo escolar en cuestión. Es un proceso institucional y sistemático a partir del año 2004, que depende

directamente de la Secretaría Académica a través de la Coordinación de Servicios Académicos. Se realiza con la utilización de un cuestionario que se encuentra en línea en el Sistema Integral de Información y Administración Universitaria (SIIAU) y disponible para todos alumnos regulares al final de cada ciclo escolar. Surge con los propósitos de responder a las demandas de organismos acreditadores; retroalimentar al programa de formación docente y generar insumos para la investigación educativa.

El proceso se apoya en diversas instancias: Coordinación de Control Escolar, para la programación de la encuesta según calendario escolar a evaluar y en función de las fechas establecidas para el término y reinscripciones de cursos. En esta instancia se activa un aviso sobre la encuesta, el cual el alumno visualiza cada vez que realiza una consulta. A partir de la identificación de estas fechas, se actualizan los folletos informativos, el cartel, los avisos y banners de apoyo, que serán colocados en la página principal del CUCS por la Coordinación de Tecnologías del Aprendizaje.

Se programa finalmente la Encuesta en el SIIAU por un periodo de 30 días en el que se recuperan los datos que serán preparados para su manejo estadístico, vertidos en informes semestrales e incorporados en los informes anuales del Rector, por la Coordinación General de Tecnologías de la Información de la Universidad de Guadalajara.

Instrumento utilizado para la evaluación del desempeño docente.

La estructura del instrumento está diseñada a partir de los siguientes apartados: I. Aspectos generales, consta de tres reactivos cuyo propósito consiste en verificar si el docente realiza las actividades básicas en el aula; II. Trabajo colegiado, se incluyen dos reactivos que reflejan el trabajo que en academia debió realizar

el maestro y evalúa la pertinencia del programa de la materia y III Función docente, tiene que ver con la participación del profesor durante el desarrollo del programa en el aula. Esta sección está compuesta por once reactivos. El conjunto de reactivos de estos tres apartados están diseñados para ser respondidos mediante una escala tipo Likert con opciones de respuesta de *Nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre* a las cuales se asigna un valor numérico que va de 1 a 5.

Los anteriores aspectos se complementan con dos factores: la evaluación global del desempeño de maestro y la evaluación global del desempeño del propio alumno en una materia específica. Para estos, la escala de calificación es de 0 a 10.

Asimismo, se obtienen datos cualitativos, ya que se complementa el instrumento con un apartado de "Sugerencias al maestro para mejorar su actividad en el aula". Estas sugerencias se organizan en las siguientes categorías: I. Pedagógico-didácticas; II. Personales, III. Infraestructura y IV. Administrativas. Estos adquieren relevancia en la comprensión del proceso docente y son los que más apoyan al profesor a retroalimentar su práctica, por lo que se da especial importancia a estos datos.

Resultados.

A lo largo de este proceso de implementación de la evaluación se han identificado una serie de problemáticas que se han venido resolviendo con estrategias utilizadas en diferentes momentos. En el ciclo escolar 2006A, se identificó una escasa retroalimentación para el profesor al interior de los Departamentos. La División de Disciplinas Básicas para la Salud, que alberga a ocho Departamentos, realizó un ejercicio con los Coordinadores de Docencia de los mismos en el cual, a partir de la implementación de un taller, se instruyó a los participantes para la elaboración de

un informe de resultados que diera cuenta de la evaluación del desempeño del docente realizada por los alumnos y las estrategias de retroalimentación adoptadas por los Departamentos para mejorar la práctica docente.

Otro problema que sobresalía en ese momento fue el bajo porcentaje de participación de los estudiantes, principalmente de posgrado. En la búsqueda de hacer de la evaluación del desempeño docente un proceso más confiable y válido se aspiró a conseguir un 100% de respuesta de los alumnos y una mayor participación de los profesores en el apoyo a la misma, por lo que en el ciclo escolar 2007A se elaboró una propuesta de modificación del procedimiento, con miras a garantizar una mejora en el proceso, una ampliación de la cobertura, un mayor rendimiento y una mejor obtención de los datos y fue sometida a consideración ante la Junta Divisional del CUCS. La propuesta fue aprobada y puesta en marcha a partir del ciclo escolar 2007B.

La modificación del procedimiento incluyó una estrategia básica. A) Activar la Encuesta de Evaluación del Desempeño Docente en el sistema SIIAU hasta el final del semestre (anteriormente se encontraba disponible al término de cada curso, aproximadamente 10 fechas diferentes), Se vislumbró un posible problema ante el llenado de la encuesta por semestre y es el hecho de que los alumnos pudieran no recordar la experiencia obtenida dos meses atrás (en cursos que terminan a medio semestre). Sin embargo se hizo un seguimiento de los resultados, comparando un procedimiento con otro, y no hubo diferencias significativas en cuanto al posible sesgo de memoria.

En opinión de Fresán y Vera (2000), todo modelo de evaluación docente, debe proporcionar una retroalimentación inmediata al profesor, que le permita replantear sus actividades y/o su comportamiento y a la institución, sustentar los

procesos de desarrollo de sus dependencias. En el 2008, la estrategia de elaboración de informe de resultados se implementó en el CUCS con el objetivo de fortalecer la retroalimentación y apoyar el programa de formación docente, procedimiento que sigue operando a la fecha. Este proceso se vio acompañado de un taller informativo y de apoyo para la realización del mismo, en el que participaron Jefes de Departamento y Coordinadores de docencia de los mismos. Se diseñó un manual de procedimientos que contiene los requisitos para su elaboración, acompañado de la base de datos de los resultados de las evaluaciones correspondientes a cada Departamento.

Se identificó que en el posgrado, la baja participación se debía a que en el periodo en que se activa el cuestionario de evaluación, sus cursos aún no han terminado y el sistema no da la opción de contestarlo, por lo que, en el 2011 se piloteó una estrategia que consiste en programar dos periodos de evaluación, uno para el pregrado y otro para el postgrado, respetando sus fechas de término, ya que no necesariamente coinciden.

Por otro lado, el cuestionario utilizado desde el 2004 no había tenido una revisión y se sometió a análisis en los talleres de trabajo antes mencionados. Se recogieron sugerencias de profesores de diversas instancias las cuales fueron planteadas en otro taller organizado por la Coordinación de Servicios Académicos en el 2011 en el cual estuvo presente, el autor del instrumento, la jefa de la Unidad de Formación Docente, la responsable del proceso de evaluación, entre otros, donde se valoró la confiabilidad, validez y consistencia a partir de los resultados obtenidos a los largo de 7 años, mostrando un alto grado de confiabilidad ($\text{Alfha} = .93$). Se enfatiza en la importancia de regresar a los propósitos que dieron origen a la evaluación del desempeño docente por parte de los estudiantes. Se acuerda que los propósitos planteados en el 2004 siguen

siendo vigentes. Asimismo se deja asentado que el documento se elaboró en el contexto del modelo por competencias profesionales, que otorga al estudiante un papel protagónico en su formación y que está perfectamente capacitado para comprender la importancia de esta acción y evaluar objetivamente.

Hubo coincidencia en que el cuestionario seguía siendo actual y válido en la medida en que lleva al estudiante a recordar, valorar y expresar una opinión acerca de su experiencia con un profesor determinado.

Avances y logros.

A ocho años de su implementación, la Evaluación del Desempeño del docente por parte de los estudiantes en el CUCS se ha consolidado como un proceso homogéneo. Se ha creado una conciencia en los estudiantes acerca de la importancia del proceso, lo que ha favorecido el incremento en su participación.

En academia, al discutir y reflexionar estos resultados en conjunto, es posible identificar el desempeño de los profesores, cuáles cursos son los mejor o peor evaluados, qué circunstancias favorecieron tal resultado, qué falta por hacer, hacia dónde dirigir la atención para que, como academia, se realicen las propuestas tendientes a mejorar y cuáles aspectos son dignos de rescatarse y continuar reforzando. Por otro lado, a esta evaluación se suma la evaluación que del docente hace el Jefe de Departamento a partir de criterios institucionales integrados en el Reglamento de Ingreso Promoción y Permanencia de la Universidad de Guadalajara, en su Artículo 25, fracciones VI y VII, 2006.

La realización de un informe semestral de los resultados al interior de los departamentos ha promovido la retroalimentación al seno de las academias y se han perfilado una serie de propuestas que apoyan al Programa de Forma-

ción Docente alimentado por las necesidades de actualización de los profesores. En este sentido, se llevó a cabo una serie de reuniones de trabajo para analizar las necesidades de actualización de los profesores, señaladas por los estudiantes, con miras a establecer prioridades en esta materia. Actualmente se cuenta con el diseño de dos Diplomados, uno en línea y el otro sobre competencias profesionales, los cuales se implementaron en el año 2012.

¿Qué falta?

La constancia de evaluación del desempeño del docente emitida por el SIIAU de forma automática al ser llenado el instrumento de evaluación, aún cuenta con algunas deficiencias como es el hecho de que se emite una calificación automática (Excelente, Muy Bueno, Bueno, Regular o Deficiente), según los criterios de calificación programados para el cuestionario, independientemente de la cantidad de estudiantes que contesten el mismo. Esto genera que, en el caso extremo de que un solo estudiante evalúe al profesor del curso en cuestión, con esa calificación se emite la constancia.

Esta situación nos ocupa al momento ya que se busca la objetividad del proceso y se está trabajando con la instancia responsable para la solución del problema.

Es por demás señalar la importancia de difundir tanto los resultados desfavorables como los positivos, ya que aparentemente se ha hecho énfasis en lo negativo. Existen profesores que sistemáticamente reciben evaluaciones de excelencia y no son reconocidos. Al momento de la elaboración del presente ensayo se hizo la propuesta al Consejo Divisional de instituir la entrega de un reconocimiento anual el día del maestro a los docentes considerados por sus estudiantes como de excelente desempeño y se esperan resultados.

Conclusiones.

Definitivamente, la evaluación del profesor de su desempeño en el aula proporciona información importante para la toma de decisiones en diversas direcciones. Responde a las necesidades de excelencia de la Universidad, permite un seguimiento más cercano del trabajo docente y se convierte así, en una contribución sustancial para la mejora de la calidad educativa de la institución. Al profesor le permite la retroalimentación de su práctica diaria, obtiene una constancia que le sirve para la promoción y la participación en el programa de estímulos.

Cabe resaltar la importancia de sensibilizar a las autoridades acerca del potencial que la evaluación tiene en términos de toma de decisiones estratégicas, con el fin de que impulsen desde las Divisiones y Departamentos no solo el llenado del instrumento, sino en el procesamiento de los resultados, particularmente los cualitativos. Una revisión rápida de algunos resultados deja ver una gran riqueza de información útil que no ha sido explotada.

En el CUCS, la retroalimentación se expresa de diversas maneras, en lo inmediato, el profesor al tener acceso a los resultados de su evaluación realiza un trabajo personal de analizar las opiniones y sugerencias de los estudiantes y los incorpora a su práctica profesional. En el nivel de las jefaturas, estos elementos se enriquecen con los indicadores institucionales

Los datos obtenidos apoyan las propuestas de formación docente ya que permiten dirigir o redirigir las necesidades de formación y actualización para los profesores subsanando de esta forma las carencias que se pudieran tener. Además, existen otras actividades de actualización disciplinar organizadas por los Departamentos y que van encaminadas a apoyar esta función.

El incorporar la retroalimentación del desempeño como parte fundamental del proceso de evaluación, se basa en la oportunidad que ofrece este espacio específico para promover la modificación positiva de la práctica de los docentes, y por consiguiente, de la institución.

Con esta retroalimentación se intenta lograr un crecimiento sostenido en cuatro sentidos posibles: estudiante-profesor, Jefe de Departamento-profesor, Presidente de Academia-profesor y profesor-institución.

Este espacio de retroalimentación contribuirá a que los docentes puedan hacer, de manera más consciente y veraz la recuperación de su práctica educativa y así, al revisarla, puedan detectar y/o identificar aciertos y fallas y proponer alternativas de solución.

Se reconoce que la evaluación del desempeño docente realizada por los estudiantes no es una herramienta exclusiva para evaluar el desempeño sino que deben combinarse con resultados de otras fuentes de información.

Finalmente, estamos convencidos de las bondades de la evaluación como un proceso de mejora de la calidad educativa. También estamos conscientes de la complejidad del proceso global en el que, idealmente, se incluirían todos los actores involucrados en el proceso enseñanza-aprendizaje y retomando las dimensiones diversas.

Referencias bibliográficas

1. Ruiz Ruiz JM. Cómo hacer una evaluación de centros educativos, 3° Edición, Editorial Nancea, Madrid, 1999.
2. Valdés, VH. De los métodos de evaluación del desempeño docente. Ponencia presentada en el Encuentro Iberoamericano sobre Evaluación del Desempeño Docente México, 23-25 de mayo de 2000. En: Jaime G, Romero LJ, Rincón E, Jaime L. Documento de trabajo investigativo, publicado por la Vicerrectoría Académica de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2008, p.167-178
3. Marques T, Lane D, y Dorfman P. Toward the development of a system for instructional evaluation: Is there consensus regarding what constitutes effective teaching? *Journal of Educational Psychology* 1979; 71 (6), 840-849.
4. Martínez ME, Coronado G. Indicadores para la evaluación integral de la productividad académica en la educación superior; España, *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa* 2003; 9 (1): 45-72.
5. Fresan M, Vera Y. Propuesta de metodología básica para la evaluación del personal académico. En: *Evaluación del desempeño del personal académico: análisis y propuesta, de metodología básica, Serie investigaciones*, ANUIES, México, 2000,
6. Reglamento de Ingreso, Promoción y Permanencia del Personal Académico de la Universidad de Guadalajara, 2006.

Riesgos Psicosociales Ocupacionales en Académicos Universitarios de ICB: desde una perspectiva de género.

Dra. Juana Trejo Franco^{1,2}, Dr. Luis Flores Padilla^{1,2}, Dra. María Guadalupe Alderete Rodríguez³, Dr. Manuel Pando Moreno³, Dr. Horacio Barraza Salas⁴

¹ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del IMSS

² Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

³ Universidad de Guadalajara

⁴ Universidad Autónoma de Nayarit

Resumen

Introducción; El ejercicio profesional del maestro demanda de manera constante nuevos conocimientos. Esto hace que el académico tenga necesidad de estar en permanente preparación académica. Por lo que las diversas situaciones estresantes durante la jornada de trabajo; ambientes ruidosos, exceso de alumnos por grupo, indisciplina de los estudiantes, cargas excesivas de horas frente a grupo, etc. El objetivo fue determinar el Síndrome de Burnout en las mujeres académicas.

Material y métodos; se entrevistó a 62 profesores universitarios. Variables; edad, sexo, escolaridad, estado civil, nombramiento, antigüedad, turno, salud física: valoración del estado de salud, relación entre la salud y la actividad laboral, Índice de Masa Corporal. Para el análisis se utilizó *Chi* cuadrada, valor de $P < 0.05$.

Resultados: el 42% mujeres, edad 29 a 67 años y promedio de 45, las mujeres fueron más jóvenes (29.3%), existen diferencias en académicas Doctoras con una relación de 3.5, el 51.62% padecen de sobre peso y obesidad. dimensión alta de despersonalización, se presenta por cada 3 mujeres hay 2 hombres.

Conclusiones; Las profesoras universitarias tienen una preparación académica mayor en estudios de postgrados y en docencia e investigación y mayor riesgo de padecer síndrome de burnout.

Palabras clave: Salud ocupacional, riesgo psicosocial, profesor universitario, mujer, género.

Abstract

Introduction; The professional professor constantly demand new knowledge. This makes the academic has to be in constant need of academic preparation. As various stressful situations during the workday; noisy environments, excessive student group, student indiscipline, excessive loads of hours in front of a group, and so on. The objective was to determine the burnout syndrome in academics women's.

Material and methods; interviewed 62 university professor. variables: age, sex, education, marital status, appointment, labor antiquity, work shift, physical health, assessment of health status, relationship between health and work activity, Body Mass Index. The analysis used chi square value of $P < 0.05$

Results: 42% female, age 29-67 years, average 45, women were younger (29.3%), differences in academic Female Doctors with a relation of 3.5, the 51.62% sufferers overweight and obesity. high dimension of depersonalization is presented in 3 women to 2 men

Conclusions; university professor woman's, have a higher academic studies and graduate teaching and research in higher risk of burnout syndrome.

Key words; occupational health, psychosocial factors, university professor, woman, gender.

Introducción

Se han identificado tres dimensiones progresivas y sugirieron que es el inicio del proceso del síndrome de burnout, que comienza con la manera de afrontarlo; con la despersonalización, la disminución del logro personal y finaliza con el agotamiento emocional. El agotamiento profesional; es una respuesta prolongada por los estresores crónicos emocionales e interpersonales, implica una tensión crónica, resultado de la incongruencia o inadecuación entre el trabajador y su trabajo, existe una pérdida del idealismo y pasión por el propio trabajo¹.

Toda actividad profesional lleva consigo una serie de estímulos que pueden repercutir en la salud de las personas y en su rendimiento profesional. Ser un buen profesor universitario es un reto muy grande ya que se requiere poseer habilidades intelectuales y competencias profesionales, el dominio de los métodos y los recursos adecuados para favorecer el aprendizaje. Un aspecto importante del trabajo docente implica la toma de decisiones frente a situaciones imprevistas, la capacidad de resolver conflictos cotidianos y conducir adecuadamente un grupo escolar. Así el ejercicio profesional del maestro en un contexto de grandes transformaciones demanda de manera constante nuevos cono-

cimientos. Esto hace que el académico tenga necesidad de estar en permanente preparación académica. Por lo que las diversas situaciones estresantes durante la jornada de trabajo; ambientes ruidosos, exceso de alumnos por grupo, indisciplina de los estudiantes, cargas excesivas de horas frente a grupo, etc. Han hecho que el estrés crónico en el trabajo académico y la responsabilidad laboral de los profesores universitarios esten propensos de padecer el síndrome de burnout, en donde las dimensiones que se presentan de una manera más significativa son la despersonalización debido al agotamiento emocional que puede ser producido por la competencia profesional y académica de los docentes y a la vez un deterioro en la salud². En España los profesores universitarios con síndrome de burnout se les han asociado diferentes facetas; agotamiento emocional y despersonalización, en donde las horas de trabajo a la semana, la antigüedad laboral, personalidad resistente, patrón de conducta, contrariedades cotidianas acentúan las dimensiones del síndrome. En cuanto a la falta de realización personal es debido al escaso optimismo personal, apoyo familiar y de amigos³ el estrés relacionado con docencia y el cumplimiento de investigaciones para la acreditación de las universidades es otro factor de riesgo⁴. En universidades de Brasil el maestro está muy comprometido afectivamente con la universidad y se percibe ofendido por la manera en que se asignan injustamente los recursos, las inadecuadas relaciones interpersonales entre docentes, aumentan la probabilidad de que se desarrolle el agotamiento emocional y ponen en riesgo la salud de los profesores⁵. En profesores (72% mujeres) de Colombia, las condiciones inadecuadas de el aula, ruido excesivo, violencia escolar, las enfermedades musculo esqueléticas y diarreicas fueron los riesgos para padecer despersonalización medio y alta en un 33%, así como agotamiento emocional del 37%⁶, la relación con estudiantes que tienen dificultades y la manera de tratar de resolver estas dificultades, trabajar

con estudiantes con algún tipo de discapacidad, escaso apoyo de las autoridades universitarias, hostilidad y conflicto con compañeros docentes al percibir que restan calidad al trabajo docente⁷. Las mujeres docentes y casadas del Perú tienen la dimensión de agotamiento emocional más alto que los hombres y el síndrome de burnout está presente en alguna de sus etapas el 48 % de las mujeres⁸.

En los profesores universitarios de México se han identificado diferencias en la presentación de las dimensiones del síndrome de burnout; en Guadalajara el agotamiento emocional y despersonalización alto fue del 11 y 1.4%, en Veracruz México, que los profesores universitarios tienen un riesgo percibido la falta de realización personal y el desgaste emocional como deterioro sobre su salud^{9,10}. Este trabajo tuvo como objetivo determinar la salud mental y específicamente el *Síndrome de Burnout* o de Agotamiento Emocional de los académicos Universitarios y establecer cuáles factores psicosociales negativos del trabajo son los que se asocian a la presencia del burnout en los profesores universitarios en particular en las mujeres académicas.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional y transversal donde se consideraron al personal de profesores académicos del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Autónoma de Ciudad Juárez, con categoría laboral de profesor de tiempo completo o medio tiempo que tuvieran más de un año de antigüedad en su puesto de trabajo y que estuvieran realizando funciones docentes (docencia como trabajo frente a grupo de estudiantes universitarios), se excluyeron aquellos académicos que estuvieran contratados por honorarios o que estuvieran ejerciendo funciones administrativas o directivas.

Se calculó una muestra asumiendo un 0.05 como margen de error aceptable y un 95% de

confiabilidad; con lo que se obtuvo un total de 62 profesores académicos, que fueron seleccionados al azar de acuerdo a los departamentos de Ciencias Básicas, Médicas y Estomatológicas del Instituto. La recolección de los datos se realizó a través de cuestionarios validados para obtener información sobre: datos sociodemográficos, de las condiciones de trabajo, salud y el Síndrome de Burnout. Las variables del estudio; edad, sexo, escolaridad, estado civil, nombramiento, antigüedad en la institución, turno, salud física: valoración del estado de salud, relación entre la salud y la actividad laboral, problemas de salud actuales, peso y talla para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC) y Síndrome de Burnout.

Para la medición de la estatura y el peso se determinó mediante una báscula de pie provista de altímetro la cual era calibrada antes de empezar el levantamiento de datos. A los académicos se les pedía que subieran a la plataforma de la báscula descalzos y que se pusieran en posición de "firmes", estando en esta posición se registraba el peso y con el estadímetro que se colocaba sobre la coronilla del académico se tomaba la estatura. Con estos datos se procedió a calcular el IMC, con la fórmula del producto del peso/talla². Se consideró de 18 a hasta 25 como aceptable o bien nutrido, 26-30 como sobrepeso, 30-35 obeso de primer grado, 36 a 40 como obeso de segundo grado y más de 40 como obeso de tercer grado¹¹. Para medir el síndrome de burnout se utilizó el instrumento de *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Que consta de tres dimensiones sobre el *Maslach Burnout Inventory*. Se trata de un cuestionario de 22 ítems con 5 opciones de respuesta (escala Likert de 0 a 4), que contiene las siguientes dimensiones: Agotamiento Emocional (AE): sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo. Despersonalización (DP): respuesta fría e impersonal hacia los pacientes. Baja Realización en el Trabajo (RPT): sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

Las puntuaciones de cada escala se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems. Como puntos de corte se utilizó la versión catalana del MBI, que clasifica en nivel “alto”, “medio” y “bajo o nulo” cada una de las tres sub-escalas del instrumento, las calificaciones de nivel alto y medio se consideran como “presencia de daño”. Para el análisis de datos se establecieron los niveles para el síndrome de *Burnout*, con *Chi* cuadrada, considerando significativa la asociación si valor de *p* era menor a 0.05, y para el cálculo de *OR* considerando valido cuando sea mayor a 1, los niveles de confiabilidad no incluyan la unidad y exista un valor de asociación de acuerdo a lo establecido ($p < 0.05$).

Resultados

Los profesores académicos contratados de forma permanente fueron el 42% mujeres y 58% hombres, con un rango de edad de 29 a 67 años y un promedio de 45 años, en el grupo de edad de 30-39 y 40-49 años las mujeres académicas fueron más jóvenes (29.3%) que los académicos.

Con relación al estado civil la mayor parte de los academic@s están casados 77.42%, están contratados para laborar de tiempo completo 67.75%, y el 9.68% además realiza investigación, en la escolaridad de los academic@s, existen diferencias en las profesoras académicas que obtuvieron el grado de Doctoras con una relación de 3.5 a 1 por cada Doctor, en cambio en la Grado de Maestría se invierte la relación 2.2 por cada académica. El trabajo docente e investigación se desarrolla durante una jornada laboral mixta 58.07 y el turno matutino 38.7%. En los aspectos nocivos en contra de la salud los profesores académicos tienen un porcentaje mayor y existen diferencias significas en los actos hábitos nocivos a la salud como son el fumar y beber bebidas alcohólicas 17.74 y 29.03%. Pero también existen diferencias en cuanto al practicar deporte en los académicos ya que el 35.48% vs 16.13%. Desafortunadamente en la nutrición el 51.62% de las profesoras académicas padecen de sobre peso y obesidad. (Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1 Características sociodemográficas de los academic@s

Características		Mujeres		Hombres		P < 0.05
		No.	%	No.	%	
Edad	≤ 29 años	2	3.23	1	1.61	
	30-39 años	10	16.13	7	11.29	
	40-49 años	8	12.90	10	16.13	
	≥ 50 años	6	9.68	18	29.03	
Estado civil	Soltero	5	8.06	3	4.84	
	Casado	18	29.03	30	48.39	
	Divorciado/Separado	3	4.84	3	4.84	
Nombramiento	Técnico docente	6	9.68	8	12.90	
	Profesor de carrera	16	25.81	26	41.94	
	Profesor-Investigador	4	6.45	2	3.23	

Características		Mujeres		Hombres		P < 0.05
		No.	%	No.	%	
Jornada laboral	Media	7	11.29	14	22.58	
	Completa	19	30.65	22	35.48	
Escolaridad	Licenciatura	6	9.68	8	12.90	*
	Maestría	9	14.52	20	32.26	
	Doctorado	7	11.29	2	3.23	
	Otra	4	6.45	6	9.68	
Turno	Matutino	9	14.52	15	24.19	
	Vespertino	1	1.61	1	1.61	
	Mixto	16	25.81	20	32.26	
Fumador	Sí	2	3.23	11	17.74	*
	No	24	38.71	25	40.32	
Bebedor	Sí	7	11.29	18	29.03	**
	No	19	30.65	18	29.03	
Practica deporte	Sí	10	16.13	22	35.48	**
	No	16	25.81	14	22.58	
IMC (kg/m2)	Bien Nutrido	5	6.45	4	8.06	
	Sobrepeso	15	30.65	19	24.19	
	Obesidad	6	20.97	13	9.68	

Valor de P = * < 0.05, **< 0.001

El riesgo de padecer el síndrome de burnout en el desempeño laboral de los academic@s es diferente entre las mujeres y hombres; ya que de acuerdo a las dimensiones de este síndrome la despersonalización con una dimensión baja, la padecen más los hombres en un 43.55% vs 24.19%, pero en la dimensión alta la relación mujer – hombre, se presenta por cada 3 mujeres con despersonalización alta hay dos hombres

que la padecen. En la dimensión de agotamiento emocional medio hay diferencias significas en las mujeres ya que la padecen el 11.29%. En la dimensión de la falta de realización personal los hombres tienen mayor riesgo con un 56.45%. (Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2. Síndrome Burnout como riesgo laboral psicosocial en el trabajo docente.

Síndrome de Burnout	Dimensiones	Mujeres %	Hombres %	OR	P < 0.05
Despersonalización	Baja	24.19	43.55	0.45	
	Media	6.45	6.45	1.45	
	Alta	11.30	8.06	2.28	
Agotamiento Emocional	Bajo	30.64	53.23	0.25	
	Medio	11.30	1.61	12.89	*
	Alto	0.00	3.22	NS	
Realización Personal en el Trabajo	Bajo	40.32	56.46	0.71	
	Medio	0.00	1.61	NS	
	Alto	1.61	0.00	NS	

Valor de P = * < 0.05

En el riesgo de padecer una o varias dimensiones altas del síndrome de burnout en el desempeño laboral en los academic@s universitarios. Se identifico a profesores que tienen las tres dimensiones presentes; Nombramiento de tiempo completo y el ser casado con mayor proporción la despersonalización,

quienes tuvieron dos dimensiones presentes; la jornada laboral de medio tiempo y ser mujer, quienes tuvieron una sola dimensión del síndrome de burnout fueron la jornada de tiempo completo, estar divorciado, ser profesor-investigador y técnico-docente. (Cuadro No.1)

Cuadro 3. Dimensiones altas del Síndrome de Burnout en Academic@s

	Despersonalización		Agotamiento Emocional		Falta Realización Personal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nombramiento Profesor -Carrera	10	16.1	2	3.2	1	1.6
Estado Civil Casado	10	16.1	2	3.2	1	1.6
Jornada Medio Tiempo	4	6.5	2	3.2	1	1.6
Mujer	7	11.3	0	0.0	1	1.6
Jornada Tiempo Completo	8	12.9	0	0.0	0	0.0
Estado Civil Divorciado	2	3.2	0	0.0	0	0.0
Nombramiento Profesor -Investigador	1	1.6	0	0.0	0	0.0
Nombramiento Técnico Docente	1	1.6	0	0.0	0	0.0

Discusión

En la actualidad las profesoras universitarias tienen una preparación académica mayor en estudios de postgrados y la responsabilidad en la docencia e investigación en diferencia de sus compañeros, en las conductas nocivas para la salud tienen menor que los hombres riesgo en el tomar bebidas alcohólicas y el fumar. Sin embargo el sobrepeso y la obesidad es un riesgo latente de desarrollo de enfermedades cardiovasculares agregado a la escasa práctica del deporte, estos riesgos a la salud aumentan con el estrés laboral que desencadena en enfermedades psicosomáticas o en incapacidades debido a enfermedades musculo esqueléticas o diarreicas o en los riesgos nocivos a la salud física y mental y que pueden causar deserción o deteriora la calidad de vida^{2,3,6,10}.

Se identificó en las dimensiones de síndrome de burnout con un mayor porcentaje de despersonalización alta a las mujeres que a diferencia de otros estudios, que han identificado al agota-

miento emocional, como el riesgo más representativo del síndrome y que se presenta con más frecuencia en las mujeres o que pueden estar íntimamente asociadas ambas dimensiones, aunque la muestra fue muy pequeña para afirmar este hallazgo no deja de ser preocupante. Otra posible explicación: son los escasos estudios que existen en mujeres universitarias^{3,10}.

En relación con el estrés, las dimensiones altas encontradas en los profesores universitarios de la UACJ que llevan al síndrome de burnout; quienes padecen con las tres dimensiones altas son los profesores de carrera, los que trabajan media jornada. Si bien, no se indagó las causas que tienen relación directa con las autoridades académicas y las condiciones laborales pueden condicionar en un desarrollo franco del síndrome de burnout ya que las relaciones entre autoridades – compañeros – estudiantes, han sido identificados como factor desencadenante de esta enfermedad mental

Referencias

- 1.- Maslach C, Jackson SE. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. American Psychological Society. *Curr Dir Psychol Sci*, 12(5):181-192.
- 2.- Guerrero, BE. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*. 19(1): 145-158.
- 3.- Otero-López, J.M., Santiago-Mariño, J.S. & Castro-Bolaño, C. (2008). An integrating approach to the study of burnout in University Professors. *Psicothema* 20(4), 766-772.
- 4.- Saura, M.J., Simo, P., Enache, M. & Fernández, V. (2011). Estudio exploratorio de los determinantes de la salud y el estrés laboral del personal docente e investigador universitario laboral en España. *Archivos Analíticos de Políticas Educativa*, 19(4).
- 5.- Félix-Sousa, I. & Mendoça, H. (2009). Burnout en professors universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo. *Psic.: Teor. E Pesq*, 25(4), 499-508.
- 6.- Restrepo-Ayala, N.C., Colorado-Vargas, G.O. & Cabrera-Arana, G.A. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. *Rev. Salud Pública*, 8(1), 63-73.
- 7.- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, V., Padilla-M, A.C. & Avella-García, C.B. (2009). El docente, su entorno y el síndrome de agotamiento profesional (SAP) en colegios públicos en Bogotá (Colombia). *Rev. Colomb. Psiquiat*, 38(2), 279-293.
- 8.- Ponce-Díaz, C.R., Bulnes-Bedón, M.S., Aliaga-Tovar, J.R., Atalaya-Pisco, M.R. & Huertas-Rosales, R.E. (2005). El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista IIPSI*, 8(2), 87-112.

La influencia de las redes de apoyo en el bienestar social

Dra. Carolina Aranda Beltrán

Investigadora del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional

Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara

Correspondencia a: Dra. Carolina Aranda Beltrán

Domicilio: Joaquín Aguirre Berlanga No. 970, Colonia Jardines Alcalde, C.P. 44290, Tel: 38 24 70 56

Guadalajara, Jalisco, México. Email: caranda2000@yahoo.com.mx

RESUMEN

Se entiende por apoyo social, las conductas y acciones que se dan entre las personas por el emisor y el receptor, mientras que por red de apoyo a los individuos, grupos y comunidades que regulan y amortiguan esas conductas y acciones que se entrelazan con miras, en la mayoría de las veces, hacia la obtención de un resultado benéfico para la salud física, mental y social.

Palabras clave: Apoyo Social, Red Social de Apoyo, Bienestar Social

ABSTRACT:

Social support is defined as the behaviors and actions that occur among people between the transmitter and receiver, while on the social support network to individuals, groups and communities that regulate and buffer those behaviors and actions that are intertwined with a view, in most of times, to obtain a beneficial result for the physical, mental and social health.

Keywords: Social Support, Social Support Network, Social Welfare

INTRODUCCIÓN

El apoyo social y las redes sociales de apoyo son necesidades básicas imprescindibles

e importantes en la salud y el bienestar de las personas.

En la década de los cincuenta, tras la necesidad de explicar algunos aspectos que estaban sucediendo en las personas, surgieron dos conceptos imprescindibles para el bienestar y la tranquilidad de los individuos: el apoyo social y las redes sociales de apoyo. En ese entonces John Barnes y Elizabeth Bott, en 1954 y 1955 (1,2) específicamente, fueron los autores que dieron auge a estas variables. A partir de ellos, han sido numerosas las aportaciones al campo de estudio, pasando por la década de los sesentas hasta la actualidad, en que también se observa que las definiciones y/o conceptos que se han construido no varían gran cosa.

Sin embargo, llama la atención la definición expuesta por el psiquiatra británico John Bowlby en 1969 (3), a través de su teoría del desapego, cuando surge la necesidad de explicar el cariño de una madre hacia los hijos, en específico el del efecto protector que el apoyo social brinda a una persona, desde su infancia y durante su vida.

Más tarde, otros autores también se dan cuenta de la importancia que el apoyo social y las redes de apoyo social tienen en otras

ámbitos de la vida, como en las áreas laborales, sociales, etc. Es así que surgen entonces diversos estudios científicos tratando de encontrar la relación entre el apoyo social con el estrés, en diversos procesos psicosociales, en la enfermedad, en la salud y el bienestar, y hasta en la muerte (4-8).

El apoyo social se definía entonces como las transacciones, vínculos e impulsos, fuerzas preventivas, etc., es decir: conductas y acciones que se brindan entre las personas con fines benéficos hacia y para los receptores (9-11), y la red de apoyo como las instancias (individuos, grupos, comunidad, etc.), que regulan y amortiguan los diferentes tipos de apoyo ofrecidos (6, 12), sean estos emocionales, informacionales, espirituales e instrumentales (ver más adelante tipos y funciones del apoyo), entre los miembros que pertenecen a esa red.

Sin embargo tanto el apoyo social como las redes de apoyo deben plasmar cierto grado de satisfacción y confianza, pues de lo contrario las acciones ofrecidas desde el apoyo social y las redes de apoyo no cumplirían su cometido.

Imprescindible es recalcar otras perspectivas aunadas a las redes de apoyo como son: la calidad, cantidad y distribución de recursos (13), así como de quien o quienes brindan el apoyo, sean estos grupos sociales formados por amigos, cónyuge, hijos, familiares, etc..

A través de los años y de la experiencia adquirida por los estudiosos del tema, se agregan a estos conceptos otras estructuras como el grado de integración-aislamiento, es decir estar involucrado o no en determinados roles y contextos sociales: el control social, las demandas, los conflictos y la asistencia a la red (14).

La familia nuclear es considerada por Lemos y Fernández (15) como el "círculo interior" más

pequeño que conforma la red de apoyo; mientras que el resto, es decir, los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc., conforman el "círculo exterior" muy probablemente algo mas denso, y según Shumaker y Brownell (16) se requiere de por lo menos dos personas en dicha interrelación para lograr un bienestar.

En fin, el apoyo social es un proceso complejo y dinámico (17). Mientras el apoyo social es personal y subjetivo, las redes de apoyo son menos personales y más objetivas (18), tan es así que Bronfenbrenner (19) refiere que la o las personas pueden apoyar a otras aunque no se esté presente, y que toda red tiene por común una representación "espacio-temporal" (20).

Las transacciones e interrelaciones que se dan entre los miembros de la red social, según Sánchez (21), se rigen por "principios psicológicos" o como "propiedades emergentes de las relaciones sociales".

Como se mencionó párrafos arriba, toda gestión, conducta o comunicación entre las personas que conforman la red social, tiene el filial propósito de prevenir, resguardar y favorecer a los demás, tanto en situaciones vivenciales críticas como cotidianas, enfrentando y afrontando de manera adecuada todo escenario, por problemático que este sea, a lo que Ander (22) menciona que el apoyo social "es humano, existencial y personal".

En la actualidad, la mayoría de los autores que publican sobre el tema retoman conceptos ya existentes en el que, la mayoría de ellos, contextualizan al apoyo social y las redes de apoyo como las transacciones que se brindan entre las personas, en donde las funciones y los tipos de apoyo ofrecidos son diversos, sean estos individuales, grupales y comunitarios, formales e informales, pero siempre con miras hacia el beneficio y la calidad de vida. Por supuesto que

dependiendo de la percepción que se tenga del apoyo recibido será el nivel de satisfacción que se tenga del mismo, así como de su red de apoyo.

No se debe olvidar que en la actualidad también existen otros medios de comunicación: los llamados “online”, los cuales son considerados como una “red social” en la que se “potencializan” las relaciones sociales entre las personas, considerándose éstas, de alguna manera, como un beneficio social.

Por otra parte, toda acción requiere de una función, por lo que es necesario comprender cuáles son las funciones de apoyo que se ejercen dentro de una red social: la estructural y la funcional (23), mientras otros autores como Lin, Dean y Ensel (24) las clasifican en instrumentales y expresivas.

La perspectiva estructural analiza varios aspectos: el “tamaño de la red”, es decir, el número de personas que componen la red; su “densidad”, consistente en el análisis de la interconexión entre los medios de la red; la “reciprocidad”, interpretada como la equidad e igualdad de los recursos que se proporcionan entre los miembros y, por último la “homogeneidad”, entendida como la coherencia y/o semejanza de situaciones entre la red, sin embargo, éste aspecto no toma en cuenta las funciones del apoyo social ni de las redes de apoyo (23).

En cuanto a la perspectiva funcional, ésta hace referencia a las funciones específicamente de tipo “cualitativas”. Dentro de estas funciones se reconocen las de tipo emocional (expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía, estima y/o pertenencia a grupos), su importancia estriba en que el sujeto se sienta “aceptado y valorado”; las de tipo material o instrumental (acciones o materiales que se proporcionan), su relevancia consiste en resolver de manera apropiada una situación crítica cotidiana;

y las informacionales (ofrecer consejos, guiar y mantenerse informados), imprescindibles para poderse mover en un mundo interno y en un contexto social global (23).

Cabe mencionarse que dentro de estas funciones, la presencia del apoyo emocional es indispensable, sin él las otras no podrían llevarse a cabo, y que, sobre todo, dependerá de la “calidad de apoyo”, de “quien o quienes”, de el “momento y situación”, de la “necesidad”, “duración”, “metas”, etc., en que se proporcione el apoyo, la percepción y el nivel de satisfacción que se tenga del mismo (apoyo subjetivo), así como el logro en el bienestar y la salud de los sujetos. Un buen apoyo social (recibido y percibido) proporcionará mejores niveles de salud y bienestar tanto físico, como biológico, psicológico y social y, a su vez, un buen estado de salud facilitaría el mantener un buen apoyo social.

Por lo que se refiere a la función instrumental, se debe a acciones que las personas llevan a cabo para un fin, sin considerar cuales son los medios que se emplean para proporcionarlo, y la función expresiva “deriva de acciones expresivas: aquellas acciones que el individuo realiza y cuyo fin son ellas mismas” (24).

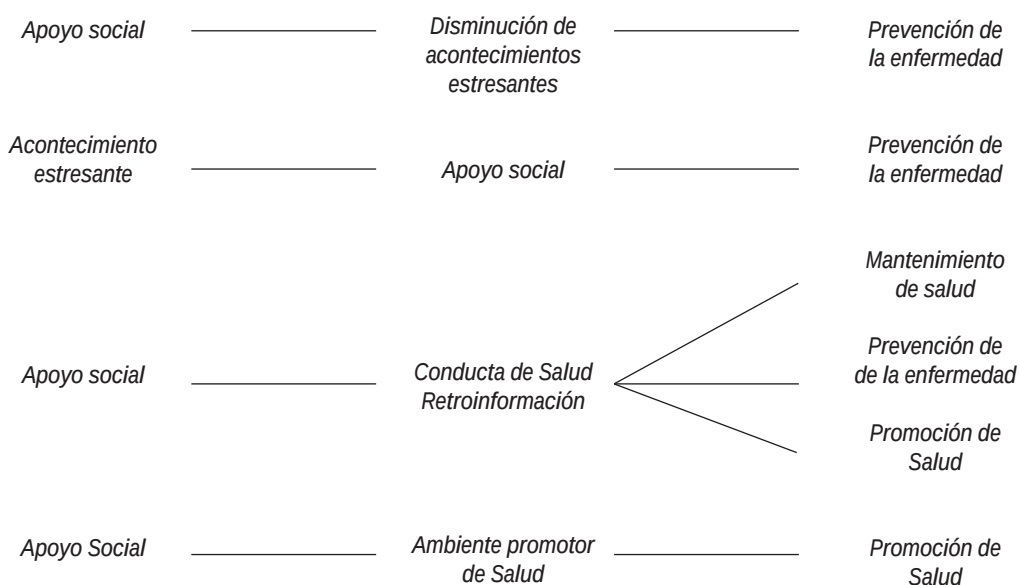
Es importante señalar que el apoyo social puede ser proporcionado de manera individual, grupal, institucional, comunitario, formal e informal.

EFFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Dos son los efectos del apoyo social sobre las respuestas fisiológicas del organismo: 1. Actúan directamente en la respuesta inmunológica reduciendo los efectos neuroendocrinos, es decir, el apoyo social actúa directamente como un efecto positivo sobre la salud: “efecto principal directo” y 2. Amortiguan las respuestas “efecto buffering”, bien sea reduciendo o frenando las manifestaciones fisiológicas que deterioran la salud.

Ante la salud y la enfermedad, el apoyo social juega de diferentes maneras: como antecesor el apoyo informa, promueve, previene y mantiene la salud y el bienestar, disminuyendo en consecuencia la presencia de situaciones críticas y

las respuestas negativas del organismo. Como variable intermedia, el apoyo social amortiguará los efectos, disminuyendo su peligrosidad (25).



Comprender con exactitud la influencia del apoyo social ante la salud-enfermedad es un proceso complejo y dinámico, sobre todo cuando hay que valorar también el cómo una persona percibe el apoyo, qué tan satisfecha está con él y si existen otros factores intervinientes en esa relación que perturbe el bienestar y la salud de las personas. Sin embargo, lo que es inminente y casi seguro, es que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos sujetos a los que les falta apoyo y/o en quienes el apoyo recibido o es inadecuadamente proporcionado y mal percibido, o adecuadamente proporcionado pero también mal percibido, según la apreciación del sujeto. Hay que tomar en cuenta que en ocasiones la persona ni siquiera se da cuenta de que realmente está recibiendo apoyo y que se dispone de él, por lo que la percepción que se tenga

será un factor importante y determinante durante el proceso de su enfermedad, en su recuperación, bienestar y calidad de vida.

GRUPOS DE AYUDA

Pertenecer a un sistema social o grupo social tiene efectos positivos en la salud de las personas.

Ya se han ofrecido párrafos arriba algunos conceptos sobre el apoyo social y las redes de apoyo social, en el que se refleja en todos ellos que el apoyo social son las transacciones que se dan entre las personas con conductas que también se relacionan entre sí. Los grupos de autoayuda, ayuda mutua o apoyo mutuo (términos semejantes) son un conjunto de personas que se sienten identificadas

con el grupo, reunidas en pequeñas estructuras que se brindan ayuda mutua “en común” hacia “una causa”, con fines benéficos.

Según su funcionalidad los grupos de autoayuda se clasifican en: 1. Grupo de apoyo material, tangible e instrumental (se brinda apoyo enfocado en lo material e instrumental); 2. Grupos de apoyo emocional (apoyo emocional), 3. Grupos de apoyo motivacional (apoyo emocional), 4. Grupos de apoyo para reestablecer la autoestima (apoyo emocional), 5. Grupos de compañía (apoyo emocional), 6. Grupos de apoyo formativo/informativo (menor apoyo de tipo emocional, más instrumental), y 7. Grupos de apoyo para superar situaciones traumáticas (apoyo emocional) (22). Cada uno de ellos tiene sus propias funciones y objetivos. Según el caso, será el tipo de apoyo y las conductas de apoyo que se brinden, sean éstas las de resolver problemas, aportar algo, cuidarse, darse afecto, sentirse estimados, valorados, motivados, confiados, acompañados, informados, aconsejados, etc. La familia y los amigos son un grupo social importante en la promoción y prevención de la salud, en el afrontamiento de situaciones críticas y en, durante y después de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

Es preciso mencionar que tanto las redes de apoyo social de tipo informal (familia, cónyuge, hijos, hermanos) como las formales (grupos, organizaciones, centros sociales y de salud), en menor o mayor grado, son importantes y necesarias en la solución de cualquier situación deseada o no.

Al análisis de las relaciones sociales se le ha vinculado más con el apoyo social percibido, al considerarse que una situación afectará al individuo según la forma e intensidad en que éste las perciba. Siguiendo a Caplan (9) en el apoyo tangible-objetivo se proporcionan recursos sobre todo de tipo material, con los cuales se obtendrán resultados favorables en el bienestar físico y

mental; pero si el apoyo es de tipo psicológico-objetivo, las acciones dadas se enfocarán en lo afectivo suscitando un mayor bienestar; mientras que el apoyo tangible-subjetivo y el psicológico-subjetivo, se enfoca en la “percepción” que los sujetos tienen de la existencia de esos recursos materiales y afectivos, que en algún momento le pueden ser de apoyo. La diferencia entonces estriba en que mientras uno es tangible el otro es perceptivo.

La percepción del apoyo es una medida del bienestar; sin embargo, habrá que tener cuidado porque se puede llegar a tener la sensación de que el apoyo recibido se perciba como ayuda o no, al igual que el apoyo proporcionado. Es decir, los receptores pueden percibir el apoyo como ayuda, mientras que los emisores lo perciben como perjudicial o los emisores piensan que están ayudando pero los receptores no lo perciben como tal (26). Esta situación puede crear un ambiente de peligro al no encontrar un ajuste entre la percepción del apoyo recibido y entre la percepción del apoyo proporcionado, lo que puede llevarle a extraer conclusiones aparentes sobre la situación, a que se piense que sus fuentes de apoyo no son lo suficientemente adecuadas y a que existan sentimientos de que de nada sirve que se dé apoyo si éste no es bien valorado, con lo que tanto la cantidad como la calidad de esa relación de apoyo se puede ver afectada en el futuro.

Tener y mantener una red de apoyo social es benéfico para la salud física y mental siempre y cuando este apoyo sea adecuadamente ofrecido, recibido y bien percibido. No hay que olvidar que en ocasiones los efectos del apoyo pueden ser negativos; sin embargo, si no se cuenta con una red de apoyo social, habrá que construirla, sin importar la cantidad de personas con los que se cuente, sino de la calidad del apoyo y de la percepción de los mismos.

Como se ha tratado de señalar a lo largo del texto, tanto el apoyo recibido como el percibido, son importantes e imprescindibles en el incremento del bienestar, aunque en ocasiones se sienta que el apoyo ofrecido sea falso. Por

supuesto que lo ideal es que exista y se perciba apoyo, sin embargo algunas personas perciben no recibirlo a pesar de si existir, mientras que otras perciben recibirlo aunque realmente no lo tengan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes JA. Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations* 1954;7:39-58.
2. Bott E. "Urban Families: Conjugal Roles and Social Networks". *Human Relations*, 1955;8: 345-384.
3. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Attachment. Hogarth Press. Londres, 1969
4. Cassell J. Psychosocial processes and «stress»: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services* 1974;4:471-482.
5. Cassell J, Caplan J, Cobb S. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* 1976;104:107-123.
6. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976;38:300-314.
7. Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. In: *Life Span Development and Behavior*. Baltes, P., Brim, O. (Eds.) Academic Press, San Diego, 1980, pp 253-286.
8. Kahn RL, Antonucci TC. (1981). Convoys of social support: A life-course approach. In *Aginf: Social Change*. J.G. March., S.B. Kiesler, J.N., Morgan, V. K. Oppenheimer (Eds.) Academic Press. Londres.
9. Caplan G. Support systems and community mental health: lectures on concept development. Behavioral Publications, New York., 1974.
10. Caplan R, Robinson E, French J, Caldwell J, Shinn M. *Adhering to medical regimens: Pilot experiments in patient education and social support*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 1976.
11. Maguire L. "The interface of social workers with personal networks", *Social Work with Groups*, The Haworth Press, Nueva York, 1980.
12. Israel BA. Social networks and health status: linking theory, research, and practice. *Patient counseling and health education* 1982;4:65-79.
13. Bell RA, Leroy JB, Vitalo R. Evaluating the mediating effects of social support upon life events and depressive symptoms. *Journal of Community Psychology* 1982;10:325-340.
14. House JS., Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Ann.Rev. Sociol* 1988;14:293-318.
15. Lemos S, Fernández JS. Redes de soporte social y salud. *Psicothema* 1990;2:113-135.
16. Shumaker SA, Brownell A. Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues* 1984;40:11-36.
17. Vaux A. An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships* 1990;7:507-518.
18. Sánchez A. *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas*. Métodos de intervención. Ed. PPU, Colección LCT-1, Barcelona, 1991.
19. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados. Artes Médicas, Porto Alegre (RS), 1996.
20. Abello R, Madariaga C, Hoyos OL. Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1997;29:115-137.
21. Sánchez E. Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support. *The Spanish Journal of Psychology* 2004;7:124-134.
22. Ander E. *Los grupos de autoayuda y el apoyo social*. Ergon, Madrid, 2004.
23. Barrón A. *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. SigloXXI de España, Madrid, 1996.
24. Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support, life events and depressions. In: *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Barrón A. Siglo Veintiuno de España, Madrid, 1996.
25. Rodríguez MJ. *Psicología Social de la Salud*. Editorial Síntesis, Madrid, 1995.
26. Brickman P, Rabinowitz VC, Karuza J, Coates D, Cohn E, Kidder L. Models of helping and coping. *American Psychologist*, 1982;37:368-384.

- 9.- Pando-Moreno, M., Aranda-Beltrán, C., Alderete-Rodríguez, M.G., Flores-Salinas, E.E. & Pozos-Radillo, E. (2006). Factores psicosociales y burnout en docentes del centro universitario de ciencias de la salud. *Investigación en salud*, 8(3), 173-177
- 10.- Camacho-Cristiá, C. & Arias-Galicia, F. (2009). Análisis de salud y burnout en profesores mexicanos. *Cienc Trab*, 11(31), 168-171.
- 11.- Casanueva E., M Kaufer-Horwitz., A. Pérez-Lizaur y P. Arroyo (2003). *Nutriología Médica*, Edit Fundación Mexicana para la Salud, Panamericana, 211 pp
- 12.- Sánchez-Gallardo, M. & Maldonado-Ortiz, L. (2003) Estrés en docentes universitarios. Caso LUZ, URBE y UNICA. *Revista de Ciencias Sociales*, 9(2), 323-335.
- 13.- D'Anello-Koch, S., D'Orazio, A.K., Barreat-Montero, Y. & Escalante, G. (2009). Incidencia del sentido del humor y la personalidad sobre el síndrome de desgaste profesional (burnout) en docentes. *EDUCERE. Investigación arbitrada*, 13(45), 439-447.
- 14.- González, N. (2008). Prevalencia del estrés en la satisfacción laboral de los docentes universitarios. *REDHECS*, 4(3), 68-89.

WAXAPA

Relacion de miembros colaboradores de la Revista WAXAPA

- 1.- Dra. en Ciencias Teresa Margarita Torres López.
U de G.
- 2.- Dr. en Ciencias Ramiro Caballero Hoyos.
I.M.S.S. Jalisco.
- 3.- Dr. Jesús Malacara Muñiz
Universidad de N.L.
- 4.- Dra. Martha Villaseñor Farias.
U de G. E I.M.S.S Jalisco.
- 5.- Dra. en Ciencias. Carolina Aranda Beltrán
Departamento de salud publica. U de G.
- 6.- M en C. José Justo Romero Paredes
Medicina. U.A.N
- 7.- Dr. Jorge Roman.
Instituto Nacional de Salud La Habana Cuba.
- 8.- Dr. en C. Francisco López Barón.
Asociación de expertos en psicosociología aplicada.
Barcelona, España.
- 9.- Dr. en C. Maria Ange I Carrion.
Asociación de expertos en psicosociología aplicada
Barcelona, España.
- 10.- Dr. Jesús Malacara Muñiz
Facultad de Medicina U.A.N.L. (Monterrey- México)
- 11.- Dra. en C. Guadalupe Aldrete Rodríguez.
Universidad de Guadalajara. (Guadalajara-México).
- 12.- Dr. en C. Luis Flores Padilla.
(CD. Juarez, Chihuahua) México)
- 13.- Dra. en C. Juana Trejo Franco
(CD. Juarez Chihuahua, Mex)
- 14.- MCE. Francisco Cadena Santos
(UAT) Tamaulipas
- 15.- Dra. En C. Luz María Tejada Tabayas
Facultad de Enfermería de la UASLP
- 16.- Dr. Alvaro Pedraza Moreno
Tamaulipas



WAXAPA

