

IMBIOMED
LATINDEX

ISSN: 2007 - 0950

WAXAPA

Año 9. Número 17. Julio-Diciembre 2017

NUTRICIÓN



Revista del Área Académica de Ciencias de la Salud.
Universidad Autónoma de Nayarit.

WAXAPA

WAXAPA, Año 9, No. 17, Julio-Diciembre 2017, Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura s/n, col. Centro Tepic, Nayarit, México. C.P. 63000. Correo electrónico: revistawaxapauan@uan.edu.mx, Director/Editor Dr. en C. Rogelio A Fernández Argüelles. Número de reserva de derechos al uso exclusivo 04-2011-103111253800-102 otorgada por el INADUTOR. ISSN 2007-0950. Impresa en el Taller de Artes Gráficas de la UAN. Ciudad de la Cultura C.P. 63190. Tepic, Nayarit, México.

Los contenidos firmados son responsabilidad de los autores. 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.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

Directorio Universitario

Jorge Ignacio Peña González
Rector

José Ángel González Rodríguez
Secretario de Rectoría

Magaly Sánchez Medina
Directora Editorial

Julio Cesar Rodríguez Arámbula
Coordinador del Área de Ciencias de la Salud

WAXAPA

Comité Editorial

María A. Arbesú (Cuba)

Núria Homedes (EEUU)

Álvaro Margolis (Uruguay)

María de J. Medina (México)

Julián Pérez Peña (Cuba)

Gabriela Ávila (México)

Claudia P. Calderón (Argentina)

Pamela A. Saavedra (Brasil)

Eugenio Ceccetto (Argentina)

Directorio Revista

Rogelio A. Fernández Argüelles
Director/Editor

Martha E. Cancino Marentes
Editora Ejecutiva

Edwin E. Contreras Rodríguez
Coeditor

Editores Asociados

Alfredo Díaz Alejandro
Historia y Filosofía de la Salud

Leopoldo Medina Carrillo
Clínica Terapéutica y Farmacología

Saúl H. Aguilar Orozco
Salud Pública y Sistemas de Salud

Norberto Vibanco Pérez
Biomedicina

Jaime F. Gutiérrez Rojo
Educación en Salud

EDITORIAL



La prescripción farmacológica es un proceso lógico-deductivo basado en información global y objetiva. No es un acto reflejo, ni una receta de cocina ni la respuesta a presiones comerciales, institucionales o del paciente. Debe garantizar la mejor relación beneficios-riesgos-costos.

La terapéutica aún mantiene aspectos artísticos, subjetivos, imprecisos y probabilísticos, generados de la percepción del médico, la individualidad del paciente y otros aspectos no generalizables.

Entre las premisas que se deben cumplir para que la prescripción sea una actividad razonada, útil a los pacientes y a la sociedad están las competencias científicas y prácticas del prescriptor para el diagnóstico, mismas que deben desarrollarse en las aulas universitarias de pre y posgrado y en escenarios clínicos y comunitarios.

Pero la certeza del diagnóstico no es suficiente para garantizar la calidad de la prescripción, debe ir aunada a una selección adecuada del fármaco (considerando enfermedad y enfermo), la pertinencia de los listados de medicamentos esenciales (en México, Cuadro Básico de Medicamento), la ausencia de sesgos y conflictos de intereses, entre otros.

El Cuadro Básico de Medicamentos de México, si bien contiene muchos medicamentos esenciales para la salud de la población de reconocido valor terapéutico, está plagado de fármacos de valor terapéutico nulo o dudoso y de inclusiones redundantes de varias moléculas del mismo grupo químico-terapéutico que encarecen la terapéutica y solamente satisfacen los intereses financieros de la industria farmacéutica.

La Medicina Basada en Evidencias (evidencias, competencias del médico y preferencias del paciente) y las Guías de la Práctica Clínica, hasta hace unos años un bastión para la calidad de la prescripción, han sido epistemológicamente debilitadas por los sesgos introducidos por los conflictos de intereses de las revistas médicas y la poderosa labor de promoción y publicidad sesgada de la industria farmacéutica. Hoy día ya se habla de los daños ocasionados por el cumplimiento de las Guías y en muchas ocasiones se cuestiona su credibilidad.

La prescripción es uno de los pilares del uso racional de medicamentos, definido desde 1985 por la OMS como los pasos para que: **Los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad.**

Si bien esta definición abarca aspectos sanitarios, aun no los cubre todos y deja fuera el aspecto preventivo y otros determinantes. Hace años hemos propuesto una definición más sanitaria, a saber: **Condiciones (socioeconómicas, culturales, sanitarias) ideales que reducen la necesidad de la utilización de medicamentos a los casos donde se garantice al paciente y a la sociedad la relación más favorable entre los beneficios, riesgos y costos.**

Corresponde a las Universidades cumpliendo con su responsabilidad social, velar por la formación de prescriptores (médicos, odontólogos y enfermeros) capaces de contribuir al uso racional de medicamentos con una prescripción clínica y sanitariamente adecuada.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rogelio A. Fernández Argüelles'. The signature is stylized and includes a horizontal line underneath.

Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles
Director

CONTENIDO

Artículo original

Intervención educativa para el reconocimiento de factores de riesgo en la prevención de accidentes en el hogar de niños menores de cinco años en Mérida, Yucatán. 7

Morales Rojas M¹, Estrella Ojeda M²

Proceso de enfermería y cáncer de mama. 13

Sillas González D¹, Zavala Pérez I², López Cárdenas G³, Samaniego Zepeda M⁴

Negociación en el uso del condón en estudiantes. 19

Triana Abundis Z¹, Flores Flores R², Sánchez Aranda M².

Comunicación breve

Ruido laboral y su efecto cardiovascular, un caso en la industria metalmecánica. 24

Barrio Echavarría G¹, Talavera Sánchez O², Ramírez Fraire R³

La educación basada en competencias y el clima áulico. 27

Rea Rodríguez V¹

Intervención educativa para el reconocimiento de factores de riesgo en la prevención de accidentes en el hogar de niños menores de cinco años en Mérida, Yucatán.

Educational intervention for identification of home accidents risk factors in children under five years old in Merida, Yucatan.

Morales Rojas M¹, Estrella Ojeda M²

RESUMEN

Los accidentes son un problema creciente en la salud pública debido a la elevada mortalidad, morbilidad y potencial pérdida de años de vida en los niños; diversos autores señalan que este fenómeno es altamente prevenible. Los cuidadores principales, usualmente los padres, juegan un rol esencial en el cuidado de los infantes y la educación en salud es uno de los primeros pasos en la erradicación de este problema. **Objetivos:** Demostrar que una intervención educativa aumenta significativamente el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre la prevención de accidentes en el hogar en niños menores de cinco años en un kínder de Mérida, Yucatán. **Métodos:** Estudio cuantitativo, longitudinal, preexperimental y prospectivo. Entre los resultados se determina que el 41.7% de los cuidadores había recibido información acerca de la prevención de accidentes. La medición del nivel general de conocimiento no fue estadísticamente significativa ($p=0.122$, IC=95%) con excepción del apartado de intoxicaciones ($p=0.037$, IC=95%). **Resultados:** La intervención educativa aumentó significativamente el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre la prevención de accidentes en el hogar relacionados con intoxicaciones. **Conclusiones:** se recomienda complementar con estudios que involucren visitas a domicilio además de la capacitación, de tal forma que permita la triangulación de la información, para corroborar la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos, así como un seguimiento a corto, mediano y largo plazo de las actividades de dichos cuidadores.

Palabras clave: Accidentes en el hogar, intervención educativa, prevención.

ABSTRACT

Accidents are a growing problem in public health due to the high mortality, morbidity and potential loss of years of life in children; Several authors point out that this phenomenon is highly preventable. Primary caregivers, usually parents, play an essential role in the care of infants and health education is one of the first steps in eradicating this problem. **Aims:** To demonstrate that an educational intervention significantly increases the level of knowledge of caregivers on the prevention of domestic accidents in children under five years of age in a kindergarten in Mérida, Yucatán. **Methods:** Quantitative, longitudinal, pre-experimental and prospective study. Among the results it is determined that 41.7% of the caregivers had received information about the prevention of accidents. The measurement of the general level of knowledge was not statistically significant ($p = 0.122$, CI = 95%) with the exception of the poisoning section ($p = 0.037$, CI = 95%). **Results:** The educational intervention significantly increased the level of knowledge of the caregivers on the prevention of accidents at home related to poisoning. **Conclusions:** it is recommended to complement studies that involve home visits in addition to training, in such a way as to allow the triangulation of information, to corroborate the implementation of the knowledge acquired, as well as a short, medium and long term follow-up of the activities of these caregivers.

Keywords: Domestic accidents, educative intervention, prevention.

1. Estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit
2. Enfermera recolectora del Registro de Cáncer de base poblacional Mérida, México.
Fecha de recibido: 29 de mayo Fecha de aprobado: 27 de octubre de 2017

INTRODUCCIÓN

En el uso convencional, la palabra accidente parece aludir a eventos fortuitos que sorprenden a los individuos quienes los experimentan de modo pasivo; sin embargo, algunos autores coinciden en que los accidentes “ni son tan inevitables ni son tan accidentales” y han adoptado por considerarlo más racional desde el punto de vista conceptual, el término de “lesiones no intencionales”^{1,2}.

La ley general de salud define la lesión no intencional como un hecho súbito que ocasiona daño a la salud, y que se produce por condiciones potencialmente prevenibles³.

Este tipo de lesiones en los niños son una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, por lo que se considera un problema de salud pública. En estos eventos, intervienen principalmente tres elementos: la persona que sufre el accidente, la cual está condicionada por sus características específicas; el agente, es decir, el objeto, elemento o mecanismo que desencadena el accidente y puede ser o no peligroso por sí mismo; y el entorno, que se entiende como la situación en que se produce el accidente, el cual puede ser de naturaleza física, social, económica, cultural o psicológica⁴.

Cuando se habla de menores de cinco años, estos se consideran un grupo especialmente vulnerable a estos acontecimientos debido a diversos factores, como la inmadurez física y mental, el mayor peso de la cabeza en proporción al resto del cuerpo que dificulta y entorpece la marcha y el equilibrio; así como factores sociales y de desarrollo como la imprudencia propia de la infancia, el espíritu explorador característico, la curiosidad, etc⁵.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante 2012 se presentaron más 75 millones de lesiones accidentales, de los cuales el 4.6% terminaron en defunciones, por lo que se estima que se pierden prácticamente 51 millones de años de vida saludable⁶.

A nivel nacional, la Secretaría de Salud, en 2010 registró 367,186 egresos hospitalarios de niños por causas externas (accidentes, envenenamientos y lesiones intencionales) únicamente en hospitales públicos, estas lesiones se pueden traducir en complicaciones asociadas a los traumatismos, disminución de la calidad de vida e incluso, la muerte³.

En México, medio millón de personas fallecen por lesiones accidentales y de ellos el 21.2% fueron niños y niñas menores a 10 años según datos del Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención

de Accidentes (STCONAPRA)⁶. De estos, por cada mil habitantes, fallecen 0.6 (134) por intoxicaciones, 0.3 (66) por quemaduras; mientras que en Yucatán se determinaron 0.8 (3) por ahogamiento, 2.7 (10) por asfixias, y 0.5 (2) por complicaciones relacionadas con caídas^{7,8}.

Ahora bien, el hogar es el entorno más propicio para la aparición de estos eventos en los menores de edad, debido a la cantidad de horas que pasan en el mismo, se estima que en México el 59% ha sufrido una lesión no intencional en su domicilio, característica que cambia a medida que se desarrollan⁹.

Según datos de esta comisión, se identifican 4 principales tipos de accidentes en el hogar⁶:

Asfixia es la afección producida por falta de oxígeno manifestándose en el cese real o impedimento de la vida, debido a la obstrucción de las vías respiratorias impidiendo que el aire llegue a los pulmones, dicha obstrucción puede ser interna o externa. En los menores prevalece la interna al taponarse la nariz o boca con un cuerpo extraño, limitando la respiración e impidiendo el flujo de aire a los pulmones.¹⁰

Ahogamiento se define como el proceso de sufrir deficiencia respiratoria por o inmersión (introducción parcial del cuerpo en líquido) o sumersión (inmersión total del cuerpo).⁶

Las caídas son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y precipitan el cuerpo contra la tierra u otra superficie firme que lo detenga.⁶

Las intoxicaciones o envenenamientos se establecen como la exposición súbita a venenos o tóxicos, los cuales son sustancias de naturaleza química que dependiendo de la concentración que alcance en el organismo y el tiempo en que esto suceda va a actuar sobre diferentes sistemas biológicos causando alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas que se traducen en lesiones, enfermedad e incluso la muerte.⁶

Las quemaduras se determinan como la lesión en la piel o de tejidos corporales causada por el calor, radiación, radioactividad, fricción o contacto con químicos⁶.

Así mismo, *las electrocuciones o quemaduras por electricidad* se producen cuando el organismo entra a formar parte de un circuito eléctrico con el paso de la electricidad a los diferentes tejidos, pueden ser de alto o bajo voltaje, cada una con diferentes complicaciones⁹

En último término, la familia ha sido, a lo largo del tiempo la responsable de promover la salud y el bien-

estar a sus miembros, desempeñando actividades de protección, seguridad, cuidados específicos y generalizados, pero en algunos momentos se ve sorprendida por la ocurrencia de accidentes domésticos que se dan únicamente bajo su responsabilidad, viéndose debilitada a la hora de enfrentar estas situaciones. El conocimiento de las madres sobre la prevención de accidentes en el hogar es decisivo para la prevención de los mismos y para lograr la disminución de la morbimortalidad por esta causa¹.

La mayor frecuencia de accidentes ha sido atribuible a la falta de vigilancia, de autoridad y a la ausencia, por mucho, de orden doméstico. El equipo del médico y la enfermera de la familia pueden hacer mucho en la labor de promoción y prevención no solo en consulta sino en visitas al hogar, mediante identificación de factores de riesgo, charlas educativas, dinámicas de grupo, así como afiches, murales y todos los medios de propaganda que estén a su alcance¹¹

A través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende, por ello las intervenciones educativas constituyen un recurso adecuado para lograr cambios en los estilos de vida, sobre todo aquellas que están dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida. Una revisión sistemática realizada en 2016 demuestra que las intervenciones educativas se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud pues tienen el propósito de informar y motivar a la población para adoptar y mantener prácticas saludables¹².

Ahora bien, la prevención de accidentes hace referencia a todos los esfuerzos y proyectos que se lleven a cabo para disminuir la incidencia de sucesos indeseables o no previstos en distintos ambientes y situaciones. La importancia de lograr que los padres tengan un conocimiento amplio sobre las causas fatales que puede llegar a tener en un accidente dentro del hogar, hace referencia a las consecuencias del mismo^{13,14}.

La bibliografía revisada le concede especial importancia al desarrollo de un proceso de educación a la familia teniendo en cuenta el crecimiento y desarrollo del niño, sus características en consideración con la edad y sexo del mismo, así como todo lo relacionado con las particularidades del entorno donde se desenvuelve. La percepción del riesgo en el hogar es fundamental para implementar acciones que lleven a la prevención de estos eventos.^{15, 16}

Se ha señalado en varias ocasiones que la "Vacuna" contra los accidentes es la educación para la salud y que el mayor riesgo de enfermar o morir de un niño sano es el accidente.¹⁷

Los accidentes o lesiones no intencionales se consideran un problema de salud mundial y algunos los catalogan como una epidemia que alcanza al mundo entero ya que constituyen uno de los principales problemas de salud de la vida moderna y dentro de ellos los ocurridos en el hogar, emergen como una de las primeras causas de atención médica en los niños de edad preescolar, con incidencia sensible en el cuadro de morbilidad y mortalidad. Durante los últimos años. La literatura médica en general y las publicaciones de los organismos internacionales en particular, ponen en evidencia que a medida que disminuyen las causas de muerte debido a situaciones carenciales e infecciosas, los accidentes cobran importancia como factor de muerte, discapacidad y enfermedad, por lo que requieren ser reducidos y evitados.^{11, 18}

MÉTODOS

Estudio cuantitativo, longitudinal, prospectivo y pre-experimental; para evaluar el nivel de conocimientos sobre la prevención de los accidentes, a través de la detección de los factores de riesgo en el hogar en un grupo de cuidadores de niños menores de cinco años en un kínder marginal de Mérida, Yucatán en el año 2014. Fue aprobado por el Departamento de Servicios Educativos de Inicial y Preescolar, de la Secretaría de Educación Pública, el estudio constó de 3 fases: Pre prueba, intervención y pos prueba.

Para el cálculo de muestra se utilizó la fórmula para comparación de dos medias, se consideró un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%, una diferencia de 10, y la varianza de 124.69 con base en lo reportado por Waisman en el 2000¹⁹, y considerando una proporción de pérdidas del 15%.

El instrumento es de elaboración propia, con validación de expertos, y fue piloteado en una población similar, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.72 .

Dicha muestra se conformó por un grupo de 12 cuidadores principales (entendiéndose cuidador principal por la persona que pasa más de cinco horas al día, cuatro días a la semana con el infante) que dieron su consentimiento a participar en la investigación, contaron con pre y pos prueba y asistieron al menos a cinco de las seis intervenciones educativas. Para el análisis estadístico de la variable principal se utilizó la prueba T de Student para muestras pareadas con una $p \leq 0.05$.

Como se observa en el cuadro I, el contenido de las intervenciones educativas fue tomado de la guía gubernamental "Acciones para prevenir accidentes en el hogar"¹⁸, se estandarizaron las intervenciones por educadores y se utilizaron técnicas de enseñanza como el aprendizaje colaborativo y la demostración

con objetos reales.

Cuadro I. Ejemplo de plan de sesión de intervención educativa para cuidadores sobre factores de riesgo en el hogar para la prevención de accidentes.

Intoxicaciones			
Estrategias de enseñanza – aprendizaje	Actividades	Materiales Didácticos	Evaluación
Introducción. <i>Bienvenida.</i>	-Pase de lista -Sesión de preguntas y respuestas sobre el tema anterior (en caso necesario)	Rotafolios, plumones	Realimentación verbal sobre el tema anterior.
Desarrollo. >Aprendizaje colaborativo >Aprendizaje basado en problemas	-Construcción de la definición de intoxicaciones. -Recomendaciones	Rotafolios, fotografías ilustrativas.	Se identificarán los principales tóxicos que existen en las casas y el sitio donde los guardan.
Conclusión. >Demostración >Análisis de casos.	A través de objetos reales (botellas de diferentes limpiadores, tóxicos y frascos de medicamentos) se plantearán diferentes situaciones de resguardo y seguridad en el manejo de estos.	Objetos reales	Los participantes identifican el correcto resguardo y manejo de los químicos, así como de las llaves de gas de su hogar.

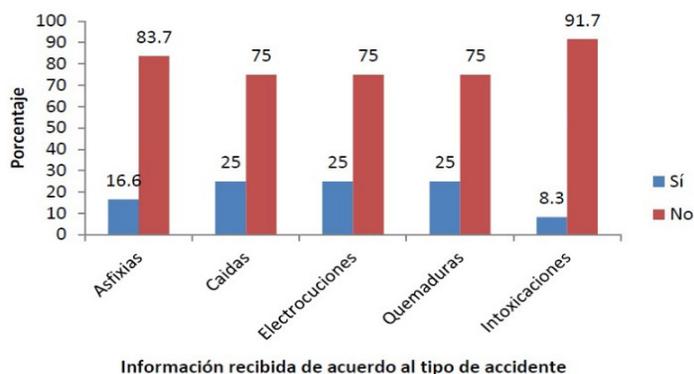
Basado en: Lista de Cotejo de condiciones peligrosas para prevenir accidentes en el hogar. Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. 2013.

RESULTADOS

La media de edad de los participantes fue 35.3 ± 10.25 años, el 92% fueron mujeres, el 75% estaban casados, 58.3% estudiaron hasta la secundaria y el 75% eran amas de casa. El 58.3% de la muestra percibía un salario mínimo o menor y el promedio de habitantes en cada hogar fue de 5.5 ± 1.4 personas. El 66.7% de las cuidadoras fue la madre. En cuanto a los niños, el promedio de edad fue de 4.4 ± 0.5 años y de los cuales el 58.3% fueron del sexo femenino.

En el área cognoscitiva el 33.3% calificó los accidentes como no prevenibles, y el 41.7% indicó haber recibido información previa acerca de la prevención de los mismos. En el cuadro II podemos visualizar el porcentaje de personas que habían recibido información previa acerca de la prevención por tipo de accidente.

Cuadro II. Conocimientos previos de los cuidadores acerca de los accidentes en niños de cinco años o menos.

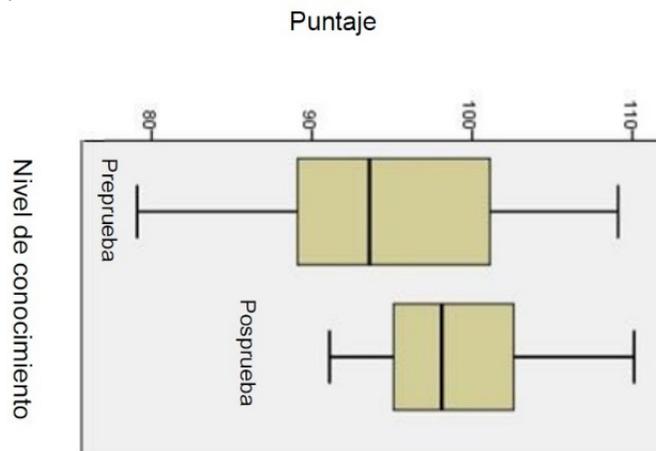


Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el conocimiento de cuidadores acerca de la prevención de accidentes en el hogar en niños menores de cinco años. N=12.

Como se observa en el cuadro III, la media de conocimiento previa a la intervención ($\bar{x}=94$, $s=8.697$) no fue significativamente mayor a la posterior ($\bar{x}=99.5$, $s=5.760$), siendo $p=0.12$. Al analizar el nivel de conocimientos por tipo de accidente se puede observar que para las intoxicaciones la media de conocimiento previa a la intervención ($\bar{x}=21.4$, $s=4.144$) fue significativamente mayor que la posterior ($\bar{x}=24.6$, $s=2.060$). El intervalo de confianza del 95% para la diferencia media entre los dos puntajes fue de -6.2 a -0.2 .

En el Cuadro IV se pueden observar el nivel de conocimiento adquirido antes y después de la intervención educativa.

Cuadro III. Nivel de conocimiento general de los cuidadores antes y después de la intervención educativa.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el conocimiento de cuidadores acerca de la prevención de accidentes en el hogar en niños menores de cinco años. N=12.

Cuadro IV. Nivel de conocimientos por tipo de accidente, antes y después de la intervención educativa.

Variable	Pre-prueba	Pos-prueba	IC 95%	p	t	Grados de Libertad
Asfixias	18.0	17.9	-2.316 a 2.483	0.940	.076	11
Caídas	12.3	13.6	-3.455 a 0.788	0.194	1.383-	11
Intoxicaciones	21.4	24.6	-6.256 a -0.244	0.037	-2.379	11
Quemaduras	21.4	21.5	-1.940 a 1.606	0.840	-.207	11
Electrocuciones	20.8	21.6	-2.964 a 1.297	0.408	-.861	11

Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el conocimiento de cuidadores acerca de la prevención de accidentes en el hogar en niños menores de cinco años. N=12

DISCUSIÓN

La identificación de los factores de riesgo en el hogar para la prevención de accidentes en las zonas marginales permite generar las posibilidades de medidas preventivas. El aumentar los conocimientos de los principales cuidadores de los niños en la prevención de estos eventos, así como crear la conciencia de una vigilancia efectiva en el infante son factores clave para reducir esta incidencia.

La marginalidad y el nivel socioeconómico continúa siendo un factor importante en el conocimiento de estos eventos, de acuerdo con lo reportado con Santiagati en el 2016, al realizar estudios similares en Italia, reporta un 70.2% de conocimiento previo acerca de los accidentes, contra el 41.7% encontrado en este estudio, a pesar de concordar en el parentesco del cuidador principal (madre).²⁰

Cuando se habla intoxicaciones, siendo la variable cuya significancia fue positiva en este estudio, es importante mencionar que la prevención radica principalmente en el almacenaje correcto de sustancias químicas de limpieza y medicamentos, para lo cual no se valora el riesgo de la re-etiquetación de productos, como consecuencia, la Secretaría de Salud reporta que la mortalidad por envenenamiento por sustancias se ha elevado 1.1 a 3.3 por cada 1000 habitantes en el país.⁷

Así mismo, este estudio proporciona apreciaciones importantes para el nivel de conocimientos y la prevención de accidentes. A pesar de la marginación, número de habitantes en casa, nivel socioeconómico y ocupación del cuidador se observa que el nivel de

conocimientos es alto, con una media de 94 pts sobre 100, lo cual discrepa con lo reportado por Somaye en el 2015, quien realizó un estudio en los Estados Unidos reportando que el nivel de conocimiento en un 75% de un grupo de madres es clasificado como bueno o suficiente, aun teniendo un promedio de ingreso de 200-399 dólares al mes.²¹

Prevenir es un actividad compleja, en nuestro contexto es una práctica muchas veces inexistente, sin embargo, cada vez la sociedad se vuelve más consciente de los beneficios de la misma. Si bien, para la media de conocimientos no hubo un estadístico significativo en la media, para los mínimos hubo una mejoría de mas de 10 puntos porcentuales, por lo cual se puede aseverar que la prevención comienza con el conocimiento, se sugiere contemplar un equipo multidisciplinario para cubrir de manera integral las variables sociales y económicas, además de considerar intervenciones que involucren visitas a domicilio además de la capacitación, de tal forma que permita la triangulación de información, para corroborar la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos.

REFERENCIAS

- Martínez Pérez M, Gutiérrez Higuera H, Alonso Cordero ME, Hernández Rodríguez L. Conocimientos de un grupo de madres sobre prevención de accidentes en el hogar. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana* 2015 05;21(2):335-345.
- Gorrita R. Barrientos G. Gorrita Y. Factores de riesgo, funcionamiento familiar y lesiones no intencionales en menores de cinco años. *Revista de ciencias médicas de la habana. Cuba.* 2016.
- Secretaria de salud. Manual de organización específico del secretariado técnico del consejo nacional para la prevención de accidentes. México. 2015.
- Secretaria de salud. Acciones para prevenir accidentes en el hogar. México. 2015.
- Bustos E. Cabrales R. Cerón M. Naranjo M. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. *Boletín Médico del hospital infantil de México.* México. 2013.
- Secretariado técnico. Consejo nacional para la prevención de accidentes (STCONAPRA). Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México. México. 2016.
- Secretaria de Salud. Programa de acción específico prevención de accidentes en grupos vulnerables 2013-2018. Perfil nacional 2014. México. 2014
- Secretaria de Salud. Programa de acción específico prevención de accidentes en grupos vulnerables 2013-2018. Perfil YUCATAN 2014. México. 2014.

9. Medina O. Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2015; 12(3):116-121. México. 2015
9. Secretaria de salud. Manual de guías clínicas de quemaduras eléctricas. [En línea]. Revisado el 06-06-17. México. 2015. Disponible en <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SQ-10.pdf>
10. Menor M. Aguilar M. Mur N. Santana C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *Revista de ciencias Médicas de Cienfuegos*. 2016; 15(1); 71-84. Cuba. 2016. [En línea]. Revisado el 07-05-17. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms11115.pdf>
11. Gutiérrez H. Martínez M. Alonso M. Hernández L. Intervención educativa sobre prevención de accidentes en el hogar. *Revista de ciencias médicas de la Habana*. Cuba. 2015;1 (1).
13. NewYork-Presbyterian Weill Cornell Medical Center. Seguridad y prevención de quemaduras. [En línea] Revisado el 28-11-14. New York. 2006. Disponible en: http://www.nyp.org/pdf/burn_center/Burn-SafetyandPrevention_spanishWEB.pdf
14. Rodríguez I. Rondon M. Hernández G. Montero I. Gonzalez B. Programa Intervención Educativa para prevenir accidentes en madres con niños menores de cinco años. *Revista Médica. Granma. Multimed* 2014; 18(3). Cuba. 2013. [En línea] Revisado el 07-05-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2014/mul143i.pdf>
15. Amaya M. Arista Y. Diaz J. Paredes S. Impacto de intervenciones educativas sobre el estado nutricional en pre-escolares. Sector Wichanzaio-Trujillo. 2015.
16. Ponce J. Estrategias educativas para prevenir los accidentes domiciliarios en niños menores de 4 años de la comunidad el Playón de San Francisco. Tesis. Ecuador. 2017.
17. Singh L. Espinosa M. Aties M. Garcia Y. Accidentes o lesiones no intencionales en la infancia. Revisión bibliográfica. *Rev Inf Cient*. 2016; 95(6):149-158. Cuba. 2016.
18. Secretaria de Salud. Programa de acción específico. Prevención de accidentes en grupos vulnerables 2013-2018. México. 2013.
19. Waisman I, Nuñez J, Sanchez J. Epidemiología de los accidentes de la infancia en la Región Centro Cuyo. *Archivos Argentinos de pediatría*. 2000 Enero; 1(2).
20. Santigati G, Verozzi L, Angelillo IF. Unintentional Injuries in Children Up to Six Years of Age and Related Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Italy. *THE JOURNAL OF PEDIATRICS*. 2016 October; 177(1)
21. Somaye Y, Mahfoozpour S, Ghaffari S. Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children; a Study of Contributing Factors. *Emergency*. 2016 Mayo; 4(2).

Proceso de enfermería y cáncer de mama. Nursing process and breast cancer.

Sillas González D¹, Zavala Pérez I², López Cárdenas G³, Samaniego Zepeda M⁴

RESUMEN

A través del proceso de enfermería aplicando las taxonomías NANDA NOC NIC y la Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Dorotea Orem, es posible mejorar el cuidado, lograr una mejor unificación de criterios, comunicarse mediante un lenguaje estandarizado para ser más críticos y pensantes. Podremos mejorar el cuidado si las aplicamos y analizamos su utilidad, ventajas e inconvenientes en nuestra práctica diaria. El proceso, se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada atiende individuos, grupos o comunidades; garantiza la calidad del cuidado porque promueve un mayor grado de interacción entre el enfermero(a) y la persona con cáncer de mamas. Al igual que incrementa la acreditación profesional, e impulsa a la investigación, desarrolla la docencia y mejora la práctica profesional de enfermería con un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requieren capacidades cognoscitivas, técnicas interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente y familia.

Palabras claves: Proceso de enfermería, cáncer de mamas, teoría de enfermería.

ABSTRACT

Breast cancer disease causes uncontrolled cell reproduction in the breast. Through nursing process applying NANDA NOC NIC taxonomies and Dorotea Orem's Nursing Theory of Self-care Deficit Nursing it is possible to improve care, achieve a better unification of criteria, communicate through a standardized language to be more critical thinking. We can improve care if we apply them and analyze their usefulness, advantages and disadvantages in our daily practice. Process, which can be adapted to nursing practice in any place or specialized area, serves individuals, groups or communities; it ensures quality of care by promoting a greater degree of interaction between the nurse and the person with breast cancer. As well as increasing professional accreditation, and promoting research, it develops teaching and improving professional nursing practice with a deliberative approach to solving problems that require cognitive, interpersonal and technical skills and that is aimed at meeting the needs of client and family system.

Keywords: Nursing process, breast cancer, nursing theory.

1. MCE en Enfermería, Docente de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, México.
 2. MC: Docente de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, México.
 3. Alumno del cuarto año de la licenciatura de la Unidad académica de enfermería.
 4. Alumna del cuarto año de la licenciatura de la Unidad académica de enfermería.
- Fecha de recibido: 23 de abril de 2017 Fecha de aceptado: 7 de agosto de 2017

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células del seno, el cual es un grupo de células cancerosas que pueden crecer invadiendo los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. La enfermería actual requiere la formación de profesionales con una amplia base de conocimientos para prestar cuidados a través del proceso de atención de enfermería y la aplicación de las taxonomías NANDA NOC NIC, actualmente han venido a ocupar un lugar fundamental en el ámbito de los profesionales de la enfermería, nos permiten realizar una valoración más completa a las agentes con cáncer de mamas. De igual forma el uso de las teorías nos ayudan cada día a ser más críticos y pensantes en el actuar en el agente con cáncer mediante el cuidado, por lo cual es importante hacer mención de una de las grandes teorías "Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Dorotea Orem, la cual se divide en tres subteorías, teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría del sistema de enfermería. Los profesionales de enfermería somos competentes y responsables en el desarrollo de nuestra profesión, tenemos taxonomías NANDA, NOC, NIC propias de diagnóstico intervenciones y resultados de nuestros pacientes las cuales nos ayudan en nuestra práctica diaria. Pero solo lo podremos mejorar el cuidado si las aplicamos y vemos su utilidad, ventajas, inconvenientes. Utilizando estándares de cuidados, unificación de criterios, asegurando con esto un estándar de mayor calidad, mejorando la eficacia y la eficiencia durante el cuidado, así como la facilitación y el control de calidad, la investigación y la docencia.

El cáncer de mama es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células mamarias. La mayoría de las veces comienza por transformación de las células productoras de leche materna de los lóbulos mamarios (glándulas mamarias), o bien de los ductos, que son los conductos por donde drena la leche desde los lóbulos al pezón. Con menor frecuencia se originan del tejido adiposo y fibroso de la mama (tejido estromal. A nivel mundial, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que anualmente fallecen 458 mil mujeres por esta causa. La tasa de incidencia (número de casos nuevos) es de 39 casos por 100.000 mujeres. Se estima que anualmente fallecen 23 mil mujeres por cáncer de mama en este continente. En 2013, el Distrito Federal es la entidad con el mayor número de mastografías realizadas con 30 de cada 100 que se hacen en el país. El cáncer de mama es la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos en la población de 20 años y más (18.7 por ciento) para 2013. En 2014 por cada caso nuevo de cáncer

de mama en los varones se detectan 29 en las mujeres. Durante 2013, el tumor maligno de mama es la segunda causa de mortalidad por neoplasias en las mujeres de 20 años y más (14.8 por ciento). Las tasas de mortalidad por este cáncer se incrementan conforme aumenta la edad. En 2013, 63 de cada 100 mil mujeres de 80 y más años fallecen a causa de esta enfermedad. En Nayarit se mantiene la media nacional en incidencia de casos de cáncer de mama, sin embargo en el 2012 se reportaron 84 nuevos casos y la muerte de 49 mujeres por este mal, lo que hasta septiembre del 2013 se convirtió en 54 nuevos casos y 34 fallecimientos en la entidad, confirmaron autoridades de Servicios de Salud Estatal. Siendo importante que todos los profesionales de enfermería en la actualidad estemos preparados en cuanto al conocimiento que nos brindan las teorías así como el uso y la aplicación de las taxonomías pues juntos nos ayudarían a tener una mejor unificación de criterios y por ende nos facilitaría brindar una mejor calidad y calidez de cuidado a pacientes que cursen con este tipo de patologías (Cáncer de mamas).

Conocer la patología cáncer de mamas para brindar un cuidado holístico e integral a través del uso y aplicación de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, proceso de enfermería y la "Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Dorotea Orem.

MÉTODOS

Factores condicionantes básicos

Iniciales: G.G.A **Edad:** 63 años **Género:** femenina. **DX. medico:** cáncer de mama **Peso:** 84 kg. **Talla:** 1.77 cm. **Edo. Civil:** viuda **Religión:** católica **Ocupación:** ama de casa **Escolaridad:** primaria. **Tipo de seguridad social:** seguro popular. **Tipo de familia:** familia nuclear. **Con cuantas personas vive:** 3 personas **Rol en su familia:** madre. **Dependencia económica:** Depende de su hijo. **Servicios con los que cuenta su vivienda:** electricidad, agua potable, drenaje, cable de televisión, iluminación natural, ventilación y combustible (gas). **Servicios públicos en su colonia o comunidad:** alumbrado público, drenaje y alcantarillado, seguridad pública, recolección de basura, empedrado, parques y jardines.

Requisitos de autocuidado universal:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provision de cuidados asociados con los procesos de alimentación.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.

- Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas.

RESULTADOS

Resumen de la valoración

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Ocasionalmente presenta fatiga lo cual le limita a tener una buena respiración por lo cual necesita estar más en reposo. Su F.R. en reposo es de 16x'.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. Ha presentado en los últimos dos años deshidratación refiere que, cuando no consume el agua su boca se encuentra seca. **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.** Refiere usar prótesis y haber presentado problemas alimenticios como anorexia. Su piel se observa hidratada, sonrosada. Su glucemia capilar es 98 mg/dL. **Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación** Presenta micciones en mucha cantidad y en ciertos momentos presenta urgencia para realizar la micción así mismo molestias como dolor abdominal y distensión abdominal. **Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.** Actualmente no trabaja, realiza actividades habituales como cocinar y quehaceres domésticos, presentando cansancio y fatiga al realizarlas por tiempo prolongado. Manifiesta presentar molestias articulares, contracturas musculares, cefaleas recurrentes y se irrita fácilmente ante el ruido. **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.** G.G.A menciona que el cambio más importante ha sido la detección de cáncer de mama y la mastectomía de su seno derecho, lo que le provoco tristeza pero "salió adelante". Tiene más confianza de hablar de sus problemas con su familia, específicamente sus hijos. Se encuentra tensa la mayor parte del tiempo debido, a que piensa en su enfermedad. Actualmente presenta inquietud, tensión muscular, hipersensibilidad a la crítica y auto-compasión, se **aisla** la mayor parte del tiempo Menciona que le gusta **aislarse**, no le gusta que sus hijos la cuestionen en relaciona su enfermedad se siente sola durante su cuidado la acompaña su hija, menciona que le da pena salir a la calle porque no tiene cabello y siente temor que se rían de ella, menciona que en su próxima cita le darán una peluca y una prótesis aunque eso no le causa entusiasmo. **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano,** asiste a la Ciudad de Tepic a aplicación de quimioterapias después de recibirlas presenta mareos y nauseas. **Promoción del funcio-**

namiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas, presenta algunas alteraciones como cambios en el estado de ánimo, tristeza, incapacidad para llorar, aislamiento y rememoraciones, después de la quimioterapia se limita a caminar por si sola ya que se marea miedo a sufrir una caída. La agente manifiesta que debido a su pérdida de pelo prefiere aislarse debido a que tiene miedo a ser juzgada o señalada por lo que su desarrollo social se encuentra afectado

Razonamiento diagnóstico

Datos significativos	Dominio y clase	Teoría/modelo	P (E)	E (F)	S (CA)
Manifestación verbal, Tensión muscular, Insomnio, Dolor crónico	Clase alterada: 1 confort físico. Dominio: confort físico. Edición: 2012-2014 Página: 393	Orem en su teoría nos dice que todo agente requiere de un bienestar humano, el cual los profesionales de enfermería a través del apoyo parcialmente compensatorio y cuidado este pueden mejorar.	00134 Dolor crónico	Incapacidad física crónica	Cambios en el patrón de sueño, fatiga, irritabilidad, reducción de la interacción con los demás.
Aislamiento, Hipersensibilidad a la crítica, Caída de cabello	Clase alterada: 3 dominio: confort social Edición: Página:	A través del sistema apoyo educativo el profesional de enfermería educa, guía, y ayuda a los agentes a su mantenimiento del equilibrio entre su soledad e interacción humana.	00053 Aislamiento social	Alteraciones del aspecto físico	Enfermedad, búsqueda de soledad, retraimiento e inseguridad en público.
Ansiedad, Tensión muscular, Auto-compasión, Insomnio.	Clase alterada: 2 respuesta de afrontamiento Dominio: 9 afrontamiento/ tolerancia al estrés. Edición: Página:	A través del sistema apoyo educativo el profesional de enfermería educa, guía para que el agente tenga un mejor funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con su potencial y limitaciones y el deseo del ser normal.	00148 Temor	Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (procedimientos hospitalarios)	Informes de aprensión, informes de intranquilidad, sequedad bucal y fatiga.

Continuación: Razonamiento diagnóstico

Datos signifi- cativos	Dominio y clase	Teoría/modelo	P (E)	E (F)	S (CA)
Confía en sí misma. Se siente optimista.	Clase alterada: 2 creencias. Dominio: 10 principios vitales. Edición: 2012-2014 Página: 393	A través del sistema apoyo educativo el profesional de enfermería educa, guía para que el agente tenga un mejor funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con su potencial y limitaciones y el deseo del ser normal.	00185 disposiciones para mejorar la esperanza		Manifiesta deseos de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables, de mejorar la esperanza y de mejorar la confianza en las posibilidades.

Planes de cuidados

<p>Plan de cuidados número (1)</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Aislamiento Social R/C alteraciones del aspecto físico, conducta socialmente no aceptada, incapacidad de establecer relaciones personales satisfactorias M/P Actitud triste, enfermedad, inseguridad en público.</p> <p>Dominio 12.-Confort. Código:(00053). Página:352. Clase Confort Social</p> <p>Definición de enfermería:</p> <p>Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.</p>
<p align="center">Resultados (NOC)</p> <p>Resultado esperado: Autoestima Código: (1205) N° página: (207) Clase: Bienestar psicológico (M) Dominio: Salud psicosocial (III)</p>

Código	Indicadores	1		2		3		4		5	
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
120502	Aceptación de las propias limitaciones			X					√		
120511	Nivel de confianza			X					√		
120519	Sentimientos sobre su propia persona	X									√

Mantener - 5 Aumentar-13

Intervenciones (NIC)

Intervención:	Fundamentación con la teoría del déficit de autocuidado
<p>Potenciación de la socialización</p> <p>Código: 5100</p> <p>Pág. 658</p>	<p>Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (6) Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social</p> <p>Objetivo general: Facilitar la convivencia social y el desarrollo de la agente con cáncer de mamas.</p> <p>Para cubrir esta intervención objetivos el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo a través del cual el profesional enfermero orientara al agente de cuidado y su familia sobre Facilitar la capacidad del agente para interactuar con otros de una manera precisa</p>
<p>Actividades</p> <p>-Animar al paciente a desarrollar relaciones</p> <p>-Fomentar las actividades sociales y comunitarias</p> <p>-Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.</p>	<p>Fundamentación científica de las actividades</p> <p>Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (8) Promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas</p> <p>Objetivo general: Reintegrarla de nuevo a la sociedad mediante técnicas psicológicas que le ayuden a aceptarse y mejoren su autoestima.</p> <p>Sistema de enfermería: Para llevar a cabo este objetivo el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo educación a través del cual el agente de cuidado se le guíara y apoyara para mejorar su interacción social y emocional para integrarlo a la sociedad de una manera en la que conviva y lleve su vida normalmente en su entorno familiar y con otras personas que lo ayuden a salir adelante durante el proceso de la misma enfermedad tomando en cuenta las limitaciones del agente y del interés que tenga para la misma socialización.</p>
<p>Actividades</p> <p>-Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.</p> <p>-Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine.</p> <p>-Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.</p> <p>-Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual.</p>	<p>Fundamentación científica de las actividades</p> <p>Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (6) Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social</p> <p>Objetivo general: Establecer procesos de comunicación afectivos a través de vínculos de comprensión y empatía con diversas personas mejorando el ambiente y entorno.</p> <p>Sistema de enfermería: Para cubrir estos objetivos el sistema de enfermería aplicado es el desarrollo de la forma positiva del contacto con los demás, darle ánimos al paciente además de ayudarlo a que se distraiga tomando en cuenta la disponibilidad que tenga para que conviva con otras personas y el ambiente donde se encuentre sea el adecuado para que tenga una vida plena y con bienestar.</p>

<p>Plan de cuidados no (2)</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor crónico R/C Incapacidad Psicosocial crónica M/P Expresa dolor, reducción de interacción con los demás, cambios en el patrón del sueño.</p> <p>Dominio : 12 confort. Código: 00133. Página: 477</p> <p>Definición de enfermería: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.</p>
--

Resultados (NOC)	
Resultado esperado: control del dolor Código: 1605 N° página: 248	

Código	Indicadores	1		2		3		4		5	
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
160502	Reconoce el comienzo del dolor			X							√
160509	Reconoce síntomas asociados al dolor					X					√
210112	Trastorno Del sueño	X							√		

Mantener- 6 Aumentar-14

Intervenciones (NIC)

Conocimiento: Manejo del dolor

Intervención:	Fundamentación con la teoría del déficit de autocuidado
Código: 1843 Pág.	El sistema de enfermería que se diseña para cubrir este objetivo es el de apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero enseñara y apoyara al agente sobre el manejo del dolor a través de actividades de relajación, administración de medicamentos prescritos y distracciones que favorezcan la disminución del dolor.
Acciones	Fundamentación científica de la acción
Estrategias para controlar el dolor. Técnicas de relajación efectivas	Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (5) Objetivo general: Mejorar el dolor a través de analgésicos y técnicas de relajación. Sistema de enfermería: Para llevar a cabo este objetivo el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo educación a través del cual el agente de cuidado terapéutico orientara al agente de cuidado y su agencia de cuidado dependiente sobre técnicas de relajación y actividades que permitan disminuir el dolor, favoreciendo un estado de bienestar.
Régimen de medicación prescrita. Uso correcto de a medicación sin prescripción.	Para cubrir estos objetivos el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero asiste y orienta al agente sobre la farmacoterapia prescrita, su manejo adecuado, riesgos y efectos secundarios.
Distracción efectiva. Aplicación efectiva de frio/calor. Técnicas de meditación efectiva.	Para cubrir estos objetivos el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo/ educación y el sistema parcialmente compensatorio, con el fin de orientar al paciente sobre el uso de técnicas de distracción, meditación y la aplicación oportuna de frio/calor mostrando técnicas de realización, beneficios, riesgos y tiempo de aplicación.

Plan de cuidados no (3)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar la esperanza M/P Expresa deseos de mejorar el sentimiento de significado de su vida, de mejorar la esperanza, mejorar la interconexión con los demás, mejorar la resolución de problema para alcanzar sus objetivos. Dominio: 10 principios vitales. Código: 00185. Página: 393 Definición de enfermería: patrón de expectativas y deseos para movilizar la energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que pueda ser reforzado.

Resultados (NOC)	
Resultado esperado: Esperanza Código: 1201 N° página: 333	

Código	Indicadores	1		2		3		4		5	
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
120102	Expresión de confianza			X							√
120107	Expresión de creencias en sí mismo					X					√
120106	Expresión de optimismo	X							√		

Intervenciones (NIC)

Intervención:	Fundamentación con la teoría del déficit de autocuidado
Dar esperanza Código: 5310 Pág. 169	El sistema de enfermería que se diseña para cubrir este objetivo es el de apoyo/educación permitiendo apoyar a la agente y a la agencia de cuidado dependiente en las acciones de autocuidado adecuadas que le permitan mantener un estado de optimismo, fijación de metas e integrar a la familia en el proceso para favorecer el aumento de la esperanza.
Acciones	Fundamentación científica de la acción
Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.	Para cubrir este objetivo se utiliza el sistema de enfermería apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero enseñara y apoyara al agente en las acciones de autocuidado adecuadas para mantener la esperanza en base a forjar metas relacionadas con planes futuros.
Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.	Para cubrir este objetivo se utiliza el sistema de enfermería apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero orientara al agente y a su familia sobre grupos de apoyo para mejorar la comunicación en el núcleo familiar, favorecer el mantenimiento de la esperanza del agente y mejorar su estado emocional.
Crear un ambiente que facilite la práctica de su religión, cuando sea posible.	Para cubrir este objetivo se utiliza el sistema de enfermería apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero aconseja y orienta al agente sobre la práctica de su religión con el fin de fortalecer su bienestar espiritual para mejorar su bienestar de manera holística.

Mantener-6 Aumentar-14

DISCUSIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como fundamento y método sistemático y dinámico para el cuidado, permite aplicar diversas teorías como la "Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Dorotea Orem" centradas en el agente con cáncer de mamas. Su aplicación requiere enfermeras que demuestren competencias teóricas, prácticas y personales, que les permitan valorar situaciones particulares, determinar diagnósticos de enfermería, tomando como referente a Daniel Pesut para la priorización de estos Asi como planear acciones pertinentes, ejecutarlas y evaluar los resultados obtenidos con ellas, así como el brindar un cuidado de mayor calidad a través del uso y aplicación de las taxonomías NAN-

DA, NOC, NIC. Las cuales le permiten una mejor unificación de criterios y la obtención de un lenguaje estandarizado durante el cuidado con la agente con cáncer de mamas. La enfermera, quien está constantemente con el paciente tiene mejor oportunidad de familiarizarse con sus condiciones que el médico. La mayoría de las veces, las enfermeras son las primeras que descubren y dejan constancia de los cambios que se producen en la condición del enfermo. La observación minuciosa que se espera de las enfermeras tengan los conocimientos de signos y síntomas y sus asociaciones con la enfermedad, el tratamiento y las condiciones del ambiente. Y a medida que van adquiriendo experiencia se van convirtiendo en expertas y actuar en las situaciones con un profundo conocimiento. Al conjuntar el proceso enfermero la teoría de Dorotea Orem y las taxonomías NANDA NOC NIC. Con su respectiva implementación se conscientiza a los profesionales de la enfermería sobre la necesidad urgente de llevar a la práctica clínica la valoración holística del agente, sin descuidar ninguna de las esferas, dando prioridad en su totalidad a la necesidad de cuidado que se demanda, favoreciendo la salud de la agente con cáncer de mamas.

REFERENCIAS

1. Hernández., D. J. (2008). Facultad de Medicina UNAM. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
2. Medina Barragán R.A., Medina Sánchez M.J, Ruiz García M, Olmedo Vázquez G.T. Teorías, Modelos y Proceso de Enfermería. Nayarit (México) 2015.
3. Heather Herdman T, NANDA International DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2009-2011. Barcelona (España): ELSEVIER; 2010.
4. Garzón Alarcón, N. Ética profesional y teorías de enfermería. scielo (en línea) s/f. aprox. 8p. URL disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100007&script=sci_arttext
5. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones, 2(a) ed. Madrid: Elsevier; 2007.
6. Rodríguez-Cuevas, A. S. (2005). Cáncer de mama. Cirugía y Cirujanos, 73(6) 423-424. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66273601>
7. Knaul, Felicia Marie, Nigenda, Gustavo, Lozano, Rafael, Arreola-Ornelas, Héctor, Langer, Ana, & Frenk, Julio. (2009). Breast cancer in México: an urgent priority. Salud Pública de México, 51(Supl. 2), s335-s344. Recuperado en 15 de octubre de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800026&lng=es&tln-g=en.

Negociación en el uso del condon en estudiantes universitarios. Negotiation on condom use in college students.

Triana Abundis Z¹, Flores Flores R², Sánchez Aranda M².

RESUMEN

El conocimiento de los beneficios del uso del condón ha sido una herramienta que ha aportado grandes beneficios a la salud sexual de los jóvenes que tienen una vida sexualmente activa, sin embargo, es necesario resaltar que existen diversos factores que afectan el uso del mismo, por ello es de vital importancia generar propuestas encaminadas a desarrollar habilidades conductuales y cognitivas que favorezcan el uso consistente del condón, en este sentido, los estilos de negociación en pareja sobre el uso del condón desempeñan un rol fundamental, dado que de ello depende los acuerdos a los que una pareja puede llegar para usar el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales.

Palabras claves: Condón, sexualidad, negociación, riesgo.

ABSTRACT

The knowledge of the benefits of the use of condoms has been a tool that has brought significant benefits to the sexual health of young people who are sexually active, however, we must emphasize that there are several factors that affect the use of it, so it is vital generate proposals to develop behavioral and cognitive skills that promote consistent condom use in this sense, negotiation styles with partners about using condoms play a key role, since it depends on the agreements to which a couple can direct the use of condoms in each and every one of their sexual relations.

Keywords: Condom, sexuality, negotiation, risk.

Fecha de recibido: 23 de agosto de 2016 Fecha de aprobado: 08 de julio de 2017

INTRODUCCIÓN

A partir de la necesidad de prevenir embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual en los jóvenes, se implementa el uso consistente del condón como el método preventivo menos invasivo y más eficaz, es por ello que se resalta la importancia del uso adecuado de este método, para contribuir a lo que es hoy por hoy una de las tareas más importantes en temas de salud sexual, resaltando además la importancia de promover conductas encaminadas a propiciar el uso consistente del mismo. Los estilos de negociación que deben emplear los jóvenes para negociar con su pareja el uso del condón, constituye una de las herramientas primordiales que los jóvenes deben desarrollar para resguardar su integridad física y emocional, mediante la prevención de conductas sexuales de riesgo que pueden generar consecuencias negativas para su desarrollo psicosocial. Esta investigación busca conocer los estilos de negociación en jóvenes universitarios, para ello se aplicó la Encuesta Universitaria Sobre Salud Sexual¹ a una muestra de 188 estudiantes y se analizaron las variables, obteniendo como resultados que el 81,7% de la población sexualmente activa lleva a cabo prácticas sexuales de riesgo y el 8,7% utiliza condón de manera consistente.

En la actualidad, la salud sexual, física y psicológica de los jóvenes, se ve principalmente afectada por prácticas sexuales de riesgo, ya que debido a la falta de educación sexual desde temprana edad, los jóvenes no cuentan con las habilidades conductuales necesarias para la ejecución de prácticas sexuales seguras.

La negociación en pareja sobre el uso del condón, constituye una de las habilidades que favorecen las prácticas sexuales seguras, por lo tanto, en vista de la carencia de dicha habilidad, es necesario desarrollar en los jóvenes las habilidades conductuales requeridas, para que, llegado el momento, estos tengan la seguridad de querer usar el condón y la capacidad de negociarlo en pro de su salud sexual y la de su pareja.

Con base en lo anterior se formula la siguiente pregunta, misma que rige la presente investigación:

¿Qué estilo de negociación en pareja emplean con mayor frecuencia los estudiantes de psicología del plan 2012 de la Universidad Autónoma de Nayarit y cuál es su relación con el uso consistente del condón?

El objetivo fue identificar el estilo de negociación en el uso del condón que los jóvenes estudiantes del plan 2012 del programa académico de psicología emplean con mayor frecuencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que los embarazos y partos precoces, los abortos y las infecciones de transmisión sexual constituyen tres de los principales problemas de salud que afectan a los adolescentes y jóvenes alrededor del mundo².

En México la salud sexual de los jóvenes se ha visto principalmente afectada por las prácticas sexuales no seguras que derivan en embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (ITS) causados por virus o bacterias, los cuales pueden llegar a tener repercusiones negativas en la integridad física, mental, emocional y social de los mismos.

Al respecto el Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA³, señala que de 1983 al tercer trimestre de 2014 se han notificado 170,963 casos de personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de los cuales, 3,604 son casos nuevos, diagnosticados en el último año, lo que indica que si bien, en comparación con años anteriores la cifra de nuevos contagios ha disminuido, sigue siendo de vital importancia ejercer acciones que permitan disminuir al máximo los nuevos contagios.

Por su parte⁴, indica que desde abril de 2007, fecha en que se legalizaron las interrupciones del embarazo en el Distrito Federal y Estado de México, hasta el 31 de octubre de 2015 se han practicado un total de 149,886 Interrupciones Legales del Embarazo (ILE), de las cuales el 52.2% corresponden a jóvenes entre los 15 y 24 años de edad.

Robles⁵, señala que a pesar del incremento que se ha presentado en el número de jóvenes que utilizan el preservativo, existe aún un porcentaje importante de esta población que no usa el condón o bien, lo emplea de manera incorrecta o inconsistente, destacando entonces la importancia de determinar y combatir los diferentes factores asociados a este comportamiento de riesgo y sustituirlos por comportamientos preventivos.

En la actualidad el tipo de práctica sexual ha sido considerado como otro de los factores conductuales vinculados al uso del condón, resulta importante resaltarlo dado que el tipo de práctica sexual que una persona realiza, contribuye a la alteración de la vulnerabilidad biológica de un organismo⁶, lo cual puede no ajustarse a lo que la Organización Mundial de la Salud² define como salud sexual, describiéndola como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Estableciendo además que para que la salud sexual se logre y se mantenga, los dere-

chos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”.

Existen diversos factores conductuales asociadas al uso del condón. Este estudio se centra en los estilos de negociación en pareja sobre el uso del condón, mismos que son definidos por algunos autores como las formas específicas de comunicación que se utilizan para convencer a la pareja de usar protección⁷.

En el contexto de la comunicación sexual asertiva, se ha estudiado el papel que juega la negociación del uso del condón, lo cual tiene que ver con la habilidad para persuadir a la pareja de usar el condón, entiéndase persuadir como *Inducir, mover, obligar a alguien con razones a creer o hacer algo*⁸, lo cual implica un conjunto de habilidades, más que una habilidad en particular; una persona puede mantener una conversación sobre sexo protegido con su pareja pero esto es cualitativamente diferente de persuadir a una pareja de usar el condón, de hecho se ha reportado que aprender a iniciar y mantener una conversación sobre temas vinculados con el cuidado de la salud hace más probable que los jóvenes negocien asertivamente con su pareja en el uso del preservativo⁶.

A pesar de que la comunicación asertiva se vincula con conductas sexuales preventivas, también existe un vacío en cuanto a la manera específica que emplean hombres y mujeres para negociar con sus parejas el uso del condón⁹.

Cabe señalar que la negociación del uso del condón tiene implicaciones distintas para hombres y mujeres; ya que si el hombre desea usar el condón puede ser suficiente con que decida colocarlo, sin embargo en el caso de que el varón se rehusó a usarlo, la mujer podría verse obligada a persuadir a su pareja para que este acceda a usar el condón. En este sentido la literatura refiere que las mujeres desempeñan un rol más activo en la negociación del uso del condón, ya que ellas, a menudo, buscan convencer a sus parejas sobre los beneficios que obtienen a partir del uso del condón, mientras que ellos con mayor frecuencia buscan convencer a sus parejas para tener relaciones sexuales sin protegerse.

Así pues, cuando uno de los miembros de la pareja no está de acuerdo en usar el condón como método de protección ambos se enfrentarían a un conflicto y la manera de resolverlo podría depender del estilo que ellos usen para llegar a un acuerdo sobre el uso de la protección, en este sentido, se realizó una investigación en la UNAM FES Iztacala, en la cual se evaluaron los estilos de negociación del uso del condón que empleaban estudiantes de secundaria y preparatoria, y la relación que estos tenían con la conducta sexual protegida, determinando las diferen-

cias por sexo y nivel de escolaridad¹⁰.

Los estilos de negociación que se describen en dicha investigación son los siguientes:

Estilo de colaboración equidad: la persona se interesa en sus propios beneficios y en los de la pareja, y ambos colaboran para llegar a un acuerdo equitativo sobre el uso del condón.

Estilo de acomodación evitación: la persona centra su atención en cubrir las necesidades e interés de su pareja, para evitar conflictos, dejando de lado sus propios intereses, en este sentido, si la pareja de un individuo decide no usar condón, este simplemente se adapta a lo que su pareja disponga.

Estilo de contender: la persona se centra en cubrir sus propios intereses, sean estos los de querer usar o no el condón, sin tomar en cuenta la opinión de su pareja.

Por lo tanto las habilidades de comunicación y el uso adecuado del condón juegan un papel fundamental en el cuidado de la salud sexual, misma que en la actualidad se ve afectada por diversos factores, entre los cuales destaca la falta de habilidades por parte de los jóvenes que han iniciado o están por iniciar su vida sexual activa para negociar con su pareja el uso del condón.

Lo anterior se menciona en el trabajo realizado en México¹¹, titulado “Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón”, en el cual se evaluó una muestra de 141 adolescentes sexualmente activos mediante un cuestionario de auto-reporte, con el propósito de medir la comunicación sexual de pareja en los adolescentes, así como identificar sus estilos de negociación y su relación con el uso del condón, la intención y los conocimientos sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los resultados muestran que los adolescentes que participaron en este estudio sólo se protegieron aproximadamente en el 60% de sus encuentros sexuales, tienen pocos conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS, emplean más el estilo de negociación en pareja de colaboración-equidad, se comunican ocasionalmente con sus parejas y la mayoría reportaron tener la intención de usar condón. Finalmente, se muestran las correlaciones halladas entre las variables.

Los hallazgos anteriores sugieren la importancia de diseñar programas de prevención que promuevan, además del uso del condón, la comunicación de pareja y la negociación del condón empleando un estilo de colaboración-equidad¹¹.

Otro trabajo realizado en el Estado de México en la UNAM, Fes Iztacala¹², titulado “Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato” que se basa en el modelo psicológico de la salud y en la metodología del análisis contingencial y en el cual se aplicó una encuesta estudiantil sobre salud sexual a una muestra de 138 estudiantes de bachillerato sexualmente activos. Los resultados sugieren que los participantes son más consistentes en el uso de condón al tener relaciones sexuales con una pareja estable cuando ésta espera que se utilice el condón, y asimismo cuando el grado de excitación sexual es mayor. Se encontraron también correlaciones distintas entre la consistencia y algunos factores disposicionales de acuerdo al género. También se hallaron relaciones entre los diversos factores disposicionales que indican que varios de ellos forman parte de situaciones de riesgo sexual.

MÉTODOS

El enfoque que rige esta investigación es cuantitativo, de no intervención y descriptivo. La presente investigación se llevó a cabo utilizando una muestra representativa de 188 alumnos que fue seleccionada de manera aleatoria del total de 413 estudiantes del plan 2012 del programa académico de la licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Hipótesis: Los estudiantes del plan 2012 del programa académico de psicología emplean con menor frecuencia el estilo de colaboración – equidad para negociar el uso del condón con su pareja.

VARIABLES:

Conocimientos sobre el uso del condón: Se refiere a los conocimientos que se poseen sobre el uso correcto del preservativo¹³.

Estilos de negociación del uso del condón: Se refiere a la forma particular en que la persona negocia el uso del preservativo con su pareja sexual⁷.

Uso del condón: Hace referencia al haber utilizado el preservativo al tener una relación sexual con penetración⁷.

Técnicas e instrumentos: Para recolectar los datos pertinentes para llevar a cabo este estudio se utilizará la Encuesta Universitaria Sobre Salud Sexual (EUSS).

Para conocer los conocimientos sobre el uso correcto del condón se usó la prueba sobre uso correcto del preservativo, que consta de 9 reactivos con opción de respuesta múltiple (cierto, falso y no sé), que miden las nociones que los estudiantes poseen acerca del

uso correcto del condón.

Para estilos de negociación del uso del condón se utilizó el apartado de la encuesta universitaria sobre salud sexual que contiene 29 reactivos, con escala de respuesta tipo Likert, con valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), que miden los estilos de negociación del uso del condón.

Para uso del condón se empleó tres reactivos que permitan obtener información sobre la frecuencia del uso del condón, así como un apartado que consta de 8 reactivos con escala tipo Likert, con valores de 1 (nunca) y 5 (en todas y cada una de mis relaciones sexuales), que señala con qué frecuencia se ha usado condón al tener relaciones sexuales en los últimos 6 meses con pareja regular o pareja ocasional.

Este instrumento es tomado a partir de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual validada por Robles et al. (2010)¹ con adolescentes de secundaria y preparatoria y forma parte del proyecto de investigación IN307210 financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México⁷; permitiéndose su uso para estudiantes universitarios a partir de los Resultados preliminares de la validación por Robles et al. (2011)⁹ de la Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual. Informe Técnico del proyecto *Programa de intervención conductual para el desarrollo y mantenimiento de conductas vinculadas con la salud sexual de los jóvenes universitarios de primer ingreso*, clave IN307210.DGAPA, UNAM.

RESULTADOS

A partir de los cuestionarios aplicados a los estudiantes del plan 2012 del programa académico de psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit; se determina que el 79,8% de los 188 estudiantes encuestados pertenecen al sexo femenino y el 20,2% al sexo masculino, que el 87,2% tienen en promedio entre 18 y 21 años de edad, que el 92,6% son solteros y el 7,2% restantes están casados, viven en unión libre o reportan otro estado civil.

De igual forma se encontró que el 45,2% del total de los estudiantes participantes reportan no haber iniciado su vida sexual, mientras que el 54,8% tienen una vida sexual activa. De este último grupo, solo el 18,3% reportan haber usado el condón de manera consistente, es decir en todas y cada una de sus relaciones sexuales, en tanto que el 73% de dicha población reportan un uso inconsistente del condón ya que el 36,5% lo usó la mayoría de las veces, el 24% las mitad de la veces y el 12,5% casi nunca, mientras que el 8,7% restante, reporta no haber usado el condón en ninguna de sus relaciones sexuales. Estas

cifran indican que el 81,7% de la población sexualmente activa realiza prácticas sexuales de riesgo.

DISCUSIÓN

Tomando como base los resultados preliminares obtenidos a partir del análisis de datos realizado hasta el momento, se concluye que la mayoría de estudiantes encuestados son solteros y pertenecen al género femenino.

Así mismo, los resultados muestran que los conocimientos acerca del uso correcto del condón no dependen de la práctica sexual, dado que los resultados muestran similitud en la proporción de respuestas correctas e incorrectas entre la población sexualmente no activa y la sexualmente activa.

Por otra parte, se observa una tendencia mayor hacia el uso del estilo de negociación en pareja sobre el uso del condón, de Colaboración – Equidad, lo cual en términos teóricos favorece el uso del condón, sin embargo, en esta población, el uso de este estilo de negociación no favorece el uso consistente del condón, dado que solo el 18,3% de la población sexualmente activa tiene prácticas sexuales seguras, y el resto de la población se encuentra en situación de riesgo.

Partiendo de este resultado, se puede inferir que a pesar de que los estudiantes reportan hablar con su pareja sobre sexo protegido (uso del condón), esta comunicación no tiene como objetivo persuadir o convencer a su pareja para el uso consistente del condón, lo cual marca una gran diferencia entre la conceptualización de hablar y negociar.

REFERENCIAS

1. Diaz-Loving R. Validación de la encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la Salud de los Jóvenes 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
3. Secretaria de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. 2014. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/cifras_mundo/UNAIDS_SIDA_en_cifras_2014_es.pdf
4. Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE. Perfil De Las Usuaris Que Han Realizado Interrupción Legal Del Embarazo En La Ciudad De México. 2015.
5. García-Pérez H, Merino M. La toma de la muestra de Papanicolaou en población indígena migrante en el noroeste de México: el caso del programa "Dile a

- una amiga". Salud Pública de México. 2015;57:1-2.
6. Robles MS, Moreno RD. Psicología y Salud Sexual. 2007. Estado de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
7. Diaz-Loving R, Robles MS. Salud y Sexualidad. 2011.
8. Real Academia de la Lengua Española, editor. Persuadir 2014.
9. Robles MSA, F, Rodriguez CB, V. Conocimientos sobre VIH/SIDA, Comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. Revista electrónica de psicología Iztacala [Internet]. 2011; 14. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol-14No4Art17.pdf>
10. Diaz-Loving R, Robles MS. Estilos de Negociación en la Pareja Vinculados con el Uso del Condón en Adolescentes 2006.
11. Jiménez G. Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. Revista de Enseñanza E Investigación En Psicología [Internet]. 2010; 15(1):[107-29 pp.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133008>
12. Rodriguez C, Diaz-Gonzalez E. Relación Entre La Consistencia En El Uso De Condón Y Factores Disposicionales En Estudiantes De Bachillerato. Revista Psicología y Salud 2011.
13. Robles MS, Rodriguez C, Frias AB, Moreno RD. Indicadores del uso eficaz del preservativo. Revista Puertorriqueña de Psicología. 2014;25:244-58.

Ruido laboral y su efecto cardiovascular. Un caso en la industria metalmecánica.

Occupational noise and cardiovascular effects. A metalmechanic industry case.

Barrio Echavarría G¹, Talavera Sánchez O², Ramírez Fraire R³

RESUMEN

Objetivo: determinar el efecto del ruido en el ambiente laboral sobre la presión sanguínea y frecuencia cardiaca en un trabajador de la industria metalmecánica. **Métodos:** Se realizaron mediciones de ruido con un dosímetro marca Edge EG4-D de 3M, mediciones de presión sistólica, diastólica y frecuencia cardiaca con un monitor ambulatorio marca Bravo 24-h ABP, estos registros se obtuvieron durante el desarrollo de la jornada laboral. **Resultados:** Se encontró una media de exposición a ruido promedio de 88 ± 8.1 dBA y una media de la presión sistólica de 140.8 ± 10.3 mm Hg y diastólica de 79.6 ± 6.6 durante la jornada laboral presentándose una correlación de 0.51 entre el aumento de la presión diastólica y el ruido. **Conclusiones:** la exposición a ruido podría ser un factor de riesgo laboral para el aumento de la presión sistólica de manera aguda.

Palabras clave: Ruido en el ambiente ocupacional, salud ocupacional, presión sanguínea

ABSTRACT

Aim: determine the effect of occupational noise on the blood pressure and heart rate in a metalworking industry worker. **Methods:** Noise measurements were performed with a 3M Edge EG4-D dosimeter and the systolic, diastolic and heart rate pressure with a Bravo 24-h ABP ambulatory blood pressure monitor. These records were obtained during the working day. **Results:** An average exposure to noise was found to be 88 ± 8.1 dBA and the mean systolic pressure was 140.8 ± 10.3 mm Hg and diastolic pressure was 79.6 ± 6.6 during a working day, with a correlation of 0.51 between increased Diastolic pressure and noise. **Conclusions:** the exposure to occupational noise might be a risk factor for high systolic pressure.

Keywords: Occupational Noise, occupational health, Blood Pressure

1. Profesor Investigador de Tiempo Completo. Maestría Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma de Chihuahua.

2. Profesor Investigador de Tiempo Completo. Maestría Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma de Chihuahua.

3. Profesor Investigador de Tiempo Completo. Coordinadora del programa Maestría Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma de Chihuahua.

INTRODUCCIÓN

La exposición a ruido en el ambiente laboral, es un riesgo al cual se le atribuyen diversos efectos nocivos sobre la salud, destacando la pérdida auditiva como el efecto mayormente asociado (1, 2). Se ha reportado que exponerse a niveles ≥ 85 decibeles A (dBA) inicialmente ocasiona una pérdida temporal de la audición, la cual se revierte al cabo de unos días, pero si la exposición es repetida o sostenida, lleva a cambios degenerativos que cambian la pérdida auditiva temporal en permanente(3). Además, se han encontrado otros efectos que también se encuentran relacionados al ruido como los cambios en la conducta, en patrones del sueño, niveles de cortisol y especialmente, efectos sobre el sistema cardiovascular (4-6). El objetivo del presente estudio fue determinar si los niveles de ruido a los que se encuentra expuesto un trabajador de una empresa metalmeccánica, generan cambios en la presión sanguínea.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio transversal, descriptivo y de campo, donde se midió el nivel de ruido expuesto a un trabajador de 45 años de edad que laboraba en el área de producción de la industria metalmeccánica durante el mes de Agosto 2016. El sujeto de estudio elegido aceptó participar de manera voluntaria, firmando previamente el consentimiento informado. Se eligió esta persona dado que su trabajo como operador de un taladro industrial, no implicaba un gran esfuerzo físico que pudiera elevar la presión por sí mismo. A través de un cuestionario, se obtuvo información general como antigüedad en el puesto, peso, talla, antecedentes familiares de hipertensión y consumo de tabaco. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) con la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m}^2\text{]}$.

Para monitorear el ruido, se utilizó un dosímetro marca Edge EG4-D de 3M, previamente verificado con un calibrador acústico marca AC/300 de 3M y las mediciones se realizaron según especificaciones de la NOM 011 STPS 2001 que establece las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se genere ruido⁽⁷⁾. dicha medición se efectuó desde el inicio del trabajo cada minuto, durante 530 min (8 hrs 50 min) de duración la jornada laboral, incluyendo los recesos para desayuno y comida. Para la función cardiovascular se empleó un monitor ambulatorio de la presión arterial Bravo 24-h ABP modelo 222-B; marca SunTech U.S.A; el cual registró la presión sistólica y diastólica expresada en milímetros de Hg y la frecuencia cardiaca en latidos por minuto. El equipo se programó para realizar mediciones cada 30 minutos mientras trabajaba, obteniendo de manera exitosa 15 evaluaciones de presión y frecuencia

cardiaca

Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 20, donde se obtuvieron la media, desviación estándar y correlación de Pearson entre las variables ruido en dBA, presión sistólica y diastólica antes y durante la jornada laboral (mm Hg) y frecuencia cardiaca en Latidos Por Minuto (LPM).

RESULTADOS

La exposición a ruido laboral es un riesgo al que se encuentran expuestos los trabajadores de la industria metalmeccánica debido a la naturaleza de los procesos. En el cuadro I, se muestran los datos generales del trabajador que participó en el estudio, esta persona de 45 años de edad cuenta con una antigüedad de 4 años en la empresa, y hace referencia que desde su inicio en esta actividad, siempre ha permanecido en el área de producción.

Cuadro I.- Datos generales del trabajador de una empresa metalmeccánica de la ciudad de Chihuahua, México.

Edad (años)	45
Antigüedad en el puesto(años)	4
Índice de Masa Corporal	28
Consumo de tabaco	No
Antecedentes familiares de hipertensión	No

Fuente: Elaboración propia

En la dosimetría realizada durante el desempeño de las actividades cotidianas de este empleado, con el análisis de los datos, se obtuvo una media de 88.07 ± 8.17 dBA, por debajo de los 90 decibeles, que son los permitidos para una exposición de 8 horas de jornada laboral. Al graficar los datos, en el curso temporal se observa que es ruido de tipo intermitente encontrando que el trabajador estuvo bajo una exposición ≥ 105 dB de 18 minutos, lo cual supera los 15 min que indica la NOM 011 STPS 2001 (Figura 1).

En el cuadro II se muestran los resultados de las medidas de la presión sistólica y diastólica, así como de la frecuencia cardiaca antes y durante el desempeño de actividades laborales, donde previo a dichas actividades se midieron los parámetros antes referidos, obteniendo 125/80 mm de Hg y 80 LPM. Durante su desarrollo de jornada laboral se encontró que la presión sistólica fue la que aumentó en mayor medida (un promedio de 15.8 mm de Hg) y la que presentó una correlación moderada positiva con respecto al ruido en el área laboral, a mayor cantidad de ruido mayor presión sistólica.

DISCUSIÓN

La exposición a ruido en el ambiente laboral es un tema que genera controversia, ya que diversos estudios indican que la exposición crónica presenta un aumento sostenido de la presión y otros que es una elevación transiente (4). En el caso que se presenta,

se muestra que el trabajador está expuesto a ruido intermitente con variaciones que van desde los 65.9 hasta 111.4 dBA y que al inicio de la jornada se encuentra con una presión arterial sistémica de 125/82 mm de Hg, pero en el transcurso de la jornada laboral se aprecia una elevación de la presión sistólica posi-

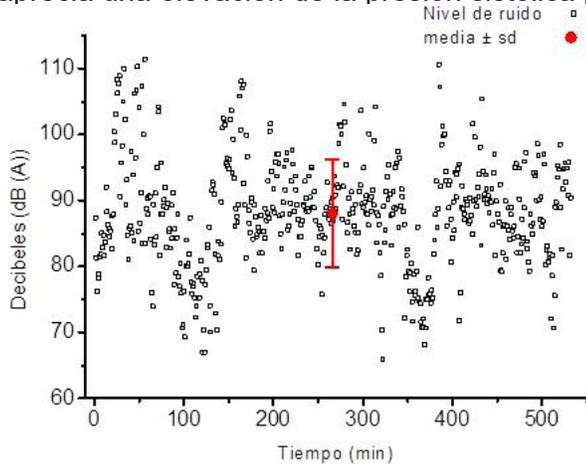


Figura 1.Curso temporal del nivel de ruido expuesto el trabajador en la jornada laboral. Exposición a ruido en el ambiente laboral desde el inicio hasta el término de la jornada laboral, con una media de ruido de 88.07 ± 8.17 dBA. En las línea rojas continua y punteada se muestran las mediciones de ≥ 90 dB (A) y de ≥ 105 dBA respectivamente.

Cuadro II: Correlación de ruido ocupacional entre la presión sistólica, diastólica y la frecuencia cardiaca

Parámetro	Jornada laboral		Correlación
	Antes	Durante \pm sd	
Presión (en mm de Hg) :			
• Sistólica	125	140.8 ± 10.3	0.511
• Diastólica	82	79.6 ± 6.6	0.348
Frecuencia cardiaca (LPM)	80	88 ± 6.9	-0.113

Fuente: Elaboración propia

blemente ante factores estresores, ya que al utilizar solo algunos músculos, se produce vasoconstricción lo que puede incrementar la presión hasta 170 mm de Hg(8). De manera reciente, se ha reportado que la exposición crónica al ruido altera los niveles de catecolaminas, lípidos y glucosa plasmática asociados con hipertensión, infarto e isquemia cardiaca (9-11). Aunque los niveles de ruido en el ambiente laboral de presente estudio se encuentran en promedio por debajo de los 90 dBA, que es el límite máximo permisible según lo indica la NOM 011 STPS 2001, en el análisis del curso temporal se observa que el ruido llega a sobrepasarlos 105 decibeles por 18 min y que la Norma Oficial mexicana indica que el máximo de tiempo de exposición a este nivel de ruido son 15 min.

En un estudio realizado por Paunovic y colaboradores, demuestran como el aumento en el ruido llega a elevar la presión arterial al primer minuto de exposición (12), muy similar a nuestros hallazgos con

el sujeto que participó en el estudio. En conclusión, el ruido intermitente que se presenta en la industria metalmecánica está afectando de manera directa a los trabajadores, pero es necesario llevar a cabo un estudio donde abarque una población representativa de personal que labore en esta rama de la industria y de ser posible, realizar mediciones de presión y ruido simultaneas que nos permitan determinar la relación entre ambas variables.

REFERENCIAS

1. Assunta C, Ilaria S, Simone de S, Gianfranco T, Teodorico C, Carmina S, et al. Noise and cardiovascular effects in workers of the sanitary fixtures industry. *Int J Hyg Environ Health*. Jan;218(1):163-8.
2. de Souza TC, Périssé AR, Moura M. Noise exposure and hypertension: investigation of a silent relationship. *BMC Public Health*. 2015;15:328.
3. Ranga RK, Yadav S, Yadav A, Yadav N, Ranga SB. Prevalence of occupational noise induced hearing loss in industrial workers. *Indian Journal of Otology*. 2014;20(3):4.
4. Rapisarda V, Ledda C, Ferrante M, Fiore M, Cocuzza S, Bracci M, et al. Blood pressure and occupational exposure to noise and lead (Pb): A cross-sectional study. *Toxicol Ind Health*. 2015 Oct;32(10):1729-36.
5. de Souza TC, Perisse AR, Moura M. Noise exposure and hypertension: investigation of a silent relationship. *BMC Public Health*. 2015 Apr 03;15:328.
6. Chang TY, Liu CS, Young LH, Wang VS, Jian SE, Bao BY. Noise frequency components and the prevalence of hypertension in workers. *Sci Total Environ*. Feb 1;416:89-96.
7. México. Secretaria del Trabajo y Previsión Social, Norma Oficial Mexicana NOM-011-STPS-2001. (2001).
8. Guyton AC. *Tratado de Fisiología Médica*. Decimo-primer Edición ed.: ELSEVIER; 2006.
9. Basner M, Babisch W, Davis A, Brink M, Clark C, Janssen S, et al. Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*. 2014 Apr 12;383(9925):1325-32.
10. Kalantary S, Dehghani A, Yekaninejad MS, Omidi L, Rahimzadeh M. The effects of occupational noise on blood pressure and heart rate of workers in an automotive parts industry. *ARYA Atheroscler*. 2015 Jul;11(4):215-9.
11. Munzel T, Gori T, Babisch W, Basner M. Cardiovascular effects of environmental noise exposure. *Eur Heart J*. 2014 Apr;35(13):829-36.
12. Paunovic K, Jakovljevic B, Stojanov V. The timeline of blood pressure changes and hemodynamic responses during an experimental noise exposure. *Environ Res*. May;163:249-62.

La educación basada en competencias y el clima áulico. Competency-based education and classroom climate.

Rea Rodríguez V¹

La Universidad Autónoma de Nayarit decide iniciar un proceso de transición de Modelo Académico a partir del 28 de febrero del 2003, donde la meta principal es la incorporación total al Diseño Curricular tomando como base la Educación Basada en Competencias (EBC). La EBC tiene su origen en una visión eminentemente economista con un sustento epistemológico y filosófico favorecedor al desarrollo monetario, representa una de las tendencias en políticas educativo-económicas mundiales impuesta en el ámbito nacional, Países como Brasil, Chile, Cuba, México, Argentina, Puerto Rico, están modificando los alcances de la Educación Basada en Competencias, permitiendo que los alcances iniciales se transformen en perspicaces fortalezas, y para ello se requiere entre otras cosas que dentro y fuera del aula predominen elementos y relaciones facilitadoras de un enseñanza distinto, acorde a las necesidades del momento que junto con el abordaje de los contenidos ya diseñados, fomente la formación de competencias integrales que den un médico competente en el área laboral, y al mismo tiempo un hombre mas comprometido, congruente y consecuente con el contexto. Se pretende que este trabajo sea un planteamiento viable para mejorar la vida dentro del aula y con ello repercutir desde otro ángulo a la mejoría académica y a la responsabilidad social de la Universidad.

El presente trabajo, que ofrece una propuesta pedagógica para propiciar un clima que impacte en la vida interna del aula. El clima se refiere a las condiciones imperantes dentro del aula, es la disposición de ánimo, tono afectivo, procesos de pensamiento y habilidades además de todos los recursos cognitivos difundidos durante el proceso grupal, tiene una función

pedagógica y social, de allí la importancia de analizar la trascendencia para la productividad de los grupos y su aprendizaje; para que desde el interior del aula, junto con el abordaje de los contenidos se fomente las competencias profesionales y también las competencias para la vida, que vayan encaminadas a la formación de un ser humano cualitativamente mejor.

La formación de médicos que estén a la altura de las necesidades locales, regionales e internacionales no puede lograrse solo con buenos contenidos, eso es claro, la pregunta importante es como hacerlo. De manera general existe un planteamiento que sugiere ambientes activos, participativos, situación que hace obvia la confusión conceptual que Tagiuri abordo en 1968 aclarando que ambiente representa el ámbito ecológico exterior relativo a las implicaciones conductuales que compara el entorno físico de una organización.

Esta propuesta de clima en el aula, pretende un médico que piensa, que toma decisiones, reflexivo, crítico, creativo, con capacidad de elaborar juicios y confrontar opiniones, dialogar, discutir, argumentar, debatir, proponer y generar posturas, que reconozca, interprete, enfrente y resuelva problemas, que priorice el colectivo sobre lo individual, siempre al servicio del desarrollo social.

Construcción y desarrollo del pensamiento crítico, reflexivo y creativo, donde el consenso se convierte en la forma colectiva de trabajar, teniendo siempre presente el contexto social y cultural. Se apoya en la pedagogía crítica y creativa a demás del humanismo y constructivismo, teniendo presente la motivación como motor.

1. Unidad Académica de Medicina Universidad Autónoma de Nayarit.
Fecha de recibido: 23 de agosto de 2016 Fecha de aprobado: 20 de junio de 2017

Para mejorar el estado afectivo e intelectual del grupo sería prudente crear un clima cordial, cálido, creativo, reflexivo, armonioso para lo cual se propone:

-Llevar la definición teórico metodológica de las competencias a su conceptualización más holista e integral hasta llevarlas a competencias para la vida.

- Contar con un **docente** formado, consciente y comprometido, con claridad de la orientación psicopedagógica, filosófica y metodológica, dispuesto a reaprender, que funja como orientador, mediador del conocimiento, comunicador, motivador, quien a partir de la actividad científica propicie una actitud humanista, liberal, democrática, flexible, abierta, fortaleciendo el espíritu crítico y creativo. Cuando se habla de las deficiencias en la educación cualquiera que sea el enfoque teórico, el docente juega un papel definitivo,

- El **estudiante** ideal para este proceso es el que se mantiene informado, abierto, flexible, participativo, creativo, crítico, con interés y hábitos de estudio.

-En las **interacciones**, La comunicación debe ser dialógica, abierta, flexible, que permita la crítica y la autocrítica y favorezca la formación de posturas así como la construcción del conocimiento.

-La **dinámica** grupal debe favorecer el respeto de las individualidades sin olvidar las inquietudes colectivas, propiciando la democracia interna, aclarando objetivos y condensando decisiones.

-Se debe propiciar la **motivación** individual y grupal, intrínseca y extrínseca..

-Es conveniente favorecer la **actividad lúdica** que permite estimular la creatividad, ejercita la reflexión y el pensamiento.

-Propiciar un **pensamiento** analítico, educativo, riguroso, creativo, constructivo convergente, formal y crítico; con un **perfil del pensamiento** legislativo, jerárquico, local, externo y liberal; un estilo de aprendizaje independiente del campo, convergente, partiendo del pensamiento.

-Realización de una **evaluación formativa y valorativa**, que involucre la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.

-¿Cómo llevarlo a cabo?

Planeación.

La Unidad de aprendizaje se organiza en academia

a partir de preguntas problematizadoras estratégicas que puedan ir integrando los contenidos pretendidos y las competencias requeridas.

Elaboración de registro diario para cada estudiante donde se consideren todas las formas posibles de generar evidencias de aprendizaje dignas de ser evaluadas.

Realización.

Previo conocimiento del programa para estudiantes, acordar desde un inicio con el grupo cuales serán las condiciones de trabajo.

Considerar las características particulares del grupo para elaborar las estrategias que permitan el acercamiento del sujeto al objeto de estudio para su conocimiento, análisis, crítica y generación de postura

Evaluación

Diaria para el docente, el estudiante y el grupo en su conjunto. Los actores tendrán la libertad y la responsabilidad de evaluar cotidianamente los objetivos, contenidos, estrategias y participación.

Tener en claro que se perseguía facilitar todo el desarrollo del proceso pues permitió la flexibilidad en la experimentación de diferentes metodologías y estrategias.

Teniendo presente que nuestro interés es ir junto con el grupo mas allá de los límites de las materias, trabajar siguiendo la propuesta planteada de clima áulico, y como primer logro la tensión comúnmente propia disminuyó, permitiendo que la presencia del grupo en su conjunto fuera mas cordial, distendida y productiva.

Generalmente se identifica como único responsable del aprendizaje al docente, sin embargo, al asumir este nuevo rol de orientador, facilitador, mediador, comunicador que de manera democrática permite el diálogo, se crean condiciones favorables para la corresponsabilidad consciente, donde tienen la libertad de establecer críticas y plantear propuestas cada día.

El respeto por el espacio de participación de todos y cada uno se volvió la moneda circulante. La gran mayoría superó temores, miedos e inhibiciones y cada persona se expresaba de manera libre, creativa y espontánea. Trabajar en equipo se hizo una necesidad y la cooperación fluyo -la gran mayoría de las veces- de manera natural, eso estimulo la autoestima y por lo tanto los trabajos tenían una carga elevada de las

reflexiones propiciadas en los diálogos.

Los errores fueron reciclados lo que permitió que fueran considerados como una oportunidad no como una debilidad.

La crítica tomó una concepción diferente, fue utilizada como herramienta de aprendizaje recíproco; se acompañaba de una argumentación y una propuesta. Nos alentó a ser responsables de nuestras opiniones favoreciendo la tolerancia además de la confianza e independencia.

Todo modelo académico requiere dimensionar la importancia que puede tener el clima áulico.

Es posible que aún estudiando Medicina la clase se convierta en un foro donde de manera respetuosa se disfrute y se aprenda.

La evaluación puede asumirse de manera creativa, donde sea considerada toda la productividad generada por el docente, el estudiante y todo el grupo en pleno.

Es claro que el clima dentro del aula no es la única causa de las características del desarrollo del proceso educativo por lo tanto la transformación del clima tampoco es la única solución, es solo una medida más para el avance educativo.

Una actitud creativa, crítica y respetuosa donde todos tenemos derecho de expresarnos y ser tomados en cuenta fue sin duda la piedra angular de esta experiencia.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista Waxapa es un órgano de divulgación científica del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nayarit, de periodicidad semestral indexada en IMBIOMED y LATINDEX que publica colaboraciones originales e inéditas de autores mexicanos y extranjeros. Se consideran de interés los temas de salud, agrupados en las siguientes áreas: Historia y Filosofía de la Salud, Educación en Salud, Clínica, Terapéutica y Farmacología, Salud Pública y Sistemas de Salud y Biomedicina.

Los manuscritos deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores que expresen la conformidad con su contenido y su intención de ceder a la revista los derechos de autor; se podrán entregar en la Unidad Académica de Medicina de la UAN o enviarse por correo electrónico a revistawaxapauan@uan.edu.mx. Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética.

Waxapa, en lo general, se apega a los Requisitos Uniformes para las Publicaciones Enviadas a Revistas Biomédicas (ICMJE Recommendations, que aparecen en <http://www.icmje.org>) y a las guías y directrices internacionales para la presentación y evaluación de informes de investigaciones en salud reunidas en Equator Network (en <http://www.espanol.equator-network.org/home/>).

Las contribuciones quedarán dentro de las categorías siguientes: Cartas al editor, artículo original, artículo de revisión, comunicación breve y editorial por invitación. Los artículos originales se enviarán en formato "IMRYD": introducción, métodos, resultados y discusión.

Los autores deberán preparar sus textos en Microsoft Word y usar programas como Excel o Power Point para crear las figuras y cuadros. Tipo de letra: Arial o Times New Roman 12, a dos espacios. Todos los márgenes serán de una pulgada (2.4 cm). El manuscrito quedará separado de la siguiente manera: Título, autores y su afiliación en una cuartilla, resumen es-

Extensión máxima de los diferentes tipos de manuscritos que recibe Waxapa:

	Palabras sin incluir resumen, tablas, figuras, ni referencias	Referencias	Cuadros y Figuras
Artículo de Revisión	4000	50	5
Artículo Original	3500	35	5
Comunicación Breve	1500	40	2
Cartas al Editor	800	5	ninguna
Editoriales (por invitación del director)	800	5	ninguna

-estructurado en otra, cuerpo del artículo, referencias bibliográficas y cuadros y figuras uno en cada cuartilla.

Los cuadros y figuras serán tratados en archivos independientes (por separado) al documento de Word, tratados como imágenes de un tamaño no mayor a 9 cm de ancho y 15 cm de alto, con una resolución mínima de 600 puntos por pulgada, y entregarse en formato .JPG o .PNG.

Las figuras: deberán contar con el título de "figura" en la parte inferior de la imagen, con letra arial, "negrita" no. 8, su numeración será arábiga, seguida por su debido pie de imagen con la descripción en letra arial, no.8.

Los cuadros: deberán contar con el título además de la palabra "cuadro" en la parte superior de la imagen, su numeración será arábiga, seguida por su debido título, utilizando letra arial, "negrita", no. 8; la numeración será correspondiente al orden de los cuadros en el documento.

El resumen estructurado no excederá una cuartilla e incluirá: objetivos, métodos, resultados y conclusiones. A continuación de cada resumen se anotarán de 3 a 5 palabras o frases cortas-clave, que ayuden a clasificar el artículo.

Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida de una entidad comercial u otro grupo con intereses privados, para costear el trabajo en que se basa el artículo. Se debe dejar explícita cualquier situación que genere posible conflicto de intereses.



LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT Y LA COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Convoca a profesionales interesados en cursar la



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Convocatoria 2018

Áreas de especialización:

Odontología Preventiva - Salud del Adulto Mayor - Salud Comunitaria - Gerencia de Servicios de Salud

Reconocida en el **PNPC** de **CONACYT**
becas a estudiantes de dedicación exclusiva

Objetivo del Programa

Desarrollar competencias profesionalizantes y de investigación para el desempeño de excelencia como gerentes, promotores y ejecutores en diferentes áreas de la salud pública.

Líneas de Investigación del Programa

Diagnóstico, prevención y riesgos para la salud de la población - Gestión y calidad de los servicios de salud - Salud del adulto mayor

Perfil y requisitos de ingreso

- Aprobar el examen de ingreso, EXANI III, con el puntaje mínimo requerido.
- Aprobar los exámenes de inglés, gestión de la información y estadística básica.
 - Realizar entrevista con la Comisión de Selección.
 - Demostrar dedicación exclusiva al programa.
- Pertinencia del pregrado estudiado con la Maestría.
 - Motivación para el posgrado en salud pública.
- Aprovechamiento mínimo de 80% en el pregrado.

Documentación para aspirantes nacionales

(2 copias de cada documento)

- Título universitario de licenciatura.
- Cédula profesional federal.
- Acta de nacimiento.
- CURP (Clave Única de Registro de Población).
- Credencial de elector (IFE).
- Certificado de calificaciones con promedio general de licenciatura mínimo de 8 u 80 (especificado en el documento).
- Carta de exposición de motivos para cursar la Maestría.
- Currículum Vitae Único en formato CONACYT.
- 2 fotografías tamaño infantil blanco y negro.

Documentación requerida para aspirantes extranjeros

- Acta de nacimiento*.
- Título o diploma universitario de grado*.
- Certificado de calificaciones de los estudios de grado*.
- Dictamen de revalidación de estudios y promedio tramitado en SEP.
- Forma migratoria expedida por el Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación, con permiso expreso para realizar estudios de posgrado.
- Visa residente temporal de estudiante (expedida en el país de origen).
- *Apostillados o legalizados para tramites internacionales.

Información y trámites:

Maestría en Salud Pública, UA de Medicina, telefono: (311) 211 88 00 ext. 8771
Email: posgrado_medicina@hotmail.com www.mspsuan.net
Coordinador: Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT