

WAXAPA

Año 6. Número 11. Julio-Diciembre 2014



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



WAXAPA

WAXAPA, Año 6, No. 11, Jul-Dic 2014, Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura “Amado Nervo”, Tepic, Nayarit, México. C.P. 63155. Correo electrónico: revistawaxapauan@uan.edu.mx, Director/Editor Dr. en C. Rogelio A Fernández Argüelles. Número de reserva de derechos al uso exclusivo 04-2014-032713273800-102 otorgada por el INDAUTOR. ISSN 2007-0950. Impresa en el Taller de Artes Gráficas de la UAN. Ciudad de la Cultura “Amado Nervo” 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

Comité Editorial

Presidente

CP. Juan López Salazar

Rector

Vocales

Dr. Cecilio Oswaldo Flores Soto

Secretario General

Mtro. Jorge Ignacio Peña González

Secretario de Docencia

Lic. José Ricardo Chávez González

Secretario de Educación Media Superior

Dr. Rubén Bugarín Montoya

Secretario de Investigación y Posgrado

Ing. Arturo Sánchez Valdés

Secretario de Servicios Académicos

CP. Marcela Luna López

Secretaria de Finanzas y Administración

Lic. Edgar Raymundo González Sandoval

Secretario de Vinculación y Extensión

MC. María Raquel Moya García

Coordinadora del Área de Ciencias de la Salud

Sara Bertha Lara Castañeda

Dirección Editorial

WAXAPA

Comité Editorial

María A. Arbesú (Cuba)
Esperanza Barrera (México)
Germán E. Berrios (Perú)
Helena L. Coelho (Brasil)
Jaime de las Heras (España)
Núria Homedes (EEUU)
Enrique E. Huitzil (México)
Álvaro Margolis (Uruguay)
María de J. Medina (México)
Julián Pérez (Cuba)
Ma. Esther Vaillard (México)
Carlos A. Viesca (México)

Directorio Revista

Rogelio A. Fernández
Director/Editor
Martha E. Cancino
Editora Ejecutiva
Karla Olivares
Coeditora
Edwin E. Contreras
Asistente de Edición

Editores Asociados

Alfredo Díaz
Historia y Filosofía de la Salud
Carlos S. Ron
Clínica, Terapéutica y Farmacología
Saúl H. Aguilar
Salud Pública y Sistemas de Salud
Norberto Vibanco
Biomedicina
Jaime F. Gutiérrez
Educación en Salud

EDITORIAL

En el presente siglo, el mundo enfrenta una situación singular. Cada día más personas envejecen rebasando la frontera cronológica de los 60 años. Se espera que el planeta logre cuadruplicar su población de avanzada edad en los próximos cincuenta años al pasar de los 600 millones que hay en la actualidad a 2 000 millones; esto significa que habrá de cada 10 personas, una mayor de 60 años; pero en el 2050 será una de cada 5. La morbilidad múltiple



que se presenta con gran frecuencia en el anciano hace que estos consuman más medicamentos que los jóvenes, con un incremento en el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos. Son frecuentes las fallas en el cumplimiento del tratamiento o errores en la administración a consecuencia de las limitaciones propias de la edad como el deterioro de las funciones visual, auditiva y mental lo que puede ser agravado por el número elevado de medicamentos que se administran.

Paralelamente al marcado incremento en la población mayor de 60 años, se eleva la incidencia de casos de cáncer y surge la necesidad de conocer mejor las características biológicas de la enfermedad y del anciano. Este enfoque contribuiría a disminuir las actitudes pesimistas, a usar tratamientos más efectivos y a mejorar la concepción científica del problema. Además de aplicar un tratamiento óptimo, se debe actuar en la prevención y la detección precoz del proceso tumoral para prolongar la esperanza de vida estimada de cada paciente.

La atención a las personas adultas mayores al final de su vida requiere un abordaje activo y compasivo que provea confortación y apoyo al individuo que vive con una enfermedad crónica progresiva terminal. El adulto mayor requiere de un cuidador sensible a sus necesidades que respete sus valores espirituales y del apoyo de su familia durante la enfermedad. Este cuidador, en muchas situaciones, es el que debe decidir el destino del anciano con una enfermedad oncológica terminal. Para realizar esta función de manera adecuada el cuidador debe contar con competencias integrales de un alto contenido de ética y humanismo.

El enfoque educativo del cáncer en la ancianidad debe abordarse de manera conjugada y no aditiva; son muchas las relaciones de dependencia y riesgo.

En tal sentido, todo el personal que brinda servicios de salud debe aumentar su educación en tema de cáncer en la ancianidad. Hay pocas posibilidades de enfrentar este problema con éxito si la educación universitaria no da un énfasis en ese punto. El compromiso social de las universidades tiene otro gran reto.

María Antonieta Arbesú Michelena
Comité Editorial de la Revista Waxapa
Departamento de Investigaciones Clínicas
Instituto Oncología y Radiobiología. Cuba.

CONTENIDO

	Página
ARTÍCULOS ORIGINALES	
>Factores psicosociales de riesgo en profesionales asistenciales de hospitales de oncología y nivel de estrés laboral. <i>(Dra. Margarita Chacón Roger, Dr. Jorge Grau Abalo, Dr. Juan J. Lence Anta)</i>	1
>Modelo metacognitivo basado en las estrategias de aprendizaje para estudiantes de medicina. <i>(Eudo Omar Montiel, Luis Mata Guevara, Edy Urdaneta)</i>	13
>La conceptualización fragmentada del cuerpo y del ser, desde la mirada económica globalizadora. <i>(Ma. del Rocío Figueroa Varela)</i>	23
COMUNICACIONES BREVES	
>Resultados del XXXVI Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2012 en Nayarit. <i>(Raúl Aguirre Hernández. Rosa Carmina Flores Flores. Carla Aguirre Flores)</i>	31
INSTRUCCIONES PARA AUTORES	36

Foto de portada:

Centro Estatal de Cancerología, Tepic, Nayarit

Tomada por Edwin E. Contreras, diciembre 2014.

Factores psicosociales de riesgo en profesionales asistenciales de hospitales de oncología y nivel de estrés laboral.

Dra. Margarita Chacón Roger¹, Dr. Jorge Grau Abalo¹, Dr. Juan J. Lence Anta¹

Resumen

En instituciones de salud los factores y riesgos psicosociales laborales siguen siendo insuficientemente estudiados. **Objetivo.** Identificar los factores psicosociales de riesgo percibidos por los profesionales de los servicios de radio y quimioterapia y el nivel de estrés psicosocial laboral como uno de los riesgos psicosociales. **Métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 152 sujetos, seleccionados al azar. Las mediciones y los resultados se explicaron con el modelo teórico demanda-control-apoyo social de Karasek. **Resultados.** Se identificaron varios factores estresantes. Se encontraron correlaciones significativas entre el nivel global de estrés laboral, el tiempo de experiencia profesional y el trabajo extra-laboral y la relación inversa entre las demandas psicológicas del puesto de trabajo y el nivel de estrés psicosocial laboral.

Palabras claves: estrés laboral, factores psicosociales de riesgo, oncología

Abstract

Psychosocial labor risk factors remain insufficiently studied in health institutions. **Objective.** To identify psychosocial labor risk factors perceived and the level of labor psychosocial stress as one of psychosocial risks by professionals of radio and chemotherapy services. **Methods.** Descriptive cross-sectional study in a sample of 152 subjects, randomly selected. Measurements and results are explained with the theoretical model demand-control-support social Karasek. **Results.** Various stressors were identified. Significant correlations between the overall level of work stress, time professional experience and extra-labor work and inverse relationship between psychological demands of the job and the level of labor psychosocial stress were found.

Keywords: labor stress, psychosocial risk factors, oncology

¹Instituto de Oncología y Radiobiología. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

Fecha de recibido: Noviembre de 2013. **Fecha de aceptación:** Diciembre de 2014.

Correspondencia: Margarita Chacón Roger.

Instituto de Oncología y Radiobiología, 29 y F, Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba.

Tel. (00537) 838 25 74. Correo Electronico: magali.chacon@infomed.sld.cu

Introducción

El trabajo humano ha permitido, a lo largo de su devenir histórico, ir configurando y legitimando las distintas formas de organización, donde se dan diferentes condiciones, unas satisfactorias y causantes de gratificación y desarrollo personal y otras dañinas para la salud y el bienestar del trabajador. Uno de los riesgos psicosociales laborales más temidos y frecuentes es el estrés laboral, de hecho, es una de las causas de solicitud de consulta médica, aunque no siempre sea reconocido así^{1,2}. El estrés laboral es un riesgo psicosocial de tipo general, producto y resultado de los factores psicosociales presentes en cualquier institución de servicio, que de forma acumulativa influyen sobre el trabajador provocándole alteraciones en la salud física y emocional^{3,4}.

Un informe del Comité de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la medicina del trabajo, definió los factores psicosociales de riesgo generadores de estrés como las *“interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades y recursos del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias de los trabajadores pueden influir en su salud, en su rendimiento y en su satisfacción.”*³.

Se conoce que algunos riesgos psicosociales (estrés, acoso laboral, violencia laboral, burnout o desgaste profesional, etc.), pueden

ser considerados como fenómenos colectivos generadores de insatisfacción, de emociones negativas y de “contagio” entre los grupos de trabajadores⁴; de hecho, la conducta humana surge de la interacción entre los procesos sociales y psicológicos dados en una institución, cualquiera sea su misión y objeto social, por esto es fácil comprender que los factores psicosociales de riesgos pudieran ser considerados también como intrínsecos al ejercicio profesional en las instituciones de salud^{5,6}. Otros riesgos psicosociales emergentes, que han recibido un constante aumento de la atención son el conflicto trabajo-familia y el trabajo emocional, este último se refiere al autocontrol de las emociones positivas y negativas, especialmente de estas últimas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional en el desempeño de su puesto⁵.

Las consecuencias que los riesgos psicosociales laborales producen en la salud de los trabajadores y en las instituciones tienen una sólida evidencia en forma de síntomas físicos y psíquicos: migraña, úlceras de estómago, irritabilidad, impotencia, alteraciones menstruales, ansiedad, falta de concentración, indecisión, insomnio, dolores musculares y de columna, trastornos cardiovasculares, etc.⁵⁻⁸. También se asocian a comportamientos insalubres como el tabaquismo, hábitos alimenticios insanos (ingestión de mucha cantidad de comida, incremento de comida “chatarra”, etc.), falta de ejercicio, abuso de alcohol y de otras drogas, entre otros⁹. El estrés como fenómeno fisiológico y psicosocial es

causa de abandono de la profesión y de insatisfacción laboral⁷, genera accidentes por la falta de precaución en el trabajo^{1,3}, así como problemas maritales y familiares que pueden agudizar el conflicto trabajo-familiar, así como generar serios daños a la salud⁹.

No existe una teoría general del estrés laboral, pero existen múltiples teorías que han aportado valiosas aclaraciones sobre su proceso. Los estudios de estrés laboral han tratado de desarrollar modelos teóricos de las principales fuentes de estrés procedentes de las condiciones de trabajo y la organización. Entre las propuestas de modelos que tienen un reconocimiento muy generalizado se encuentra el “demanda-control” propuesto por Karasek en 1979, este modelo ha sido considerado como específico porque alude a factores psicosociales de riesgo del entorno laboral^{10,11}. Este modelo explica la relación entre los factores psicosociales y algunos problemas de salud, fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares¹¹.

Existen hipótesis que explican el modelo y suponen que la tensión psicológica es consecuencia de la conjunción de los efectos de altas demandas psicológicas del puesto de trabajo y baja posibilidad de control por parte del trabajador; cuando el control sobre el trabajo es elevado y también son elevadas las demandas psicológicas, pero no abrumadoras, los efectos sobre el comportamiento que se predicen son el aprendizaje activo y el crecimiento¹¹.

Cabe apuntar que los factores psicosociales laborales son las condiciones de trabajo positivas o

negativas, su número es muy amplio y su clasificación y organización depende del enfoque que se elija, ellos están presentes en todas las instituciones de servicios. Ahora bien, cuando los factores organizacionales y psicosociales son disfuncionales pueden provocar respuesta de inadaptación, de tensión o respuestas psicofisiológicas de estrés, siendo entonces, considerados como factores psicosociales de riesgo¹²⁻¹⁴.

En instituciones de salud se han identificado factores psicosociales de riesgo, tal es el caso de los hospitales. En este sector las profesiones más investigadas han sido la medicina y la enfermería¹⁵⁻¹⁷. En estas disciplinas se aglutinan profesionales de ambos géneros que dan lugar a semejanzas y diferencias en la interpretación de los factores de riesgo, por ejemplo, algunos autores consideran que uno de los aspectos comunes entre hombres y mujeres es la importancia de conciliar la vida laboral y la vida familiar^{18,19}, aunque las mujeres han reportado más quejas por sobrecarga laboral⁵.

Se reconoce como un riesgo psicosocial emergente el trabajo emocional y el conflicto trabajo-familia. La complejidad de la atención médica de los servicios de oncología como especialidad, así como la alta prevalencia e incidencia del cáncer, los tratamientos invasivos y prolongados y el pronóstico incierto, en muchos casos, hacen de esta especialidad un reto para los profesionales que en estas instituciones laboran, de ahí la motivación para la realización de este estudio. En consecuencia, el objetivo fue identificar los factores psicosociales de riesgo, el nivel global de estrés psicosocial laboral

y su relación con la valoración que hacen estos profesionales de los factores psicosociales de riesgo, con los factores demográficos y con la repercusión del nivel de estrés laboral en la salud y el auto-cuidado.

Métodos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo en el que se incluyeron 152 profesionales (médicos de diferentes perfiles, enfermeros y radio-físicos), que trabajaban en puestos asistenciales de los servicios de radio y quimioterapia de los hospitales de Oncología de Cuba.

Las mediciones y los resultados se explicaron a partir del modelo de estrés Demanda-Control-Apoyo social. Los factores psicosociales de riesgo estudiados se evaluaron con la escala “poco”, “moderado”, “bastante” y “mucho”, ellos fueron: a) ritmo y rapidez del trabajo; b) cantidad de trabajo; c) órdenes contradictorias; d) conflictos; e) concentración; f) interrupción en el trabajo; g) dependencia del ritmo de los demás, h) naturaleza de la tarea (atender pacientes críticos y de mal pronóstico, trabajo en equipo, involucramiento con pacientes y con la institución), i) sobrecarga laboral y, j) expresión de emociones). Las demandas psicológicas del puesto fueron analizadas como factores estresantes.

El control sobre la tarea otorgada por la institución: a) autonomía (libertad para decidir, margen de decisión de cómo hacer el trabajo, influencia sobre el trabajo); b) desarrollo de habilidades (aprendizaje de cosas nuevas, tareas repetitivas, creatividad, nivel de capacitación exigida, oportunidad de trabajar en lo que le

guste, realización de cosas diferentes); c) control vertical o colectivo (influencia en las decisiones, toma de decisiones colegiadas, oportunidad de aportar ideas), fueron interpretadas como factores amortiguadores del estrés y, el apoyo social jerárquico y entre compañeros, como un reconocido amortiguador del estrés y del incremento de la satisfacción y el bienestar de los trabajadores.

Se evaluó la apreciación sobre el estado de salud, la presencia de enfermedad y la interferencia que el trabajo les produce en el auto-cuidado. El nivel global de estrés percibido, como riesgo psicosocial laboral, se midió con la escala análoga visual de 0 a 10, codificada según tres niveles “bajo”, “moderado” y “alto”. Se considerará presencia de estrés laboral cuando los sujetos perciban las demandas psicológicas del puesto como “bastante” y/o “muchas”; las posibilidades de control sobre la tarea como “pocas” y/o “moderadas” y el apoyo social jerárquico y entre compañeros como “poco” y/o “moderado”.

Toda la información se almacenó en bases de datos y se procesó con los paquete estadístico Stata versión 10.0 y SPSS IBM Versión 21 para Windows. La muestra se describió en porcentajes y frecuencias. Para identificar los factores de riesgo que más aportaron a las dimensiones se utilizaron medidas de tendencia central (mediana, y desviación estándar). Se correlacionaron las variables sociodemográficas con el nivel de estrés percibido y con las tres dimensiones del modelo de estrés, mediante el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman. En los test de hipótesis se consideró probable

asociación si el nivel de significación fue menor que 0.05. Los resultados se resumieron en tablas y gráficos.

Limitaciones del estudio

Se consideran como limitantes del estudio la ausencia de grupo de comparación y la no incorporación de variables que consideren la multicausalidad del proceso de estrés laboral.

Resultados

Descripción de las variables socio-demográficas y socio-laborales que resultaron de interés.

En el cuadro I se resumen los principales resultados de las variables sociodemográficas y socio-laborales. De los profesionales estudiados según las disciplinas o profesiones (N=152), el grupo más numeroso es el de enfermeras (44.1%), seguido de los médicos (35.5%) y los técnicos de nivel superior en física y radio física médica (20.3%). El sexo más frecuente es el femenino (63.2%) y el estado civil más frecuente es tener "pareja estable" (69.1%) de los sujetos. El grupo de edad que predominó es el de 30 a 49 años (63.8%), más del 50% de los profesionales no han realizado estudios de postgrado. La mayor cantidad de los profesionales trabajan en el Instituto de Oncología (52.6%). La experiencia profesional mayor de 11 años en instituciones de Oncología resultó la más frecuente (55.3%). Se constató que el 60% de los profesionales atienden diariamente más de 20 pacientes (sobrecarga cuantitativa) y el 71.7% de ellos interactúan con pacientes y familiares por más del 75% de la jornada laboral (sobrecarga cualitativa). El 46.7% refirió que realizan frecuentemente

actividades de su trabajo fuera de la jornada laboral, en el hogar. El resto de las variables estudiadas no resultaron de interés psicosocial de acuerdo con la valoración de estos profesionales.

Descripción de los factores psicosociales de riesgo según las dimensiones del Modelo Demanda-Control-Apoyo social.

En la cuadro II se muestra la distribución de los sujetos en las tres dimensiones del modelo de estrés psicosocial

Cuadro I. Variables sociodemográficas y socio-laborales de interés

Variables	Frecuencia	%
Sociodemográficas		
Sexo		
Femenino	96	63.2
Masculino	56	36.8
Estado civil		
Con pareja estable	105	69.1
Sin pareja estable	47	30.9
Grupos de edades		
Menos de 29	33	21.7
30-49	97	63.8
50-59	14	9.2
Más de 60	8	5.3
Socio-laborales		
Centro de trabajo		
Instituto de Oncología	80	52.6
H. Oncológico Camaguey	23	15.1
H. Oncológico de S. de Cuba	49	32.6
Estudios de postgrados		
Si	62	40.8
No	90	59.2
Tiempo de experiencia		
5 años o menos	24	15.8
6 a 10 años	44	28.9
Más de 11 años	84	55.3
Turno de trabajo		
Fijo (diurno)	82	54.0
Rotativo	70	46.1
Cantidad de pacientes		
Menor que 11 pacientes	7	4.6
Entre 11 y 20 pacientes	54	35.5
Más de 20 pacientes	91	59.9
Interacción con usuarios		
Más del 75% de la jornada	109	71.7
Entre el 30 y el 75% de la jornada	30	19.7
Menos del 30% de la jornada	13	8.6
Horas de trabajo extra		
Frecuente	71	46.7
A veces	49	32.2
Casi nunca	32	21.1
Situación económica		
Buena	91	59.9
Regular	56	36.8
Mala	5	3.3

laboral. Los sujetos que se ubicaron en las categorías “bastante” y/o “mucho”, demandas psicológicas del puesto de trabajo representan casi la mitad de los sujetos (64/152), mientras que los que se ubicaron en las categorías “poco” y/o “moderado” control, representan a más de la mitad (81/152) y los que percibieron “poco” y/o moderado” apoyo social representan también a más de la mitad de los sujetos (82/152), de hecho, solo el 16.4% perciben “mucho” apoyo social.

Cuadro II. Distribución de los sujetos según las tres dimensiones del estrés laboral

Categorías	Demanda psicológica		Posibilidades de Control		Apoyo social	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Poco	40	26.3	50	32.9	40	26.3
Moderado	48	31.6	31	20.4	42	27.6
Bastante	36	23.7	39	25.7	45	29.6
Mucho	28	18.3	32	21.1	25	16.4
Total	152	100	152	100	152	100

Factores psicosociales de riesgo según la dimensión “Demandas psicológicas”.

Los profesionales estudiados se ubicaron de forma heterogénea en las diferentes categorías de la escala de medición (bajo, moderado, bastante y mucho). Los factores percibidos por más del 80% de los profesionales en las categorías “bastante” y “mucho”. En cuanto a demandas psicológicas son: factor 33 “*mi tarea es a menudo atender enfermos en situaciones críticas o de mal pronóstico*” (88% -135/152); factor 31 “*mi trabajo me exige involucrarme con las personas que atiendo*” (83% -127/152); factor 11 “*mi trabajo exige trabajar con mucho esfuerzo mental*” (82% -125/152) y el factor 15

“*mi trabajo me obliga a concentrarme durante largos períodos de tiempo*” (80% -122/152).

Los factores percibidos por más del 50% y menos del 80% de los profesionales, en las categorías “bastante” y “mucho” de demandas psicológicas son: factor 35 “*el trabajo que hago me exige asumir los problemas de mi centro como propios*” (69%-106/152); el factor 18 “*a menudo me retraso en mi trabajo porque debo esperar al trabajo de los demás*” (64%-98/152-); el factor 10 “*mi trabajo exige ir muy deprisa*” (61%-93/152); el factor 34 “*en mi trabajo tengo que atender personas con actitudes críticas*” (60%-92/152); el factor 16 “*mi tarea es a menudo interrumpida antes de haberla acabado y debo finalizarla más tarde*” (55%-85/152); el factor 13 “*no tengo suficiente tiempo para hacer mi trabajo*” (52%-80/152); el factor 12 “*se me pide hacer una cantidad excesiva de trabajo*” (51%-78/152); el factor 30 “*mi trabajo me permite expresar libremente mis emociones*” (51%-78/152).

Los factores percibidos por menos del 50% de los profesionales son: el factor 4 “*mi trabajo consiste en hacer siempre lo mismo*” (46%-71/152) y el factor 14 “*no recibo peticiones contradictorias de los demás*” (42%-65/152). El factor que es percibido por la menor cantidad de profesionales es el 17 “*mi trabajo es muy dinámico*” (9.8%-15/152). En general, todos los factores fueron percibidos por los profesionales como factores psicosociales de riesgo, aun cuando la valoración que hacen de cada factor es diferente.

Para profundizar en la distribución de todos los sujetos de estudio según las

tres dimensiones del estrés laboral se presenta la mediana de cada factor (cuadro III); estas medianas en la dimensión de demandas psicológicas del puesto de trabajo ratifica los resultados anteriores, de hecho los factores 33, 31, 11 y 15 poseen medianas igual o mayor que 3, lo que concuerda con la valoración realizada para estos factores por más del

Cuadro III. Mediana para cada factor según dimensiones del modelo de estrés laboral

Demanda del puesto	Mediana	Posibilidades de control	Mediana	Apoyo social	Mediana
F4	2	F1	1	F19	3
F10	3	F2	1	F20	3
F11	3	F3	2	F21	3
F12	3	F5	3	F22	3
F13	3	F6	2	F23	3
F14	2	F7	3	F24	3
F15	3	F8	3	F25	3
F16	3	F9	3	F26	2
F17	2			F27	3
F18	3			F28	3
F20	3			F29	3
F21	3			F32	3
F31	4				
F34	3				
F35	3				

80% de los profesionales estudiados.

Factores psicosociales de la dimensión “Posibilidades de control”.

Los factores que más aportaron a esta dimensión son: el factor 1 “*mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas*” y el factor 2 “*mi trabajo exige un nivel elevado de calificación profesional*”. Para estos factores los profesionales percibieron poco control. En ambos casos la mediana fue igual a 1, seguido de los factores 3 “*en mi trabajo debo ser creativo*” y el 6 “*mi trabajo permite que tome decisiones de forma autónoma*”, la mediana es igual a 2. Para estos factores los profesionales percibieron moderado control.

El factor 5 “*tengo libertad de decidir cómo hacer mi trabajo*”, el factor 7 “*en el trabajo*

tengo la oportunidad de hacer cosas diferentes”, el factor 8 “*tengo influencia sobre las cosas en mi trabajo*” y el factor 9 “*en el trabajo tengo las posibilidades de desarrollar mis habilidades personales*” son percibidos con bastante control, la mediana tiene valores iguales a 3. Lo más interesante es que ningún sujeto percibió mucho control sobre los factores que integran esta dimensión; téngase en cuenta que de acuerdo con el modelo explicativo, las posibilidades de control deben ser interpretadas como amortiguadores del estrés y, por ende, el hecho de que los profesionales estudiados perciban poco o moderado control, se constituye en factores de riesgo (ver cuadro II y cuadro III).

Factores psicosociales de la dimensión “Apoyo social”.

De los factores que integran la dimensión apoyo social: el factor 19 “*preocupación del jefe por el bienestar*”, factor 20 “*el jefe presta atención al trabajador*”, factor 21 “*actitud hostil del jefe*”, factor 22 “*el jefe facilita el trabajo*”, factor 23 “*el jefe cohesiona a los trabajadores*”, el factor 24 “*los compañeros están calificados*”, el factor 25 “*actitud hostil entre compañeros*”, el factor 26 “*los compañeros se interesan entre ellos*”, el factor 27 “*los compañeros son amigables*”, el factor 28 “*los compañeros se animan a trabajar juntos*”, el factor 29 “*los compañeros facilitan la realización del trabajo*” y el factor 32 “*trabajar en equipo*”, sólo el factor 26 es percibido en la categoría moderado, la mediana es igual a 3. La mayoría de los sujetos percibieron que en sus puestos de trabajo disponen de bastante apoyo social jerárquico y entre compañeros, de hecho, las medianas de esos factores

fueron igual a 3 en todos los casos (ver cuadro II y cuadro III). De cualquier forma no se debe descuidar que un 26.3% de los sujetos perciben poco apoyo social.

Nivel global de estrés psicosocial laboral. Correlaciones con los factores psicosociales de riesgo.

En el figura 1 se puede observar que de los 152 profesionales estudiados solo el 9.2% percibieron “bajo” nivel global de estrés psicosocial laboral. En general,

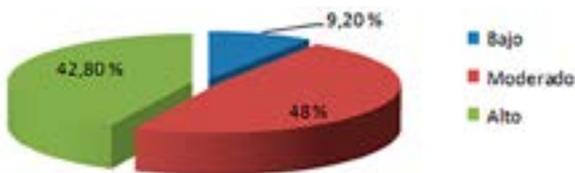


Figura 1. Nivel global de estrés psicosocial laboral percibido por los profesionales de puestos asistenciales de Oncología

la mayor parte de los sujetos se ubicaron en los niveles moderado y alto (42.8% y 48% respectivamente).

Se realizaron correlaciones entre el nivel de estrés psicosocial laboral y los factores de riesgo de la dimensión “demandas psicológicas” del puesto de trabajo y otras variables socio-laborales y de salud y bienestar. Para ello, se usó la correlación de Spearman. Los factores que mostraron correlaciones significativas son: el factor 11 “hacer mucho esfuerzo mental” (p=0.004), el factor 16 “interrupción del trabajo antes de acabarlo para terminarlo más tarde” (p=0.005), el factor 18 “retrasado porque hay que esperar al trabajo de otros” (p=0.001) y el factor 34 “atender pacientes de mal pronóstico y familiares con actitudes críticas o demandantes” (p=0.002). Otros factores que correlacionaron significativamente fueron “la interferencia que el trabajo produce en el auto-cuidado” (p=0.004), “problemas económicos” (p=0.000) y

“realizar actividades de su trabajo en el hogar” (p=0.000).

Los factores psicosociales incluidos en la dimensión “posibilidades de control” que se correlacionaron con el nivel de estrés percibido fueron “aprender cosas nuevas” (p=0.000) y “nivel elevado de calificación profesional” (p=0.001), mientras que en la dimensión “apoyo social”, el factor que se correlacionó con el nivel global de estrés percibido fue “el jefe no presta atención al trabajador” (p=0.003).

En la cuadro IV se muestran correlaciones positivas y significativas entre el nivel global de estrés psicosocial laboral percibido y la dimensión “demandas psicológicas” del puesto de trabajo (p=0.004), así como correlaciones significativas entre las dimensiones “apoyo social” y “control” (p=0.001). Cabe destacar, además, que se encontró relación negativa entre el nivel global del estrés percibido y las dimensiones “control” y “apoyo social”. Para ratificar Cuadro IV. Correlaciones entre el nivel global de estrés laboral percibido y las dimensiones del modelo demanda-control-apoyo social (N = 152)

Dimensiones	Correlaciones	Demandas	Control	Apoyo Social	Nivel global de estrés
Demandas	Coef. de correlación	1,000	-.104	-.133	.230
	Sig. (2 colas)	-	.202	.102	.004
Control	Coef. de correlación	-.104	1,000	.269	-.092
	Sig. (2 colas)	.202	-	.001	.261
Apoyo social	Coef. de correlación	-.133	.269	1,000	-.027
	Sig. (2 colas)	.102	.001	-	.746
Nivel de estrés laboral	Coef. de correlación	.230	-.092	-.027	1,000
	Sig. (2 colas)	.004	.261	.746	-

estos resultados (posible relación entre el nivel global de estrés percibido y las dimensiones: demandas, control, apoyo social), se aplicó el test de ANOVA, encontrándose resultados similares.

Con respecto a las variables socio-laborales, las que mostraron estar correlacionadas con el nivel de estrés laboral son la *experiencia profesional mayor de 11 años* ($p=0.022$) y las *horas de trabajo extra en casa* ($p=0.005$). De hecho, los valores más bajos de estrés laboral lo alcanzaron los profesionales con menor tiempo de experiencia profesional. El turno de trabajo y el cargo no mostraron diferencias significativas.

También se encontró correlación significativa entre la *interferencia que el trabajo le produce en el auto-cuidado* y el *nivel global de estrés percibido* ($p=0.004$) y entre el *nivel global de estrés percibido* y los *problemas económicos* ($p=0.000$).

La repercusión del estrés psicosocial laboral en la salud y el bienestar, entendida como “*interferencia del trabajo en el auto-cuidado*”, “*la apreciación sobre el estado de salud*” y la “*presencia de enfermedad*”, mostró que el trabajo produce “mucho” interferencia en el auto-cuidado, concebida como afectaciones en la realización de actividades deportivas, recreativas, estéticas, de pasatiempo y de visitas a su médico, de hecho, el 41.4% de los profesionales así lo percibieron, no obstante, si formamos un grupo de profesionales de acuerdo con las puntuaciones en las categorías de interferencias “moderada” y “mucho” observaremos que está presente en el 70% de ellos. Resultó interesante, por el contrario, que la mitad de los profesionales estudiados (51%) consideró que poseen buena salud, pero no se puede desatender el hecho de que casi la totalidad de la muestra estudiada percibieron niveles moderados y altos de estrés psicosocial laboral, lo cual

podría agudizar los problemas de salud referidos.

Discusión

La composición de la muestra es coincidente con la proporción de profesionales que habitualmente laboran en los puestos de trabajo incluidos en el estudio. En las instituciones cubanas de Oncología los grupos de trabajadores según perfil profesional es similar al de los hospitales clínicos quirúrgicos de Cuba; en todos los casos, el personal de enfermería es el más numeroso, seguido de los médicos, los menos numerosos son los físicos y radio-físicos, ya que se corresponden con los servicios, las misiones de las instituciones y su ubicación geográfica. En consecuencia, los más numerosos en esta muestra trabajan en el Instituto de Oncología de La Habana.

En este estudio se encontró que el trabajo causa interferencia en las actividades del hogar y en el auto-cuidado. Se conoce que el conflicto trabajo-familia es un riesgo psicosocial laboral emergente, ambos son los referentes más determinantes de la vida personal en todas sus manifestaciones, por lo que la interacción entre ambos tiene un alto valor²⁰. En Cuba es precisamente el sexo femenino el más frecuente en los trabajadores de la salud; de hecho, en este estudio 63.2% de los sujetos estudiados son mujeres.

Vale señalar que uno de los factores que más correlacionó con los niveles de estrés psicosocial laboral fue la interferencia que el trabajo produce en el auto-cuidado de los profesionales. Algunos estudios han reportado que las mujeres informan más sobrecarga laboral, debido a los

roles socioculturalmente establecidos^{9,19}. La sobrecarga laboral fue uno de los factores percibidos como estresantes en los profesionales asistenciales de instituciones de Oncología. Este es un resultado interesante porque coexiste con la presencia de otro factor, “la realización de actividades del trabajo en el hogar”, ya que ambos pueden potenciarse e incrementar la amenaza.

El perfil de factores psicosociales de riesgo y de estrés psicosocial laboral en las instituciones asistenciales, apunta a que los resultados encontrados en este estudio son esperados. El factor que más correlacionó con el nivel de estrés psicosocial laboral fue hacer mucho esfuerzo mental, seguido de atender pacientes con mal pronóstico y demandantes, con actitudes críticas hacia el profesional, lo que coincide con otro estudio precedente realizado en una muestra de enfermeras de hospitales de Oncología⁵. El resultado que se comenta, de algún modo, podría apuntar a la influencia del trabajo emocional presente en estos puestos asistenciales de Oncología. Es interesante, que los factores psicosociales percibidos como riesgos estaban vinculados a las vivencias y emociones que genera el trabajar con enfermos de mal pronóstico, demandantes emocionalmente y la necesidad de hacer mucho esfuerzo mental, características muy vinculadas con el trabajo emocional.

El trabajo emocional implica el control de las emociones del trabajador para influir en las emociones de su cliente, lo cual, en el sector de servicios, incluye el crear y/o mantener un estado emocional positivo en el binomio paciente-familia).

De hecho, otros investigadores han reportado que el trabajo emocional incrementa la percepción de altos niveles de estrés laboral²¹.

Un estudio realizado en España reportó que la exposición al trabajo emocional es un riesgo frecuente, pues cerca del 40% de los trabajadores manifestaron tener problemas relacionados con el trabajo emocional^{22,23}. Por otra parte, también están presentes altas exigencias cognitivas, debido al gran esfuerzo intelectual y exigencias sensoriales a la hora de realizar la interpretación de pruebas de imágenes diagnósticas o la observación de lesiones y otras situaciones clínicas que son también típicas de la Oncología como especialidad.

En general, el estudio que se presenta corrobora el supuesto teórico del modelo de estrés demanda-control-apoyo social: la dimensión que más correlacionó con el nivel de estrés laboral es la demanda del puesto, mientras que las dimensiones que más correlacionaron entre sí fueron el control y el apoyo social, ambas son consideradas amortiguadores del proceso de estrés laboral. Llama la atención que la mayoría de los sujetos percibieron pocas o moderadas posibilidades de control, lo que puede explicar, aunque sea en parte, los niveles moderados y alto de estrés laboral percibido. No obstante, los niveles de estrés identificados en este estudio no deben ser atribuidos exclusivamente, a los factores de riesgo identificados ya que debe considerarse su multi-causalidad y otros aspectos que limitan el alcance del estudio.

Finalmente, se concluye que en los puestos de trabajo de tipo asistencial

de instituciones cubanas de Oncología, predomina el sexo femenino, con edades comprendidas entre 30 y 49 años y estado civil con pareja estable; la mayor parte de los profesionales tienen 11 años o más de experiencia profesional en la institución oncológica y cerca de la mitad de ellos no han realizado estudios de postgrado. Estos profesionales refieren sobrecarga laboral cuali-cuantitativa, que se agudiza por tener que realizar frecuentemente, actividades de su trabajo de forma extra-laboral, en el hogar.

Todos los factores evaluados de la dimensión “demandas psicológicas” fueron valorados como factores de riesgo, pero los percibidos como muy estresantes son: “mi tarea es a menudo atender enfermos con mal pronóstico y demandantes”, “mi trabajo me exige involucrarme con las personas que atiendo”, “mi trabajo exige trabajar con mucho esfuerzo mental”, “mi trabajo me obliga a concentrarme durante largos periodos de tiempo”, “el trabajo que hago me exige asumir los problemas de mi centro como propios”, “a menudo me retraso en mi trabajo porque debo esperar al trabajo de los demás”, “mi trabajo exige ir muy deprisa”, “tengo suficiente tiempo para hacer mi trabajo”, “se me pide hacer una cantidad excesiva de trabajo”, “mi tarea es a menudo interrumpida antes de haberla acabado” y “mi trabajo no me permite expresar libremente mis emociones”. Ningún sujeto percibió mucho control sobre los factores que integran esta dimensión, los factores que más aportaron, por ser percibidos con pocas posibilidades de control, son: “mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas” y “mi trabajo exige un nivel

elevado de calificación profesional”. Sólo el factor 26 de la dimensión apoyo social: “los compañeros se interesan entre ellos” es percibido en la categoría moderado; la mayoría de los sujetos percibieron que en sus puestos de trabajo disponen de bastante apoyo social jerárquico y entre compañeros. Solo el 9.2% de los profesionales percibieron un “bajo” nivel global de estrés psicosocial laboral.

Los factores psicosociales de riesgo (estresores) que mostraron correlación estadísticamente significativa con los niveles de estrés laboral fueron: “hacer mucho esfuerzo mental”, “interrupción del trabajo antes de acabarlo para terminarlo más tarde”, “retraso por esperar al trabajo de otros” y “atender pacientes de mal pronóstico y familiares con actitudes críticas o demandantes”, así como, “la interferencia que el trabajo produce en el auto-cuidado”, los “problemas económicos” y “realizar actividades de su trabajo en el hogar”.

Referencias

1. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Previsiones de los expertos sobre la aparición de riesgos psicosociales en relación con la seguridad y la salud en el trabajo 2007. Factsheet 74. URL disponible en: <http://osha.europa.eu>. Revisado en Septiembre de 2010.
2. Dominguez J. Estrés: Enemigo o Aliado? San Luis de Potosí: Grupo Editorial Dharma, 2011.
3. INSH. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid 2009. Disponible en: http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Inform_e_VI_ENCT.pdf. Revisado en Enero de 2012.
4. Salanova M, Llorens S. Hacia una perspectiva psicosocial del burnout. Cuando el trabajo "nos quema". En: E. Agullá, J. Álvaro L, Garrido A, Medina R. Schweiger (eds.), Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad. Servicio de Ediciones Ediuno. Universidad de Oviedo. 2011.
5. Chacón M. Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería de hospitales oncológicos cubanos: eficacia de un programa de intervención: 2004-2009. Tesis ra optar por el grado de Doctor en Ciencias, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana; 2010.
6. Gil-Monte, PR. El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 2005.
7. Silveira-Rondán NN, Rodríguez-Carvajal R. El estrés laboral, la satisfacción laboral y el síndrome de burnout en profesionales de salud de Uruguay. En: P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Coords.). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 170-186.
8. Pastorino MS, Alvarado R. Factores psicosociales del trabajo y síndrome de burnout en trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública*, (XII) 2: dic. 2008, 6-13.
9. Chacón M, Grau J, Reyes MC. Prevención y control del estrés laboral y el desgaste: Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED) 2012.
10. Karasek RA. Job Demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979; 24, 285-308.
11. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
12. Benavides F, Gimeno D, Benach J, Martínez, JM, Jarque S, Berra A. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 2002; 16, 222-229.
13. Comisión Europea. Mejorar la calidad y la productividad en el trabajo: estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2007-2012). COM, 2007.
14. Peiró J.M. Stress and coping at work: new research trends and their implications for practice. In K. Näswall J. Hellgren M. Sverke (eds.) *The individual in the changing working life*. Cambridge UK: Cambridge Univ. Press, 2008, 284-310.
15. Reyes-Castañón A. Síndrome de Desgaste Profesional en profesionales de Radioterapia Oncológica. Tesis en opción al grado de Especialista en Radioterapia Oncológica. Instituto de Oncología, La Habana, 2010.
16. Grazziano ES, Ferraz Bianchi ER. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros *Rev SciELO*. 2010; 211: Versión online (pdf). Revisada en Octubre de 2011.
17. Alzugaray A, Paz E, Sollmann N, Tirelli C, Zarate V. Identificación del conocimiento sobre los factores estresores del síndrome del Burnout que poseen los licenciados en enfermería, para detectarlo en el personal a su cargo en la emergencia del Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela. *Rev. Udelar*. 2011; 2: 56.
18. Cifre E, Agut S, Salanova M, CIFRE Franco J. Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿Una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, nº 82, mayo 2011. En: www.riesgos-laborales.com. Versión on line
19. Agut S, Grau R, Beas M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo: Simposio sobre Aspectos psicosociales del estrés ocupacional. Universitat Jaume I. Disponible 2003, en: http://www.salves.com.br/virtual/Burnout_en_muj.htm. Revisado online, diciembre de 2004.
20. Moreno B, Báez C. Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, métodos y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración y NIPO 792-11-088-1, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo, España, documento pdf, versión online, Revisada en enero de 2010.
21. Moreno B, Gálvez Herrer M, Rodríguez-Carvajal R, Garrosa Hernández E. Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2010, 42, 63-73.
22. Gil-Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 83(2): 169-73.
23. Gil-Monte PR. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(2): 237-41.

Modelo metacognitivo basado en las estrategias de aprendizaje para estudiantes de medicina

Eudo Omar Montiel¹, Luis Mata Guevara², Edy Urdaneta³.

Resumen

El propósito de esta investigación fue generar un modelo metacognitivo basado en las estrategias de aprendizaje para estudiantes de medicina. El enfoque fue cualitativo en la modalidad de investigación etnográfica bajo la teoría de Martínez. Entre los referentes teóricos que fundamentan la investigación se encuentran: el aprendizaje de estrategias metaatencionales y de metamemoria de Arandiga Aspecto metacognitivo y solución de problemas de Flavell y los procesos incidentes en el aprendizaje significativo de Mata. Se llega a la conclusión que el modelo metacognitivo se estructura por los siguientes aspectos fundamentales: la postura del docente, interacción docente-estudiante, la motivación al logro y las técnicas y estrategias de aprendizaje. En cada uno de los aspectos se considera la relevancia del estudio en la aplicación de las estrategias para el logro de objetivos en la asignatura química y potenciar el aprendizaje significativo de los estudiantes en el campo de la medicina y ser profesionales exitosos.

Palabras clave: modelo metacognitivo, motivación, aprendizaje significativo, estudiantes de medicina.

Abstract

The purpose of this research was to generate a model based on metacognitive learning strategies for medical students. The approach was qualitative in the form of ethnographic research on the theory of Martínez. Among the theoretical framework underlying the research are: learning strategies and metamemory metaatencionales Arandiga meta-cognitive aspect and troubleshooting of Flavell and processes the significant learning incidents Mata. It concludes that the metacognitive model is structured by the following aspects: the position of the teacher, teacher -student interaction, achievement motivation and learning strategies and techniques. In each of the aspects we consider the relevance of the study in the implementation of strategies to achieve objectives in chemistry subject and enhance meaningful learning of students in the medical field and become successful professionals.

Keywords: metacognitive model, motivation, meaningful learning, medicine student.

¹Universidad Pedagógica Experimental El Libertador

²Miembro del Comité Académico del Doctorado en Ciencias de la Educación de la URBE.

³Universidad Dr. Rafael Bellosó Chacín. URBE.

Fecha de recibido: Noviembre de 2013. **Fecha de aceptación:** Diciembre de 2014.

Correspondencia: Luis Mata Guevara

Comité Académico del Doctorado en Ciencias de la Educación de la URBE.

Av. Niño artillero No.130, zona universitaria.

Maracaibo, Zulia. Venezuela. Correo electrónico: mataguevara@hotmail.com.

Introducción

Dentro del marco de la Educación Universitaria, es interesante reflexionar sobre el aprendizaje y el rendimiento académico alcanzado por los estudiantes, lo cual se encuentra estrechamente relacionada con las estrategias que utiliza él mismo para llevar a cabo su proceso de aprendizaje, sin que se les haya instruido previamente con estrategias cognitivas y emocionales, que sin duda alguna, aspectos que requieren sobre todo los estudiantes de medicina y ciencias afines.

En tal sentido, es necesario que exista una mediación de reflexión de los actores del hecho educativo, en relación si los educandos de un aula de clase conocen realmente sus actitudes y potencialidades cognitivas y así optimizarlas en función de un aprendizaje efectivo. Debido a que actualmente los estudiantes están inmersos en un mundo global postmoderno, donde se deben proveer herramientas y medios para ser autónomos y buenos aprendices a lo largo de su vida.¹

En ese orden de ideas, insertos en una sociedad que está en constante cambio y con las situaciones económicas en las que se vive, la transmisión de conocimientos ya no es suficiente. Lo que se necesita es enseñar a los estudiantes cómo “aprender a aprender”.² Entendiendo así, desde esa perspectiva el aprendizaje como un proceso de cambio que se genera en las personas que aprende producto de la experiencia vivida, hecho tan primordial que requiere sobre todo los estudiantes de la carrera de medicina y ciencias afines, debido a que sus conocimientos de la disciplina científica química debe ser significativa y práctica para aplicarla y así dar respuestas oportunas a ciertas situaciones referente a las ciencias

medicas.

Históricamente la concepción del aprendizaje como un proceso de investigación surge desde la teoría conductista, es decir, no es nueva, pero las planteadas en esta reflexión han adquirido un notable desarrollo, especialmente desde las posiciones constructivistas, donde se plantea que en los aprendizajes significativos, los cambios conceptuales van acompañados de cambios simultáneos en los campos axiológicos, metodológicos y ontológicos.³

Lo anterior planteado, es muy interesante para este estudio dado que el aprendizaje de la química para los estudiantes de medicina resulta algo complejo y poca atractiva; siendo ésta unas de las que tiene las claves del progreso humano puesto que proporciona el bienestar necesario para tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, debido a ese grado de abstracción de los contenidos de la química, aunado al desinterés por parte de los estudiantes que lo consideran difícil de comprender, uno de los problemas es la falta de motivación que permita canalizar estrategias para el logro de un aprendizaje significativo y no someterse a un aprendizaje estrictamente memorístico como lo plantea.⁴

Sin embargo, la contextualización de los contenidos de química al campo de la ciencia de la salud, orienta al estudiante a establecer puentes cognitivos de lo que conoce con otros nuevos conceptos relacionado al área de la salud. Un caso importante de aplicabilidad es el tema de equilibrio Químico en el estudio de concentración de los sistemas de interés biológico como el proceso que manifiesta la respiración en el intercambio de oxígeno, los iones presente en la

estructura química de la hemoglobina entre otros aspectos de interés para el estudiante.

Es por ello, el presente estudio se orienta a generar un modelo metecognitivo basado en estrategias de aprendizaje, sustentado en los postulados de Mayer⁵ y trabajos realizados por Mata,⁶ de tal forma, que puedan ser utilizada por los estudiantes, al momento de abordar cualquier contenido de la química aplicado a la ciencias de la salud en las asignaturas de Química fundamental, Analítica, Orgánica y Bioquímica.

La investigación se organizó bajo una arquitectura metodológica de tipo cualitativo, basada en la tradición etnográfica, caracterizada por la aplicación de un diseño bajo la teoría de Martínez⁷ que se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en los cuales se vive, se van interiorizando paulatinamente, surgiendo características que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada.

Estrategias de aprendizaje

Son los mecanismos de control con los que el individuo cuenta para dirigir su forma de procesar información, los cuales promueven la adquisición, el almacenamiento y la recuperación de la información.⁸ Weinstein y Mayer citados por González y Flores, definen las estrategias para aprender cómo las acciones y pensamientos de los alumnos que ocurren durante el aprendizaje y que tienen gran influencia en el grado de motivación e incluyen aspectos como la adquisición, retención y transferencia.⁹

Lo antes planteados tiene concordancia con los estudios propuestos por Mata, afirma que la interacción docente-

estudiante permite una identificación positiva para lograr los objetivos de la cátedra. Pues ella genera un reforzamiento de la motivación al logro, en términos del mejoramiento del yo, el impulso cognoscitivo y una verdadera pulsión filial. El estudiante se ve comprometido a buscar estrategias, métodos y técnicas que le permitan aprender significativamente los conceptos y principios de la asignatura. Lo más importante que ese aprendizaje le permite intercambiar ideas con sus compañeros y docentes, sin temor a diferir en algunos casos de las ideas de ellos.⁶

Ese aprendizaje significativo será la herramienta que lo conducirá al logro de mejores futuros. Una de las ideas fundamentales que debe aplicarse cada individualidad, en orden a establecerse su particular estrategia de aprendizaje, es llegar a sentirse bien consigo mismo. Pues la manera como se sienta influirá en su desempeño.

Como ese aprendizaje va acompañado con los campos axiológicos, entonces, la autoestima juega un papel preponderante para establecer buenas relaciones interpersonales y así generar un clima de confianza y bienestar. Además, son fáciles para admitir cambios positivos y rechazar actos que puedan lastimar a sus congéneres. Por otra parte, el individuo con alta autoestima establece metas profesionales con gran contenido de eficiencia, eficacia y sabor de autorrealización.

De allí que, el individuo con alta autoestima planifica sus estrategias de aprendizaje dentro del contexto del aprendizaje significativo. Actualmente se divulgan una serie de recomendaciones para lograr éxito en los estudios; una de

ellas se refiere al Superaprendizaje o aprendizaje acelerado, específicamente se denomina “Técnica de Aprendizaje Acelerado Sugestivo” (TAAS).

El TAAS es un método generalmente utilizado por los publicistas y otros entes interesados en presentar algún material, incentivando al auditorio y/o cualquier público a poseerlo; pero, que también es apropiado para acelerar el proceso de aprendizaje en un recinto académico, sustentado en algunos elementos sugestivos. Su principal aspecto consiste en la combinación de ejercicios de relajación física, concentración mental y elementos sugestivos para fortalecer el ego de la individualidad e incrementar su memoria, dentro de un ambiente musical relajante, y al mismo tiempo se presenta el material que debe ser aprendido.

Recomendaciones para el superaprendizaje individual

Las siguientes recomendaciones tienen como propósito servir de guía al lector para iniciarse en el proceso de aprendizaje acelerado, dentro de la concepción del aprendizaje significativo.

1°. -Debe grabar el material que desea incorporar a su estructura cognoscitiva. Se organiza el material en fragmentos de cuatro (4) segundos; al grabar repita cada fragmento tres veces, dosificando la entonación: primero con su tono normal, luego suavemente (tal como habla al oído de otra persona); por último, con autoridad. Repita el ciclo para cada fragmento. Además, mida el paso de su lectura: Hable cuatro segundos, calle cuatro segundos y así sucesivamente. Ejecute ejercicios de dieciocho a veinte minutos.

2°. -Ponga un fondo musical: Utilice música barroca. Primero una tonada

lenta, durante veinte minutos; luego una rápida por tres minutos.

3°. -Inicie su sesión de estudios con ejercicios de relajación; de tal manera que pueda alcanzar los niveles alfa. Se recomienda pensar en cosas positivas y agradables, experimentadas anteriormente por usted. La primera vez lea en silencio junto con la cinta grabada. Procure contener el aliento cuando se dice algo y expire e inspire durante las pausas. Si ello le distrae, respire rítmicamente. Al concluir, cierre los ojos y vuelva a relajarse. Vuelva a poner la misma lección y acompáñela con la música barroca. Al principio realice sesiones cortas. El proceso tiende a convertirse en el efecto de una bola de nieve.

La relajación: Es importante lograr la habilidad para relajar el cuerpo lo que permitirá una mejor compenetración con el material de estudio y su aprendizaje. Se establece primero la diferencia entre un cuerpo tenso y un cuerpo relajado. A tal fin, el interesado en relajarse, toma aire y tensa el cuerpo para retener el aire; luego exhala el aire y destensa su cuerpo, sintiendo la relajación suavemente. Se repite la acción por tres veces; se experimentará el flujo sanguíneo. Nuevamente, se toma aire haciendo tensión en la cara con muecas; la tensión del cuerpo se asemeja a la de la cuerda de una guitarra, se percibe la circulación del aire por el organismo y la energía que posee; se afloja la tensión, exhalando el aire y se queda acostado o sentado, cómodamente, con los ojos cerrados, pies separados y brazos a lo largo del cuerpo con las palmas de las manos abiertas hacia el techo; se mueve la cabeza y se deja en la posición más cómoda.

El cabello y el cerebro descansando; en sí todo el cuerpo relajado. Se hace una revisión final, a ver si hay alguna parte no relajada; si se encuentra, se le envía aire para relajarla. Ya el cuerpo está totalmente relajado, se deja fluir el pensamiento, las ideas, sin detenerse en alguna en particular; es decir, sin tratar de pensar. Ahora se está viajando serenamente, descansado, con todos los sentidos, con una energía armoniosa que llena a la individualidad de una inmensa tranquilidad. La importancia de estos ejercicios reside en la capacidad generada para relajarse, pues ello determina una condición ideal para el proceso de aprendizaje; pues la mente funciona con mejor amplitud, dándole las consideraciones significativas al material que ha de incorporar a la estructura cognoscitiva.

Para lograr un aprendizaje significativo de los conceptos, principios, hechos y circunstancias que le interesan al individuo, es necesario que se den las condiciones de ambiente y comodidad que le permitan estar completamente relajado, libre de estrés, con ropa holgada y sin ruidos. De allí la importancia de los ejercicios de relajación, los cuales disminuyen la frecuencia cardíaca y aumentan la temperatura del cuerpo, llegando a disfrutar de un sentimiento de paz, sosiego, silencio que entibia, confortable, apacible y armonioso.

Recomendaciones para optimizar el aprendizaje

Es saludable para la dinámica personal tener en cuenta que la alta autoestima debe ser repotenciada siempre. Por ello es recomendable mantener principios de conducta que logren ese objetivo. A continuación se enumeran diez principios que cada individuo debe manejar para

optimizar su gestión intelectual; ellos son: 1°. Soy una persona creativa. 2°. Mi gestión tiene su finalidad. 3°. Admito que mi primer logro puede no ser perfecto. 4. Debo analizar y evaluar mis actos para no repetir errores. 5°. Debo mantener el interés, entusiasmo, dedicación y perseverar en mis actos. 6°. Utilizo lo mejor de mí en todas mis acciones. 7°. Tomo en cuenta la situación en función a las variables actuales. 8°. Debo ser audaz. 9°. Cada acción deja un aprendizaje. 10°. Soy un ser sociable.

1°. Soy una persona creativa: La acción y el pensamiento son los pilares fundamentales para alcanzar el éxito y ser creativo. Trabaja en función a ello no té postres e inactives, pues mueres intelectualmente. Eres una persona capaz y podrás lograr tus metas con trabajo, dedicación; eres un ser creativo.

2°. Mi gestión tiene una finalidad: Actúa con metas precisas, sin retardo. Debes trabajar, pensar y crear para tu propio goce. Tus metas deben ser el acicate, ente incentivador que té motiva para la creación y el éxito.

3°. Admito que mi primera gestión puede no ser exitosa: Generalmente se paga el noviciado; es decir, es raro que la primera actuación sea perfecta la primera vez. Por lo cual no te desanimes si en el primer intento no alcanzas tu objetivo, siempre se aprende algo con la repetición, con la práctica. Adelante, continua en tu propósito.

4°. Debo analizar y evaluar mis actos para no repetir los errores: Toma en cuenta, que los errores dicen más que los éxitos sobre la actuación y dan pautas para mejorarla.

5°. Debo mantener el interés, entusiasmo, dedicación y perseverar en mis actos: Mantenga su autoestima siempre alta,

sin perder la objetividad, con la emoción y todos los sentidos alertas para alcanzar el éxito.

6°. Utilizo lo mejor de mí en todas mis acciones: No seas tacaño en el uso de tus potencialidades, aplícalas todas con amor y confianza en ti mismo.

7°. Tomo en cuenta la situación en función a las variables actuales: Utiliza los éxitos anteriores, así como sus enseñanzas para la planificación de futuros objetivos, pero siempre tomando en cuenta las variables actuales.

8°. Soy Audaz: Aplica las estrategias planificadas sin temor, si no son adecuadas cámbialas, pero no te desespere. Lograras el objetivo.

9°. Cada acción deja un aprendizaje: No existen los fracasos, solo resultados; acepta la responsabilidad de tus actos. Cada fase de la vida da una lección apréndela.

10°. Soy un ser sociable: Toma en cuenta a tu entorno social, los semejantes son los principales aliados, pues de alguna manera dan de sí parte de su experiencia y eso contribuye a enriquecer tu bagaje intelectual. No desdeñes a otro por su condición, social e intelectual, respétalo. Las acciones positivas siempre llenan la energía creativa, fuerza indispensable para mantener el espíritu libre. Sed libres y serás creativo.

Las técnicas planteadas anteriormente, permiten entonces preparar ese ambiente intrínseco del estudiante para aplicar cualquier tipo de estrategias, aun reconociendo la gran diversidad existente a la hora de categorizar las estrategias de aprendizaje, suele haber ciertas coincidencias entre algunos autores y se establecen tres grandes clases de estrategias de aprendizajes:

las cognitivas, las de manejo de recursos y las metacognitivas, en esta última se centra el presente estudio.

Metacognición: La metacognición es la consciencia y el control personal que se tiene acerca del conocimiento que posee. Es también un proceso cognitivo interno que genera predicciones conductuales y comprobables⁵ que debe enseñarse y aprenderse. Al respecto se han desarrollado estrategias metacognitivas como las planteadas por Nisbeth y Schunkmith,¹⁰ Pozo y otros como el modelamiento cognitivo, la interrogación y autointerrogación metacognitiva y la enseñanza cooperativa.¹¹ En este marco de la metacognición se sitúan dos áreas de aplicación que deben adoptar los estudiantes de Medicina y carrera afines a juicio del investigador: la metaatención y la metamemoria, ambas permiten desarrollar en el estudiante los niveles de consciencia necesaria para controlar y modular los procesos de aprendizajes.

La metaatención: La atención es un proceso psicológico estrechamente vinculado con la percepción y la memoria tan fundamental para el aprendizaje que numerosas dificultades son explicadas por anomalías atencionales, ya sea por alteraciones como por ausencias de estrategias para atender. Desarrollar conocimientos metaatencionales exige tener consciencia de:

1.- La Naturaleza de la tarea de aprendizaje, para ello exige la formulación de interrogantes acerca de las demandas e instrucciones de la tarea como: ¿Qué debo hacer? ¿Qué tipo de actividad es? ¿Que se pide? Leer, escribir, asociar, recordar, comparar

2.- La Estrategia atencional, esto va acorde a la competencia de cada

estudiante en seleccionar la que se adecue a la naturaleza de la actividad a realiza: comparar por pares, leer despacio, focalizar, rastrear por regiones espaciales etc.

3.- La calidad de la tarea es el último paso del proceso metaatencional para desarrollar la consciencia. El estudiante debe evaluar cómo ha realizado la actividad, si presenta errores su trabajo o no. Para ello, debe autoformularse preguntas como: ¿Qué me ha distraído? ¿Qué hecho para corregir las distracciones? ¿Me ha sido útil la manera de atender para hacer este trabajo? Antes de iniciar cualquier actividad o tarea de resolución debe producirse procesos metaatencionales referida a una reflexión metodológica de planificación en la que se formulan preguntas, durante el proceso una supervisión y luego una evaluación como la que se muestra en la figura 1.



Figura 1. Reflexión metacognitiva.
Fuente: Valles, 1998

La metamemoria: La metamemoria es el grado de conocimiento y memoria que se tiene acerca de nuestra propia memoria y de sus peculiaridades, es decir, es el conocimiento y control de los procesos de la memoria, su capacidad, sus limitaciones y su operatividad. La metamemoria está constituida por estrategias de registro, de almacenamiento y de recuperación de la información que implica procesos

de reflexión sobre el propio proceso de memorizar, en la que es necesario observar, registrar, codificar, almacenar y recuperar los contenidos que se aprende.¹²

De igual forma, es interesante exponer que los alumnos aprendan a distinguir entre la memorización y la evocación; en la memorización se deberán emplearse estrategias específicas de acuerdo con la tarea, así como aprender una lista de palabras, su clasificación previa, su organización en categorías facilitaría su almacenamiento comprensivo. Por otra parte, para recordar la información o contenidos de aprendizajes guardados en la memoria a largo plazo exigirá de evocarlos con la frecuencia necesaria, para reactualizarlos por reacomodación de la nueva información o nuevos aprendizajes, para ello, las rutinas o claves de acceso a la información serán determinantes. En la figura 2 se presenta las estrategias de memoria.



Figura 2 Estrategias de Memoria.
Fuente: Valles, 1998

Para ampliar el concepto de metacognición y denotar sus implicaciones metodológicas, Tovar lo plantea como estrategias que abarca tres dimensiones a través del cual el sujeto actúa y desarrolla tareas. (a) dimensión de reflexión, el sujeto reconoce y evalúa sus propias estructuras cognitivas, posibilidades metodológicas, procesos habilidades y desventajas. (b) dimensión de administración durante el cual el individuo, que ya consciente de su estado, procede a conjugar esos componentes cognitivos diagnosticados con el fin de formular estrategias para dar solución a la tarea y (c) dimensión de evaluación, a través del cual el sujeto valora la implementación de sus estrategias y el grado en el que se está logrando la meta cognitiva, el sujeto construye las herramientas para dirigir sus aprendizajes y en últimas adquirir autonomía,¹³ en la figura 3 se muestra.

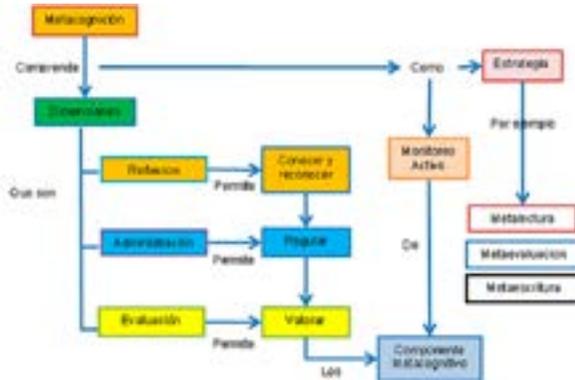


Figura 3. Metacognición. Fuente: Valles, 1998

Caracterización de los aspectos a considerar del modelo metacognitivo basado en las estrategias de aprendizaje para estudiantes de medicina.

Los resultados de este proceso de investigación permiten señalar que el modelo metacognitivo basado en las estrategias de aprendizaje para estudiantes de medicina, está

estructurado por los siguientes aspectos: la postura del docente, la motivación del estudiante y las estrategias, técnicas y métodos de aprendizaje como se observa en la figura 4.

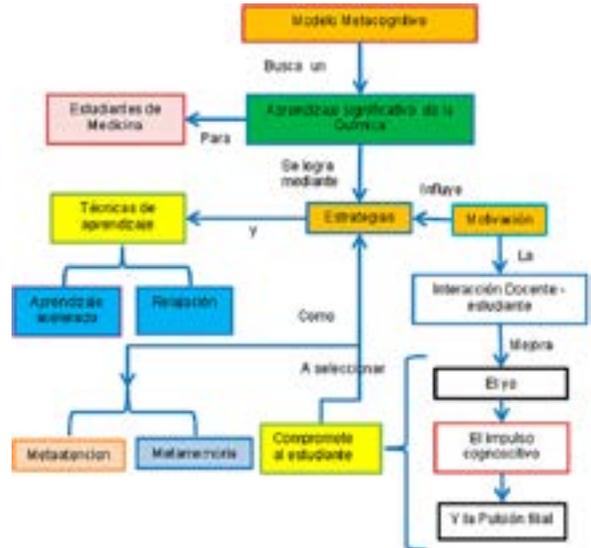


Figura 4. modelo metacognitivo. Fuente: Elaboración propia, 2013

Dado lo complejo, que es el campo de la medicina el egresado de esta carrera deberá estar entrenado para desarrollar sus actividades y dar respuestas oportunas a cualquier fenómeno de la salud que requiere de explicación. Es por ello, el desarrollo de este modelo permitirá el eficaz desenvolvimiento de los estudiantes desde las diferentes disciplinas de la carrera, en específico de la Química. A continuación se describe cada uno de los aspectos a considerar:

En primer lugar, la postura del docente en la interacción con los estudiantes es un punto clave que permite una identificación positiva para lograr los objetivos de la cátedra, en la que se debe considerar las ideas previas que poseen los estudiantes de los temas que será tratado en clases, ésta con la intención de establecer una conexión con los puntos a ser mediado en el aula, para una explicación más

especifica se debe caracterizar los conceptos, teorías y hechos de la química para luego contextualizarlos acorde a una experiencia práctica referente a cualquier disciplina auxiliar de la medicina.

Ese aspecto referente a la postura de los docentes es determinante dado a que plantea para que haya un ambiente de aprendizaje óptimo de la química, es necesario que exista propuestas didácticas creativas mediados por procesos metacognitivo y que la planificación debe estar centrado en el ser del estudiantes.

Otro aspecto a considerar, es el reforzamiento de la motivación al logro, en términos del mejoramiento del yo, el impulso cognoscitivo y una verdadera pulsión filial que al afianzar este aspecto, el estudiante se ve comprometido a buscar estrategias, métodos y técnicas que le permitan aprender significativamente los conceptos y principios de la asignatura. Lo más importante que ese aprendizaje le permite intercambiar ideas con sus compañeros y docentes, sin temor a diferir en algunos casos de las ideas de ellos

Ese aprendizaje significativo será la herramienta que lo conducirá al logro de mejores futuros. Una de las ideas fundamentales que debe aplicarse cada individualidad, en orden a establecerse su particular estrategia de aprendizaje, es llegar a sentirse bien consigo mismo. Pues la manera como se sienta influirá en su desempeño.

Por otra parte, el individuo con alta autoestima establece metas profesionales con gran contenido de eficiencia, eficacia y sabor de autorrealización, aspecto clave para cualquier estudiante de la carrera de medicina y ciencias afines, ya que una de las funciones de un médico cirujano es

ser participe activamente en la educación de la sociedad concientizando a sus integrantes sobre las responsabilidades en el cuidado de la salud.

De allí que, el individuo con alta autoestima planifica sus estrategias de aprendizaje dentro del contexto del aprendizaje significativo. Actualmente se divulgan una serie de recomendaciones para lograr éxito en los estudios; una de ellas se refiere al Superaprendizaje o aprendizaje acelerado, específicamente se denomina "Técnica de Aprendizaje Acelerado Sugestivo" (TAAS). Su principal aspecto consiste en la combinación de ejercicios de relajación física, concentración mental y elementos sugestivos para fortalecer el ego de la individualidad e incrementar su memoria, dentro de un ambiente musical relajante, y al mismo tiempo se presenta el material que debe ser aprendido.

En cuanto al aprendizaje de estrategias metaatencionales se sugiere tener conciencia de: (a) la naturaleza de la tarea de aprendizaje en la que se debe exigir formular interrogantes de las demandas e instrucciones de la tarea. (b) La estrategia atencional se debe seleccionar de acuerdo a la competencia de los estudiantes y que se adecue a la naturaleza de la actividad a realizar: comparar, leer despacio, focalizar, establecer analogías entre otros y (c) la calidad de la tarea que implica la evaluación de cómo ha realizado la actividad, si presenta o no errores en la misma.

Otra estrategia, es la metamemoria que sugiere la reflexión sobre los propios procesos de memorizar ya que en la carrera de medicina los estudiantes requieren identificar las partes mínimas del cuerpo humano, recordar nombres,

manejar con frecuencia algunas técnicas de intervención, crear imágenes, repetición mental de palabras entre otros, para ello, es necesario observar, codificar, almacenar y recuperar los contenidos que se aprenden. Cuando el estudiante es consciente de su propio proceso de memorización será más idóneo para determinar tipos de tareas, aplicar estrategias de evocación y todo ello dirigido a la voluntariedad y motivación para aprender.

Consideraciones finales

Para que exista a un aprendizaje significativo de la química y contextualizado a las disciplina del campo de la medicina se debe evaluar las estructuras conceptuales de previas del estudiantes, así como la metodología a emplear para abordar dicho conocimiento y las actitudes. Esto es con el objetivo de que el docente genere una planificación tomando en cuenta el ser los estudiantes y sus capacidades intelectuales y así promover estrategias de aprendizaje en el estudiante.

Desde ese punto de vista, las teorías de la metacognición tienen un nexo entre el conocimiento de los estudiantes y las estrategias que utiliza el docente para motivar a los estudiantes y sentirse comprometidos de seleccionar estrategias de aprendizaje para la promoción de aprendizaje significativo de la química y su aplicación en el campo de la medicina.

Referencias

1. Weinstein, C., Husman J, Dierking D. Self-regulation interventions with a focus on learning strategies. In Boekaers M, Pintrih P, Zeidner M. Handbook of Self-Regulation. San Diego: Academic Press; 2000:727-47.
2. Harris K, Pressley M. The nature of cognitive strategy instructions: Interactive strategy instruction. *Exceptional Children*.1991; 57 (5): 392-405
3. De Cudmani LC, Pesa MA, Salinas J. Hacia un modelo integrador para el aprendizaje de las ciencias. *Rev Enseñanza de las Ciencias*. 2000; 18 (1): 3-13.
4. Furió C, Vilches A. Las actitudes del alumnado hacia las ciencias y las relaciones ciencia, tecnología sociedad. En: Del Carmen L. La enseñanza y el aprendizaje de las ciencias de la naturaleza en la educación secundaria. Barcelona: Horsori; 1997:47-71.
5. Mayer R. Thinking and problem solving: An introduction to human cognition and learning. Glenview, Illinois: Scott, Foresman &Co; 1977.
6. Mata L. Procesos incidentes en el aprendizaje significativo. Editorial Grafiforca; 2013.
7. Martínez M. La etnometodología y el interaccionismo simbólico. Sus aspectos metodológicos específicos. [Internet] Consultado en: <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html>
8. Gargallo B. Procedimientos. Estrategias de aprendizaje. Su naturaleza, enseñanza y evaluación. Valencia: Tirant lo Blanch; 2000.
9. González C. Flores F. El trabajo docente: enfoques innovadores para el diseño de un curso. México: Trillas; 1998.
10. Nisbet J, Schucksmith J. Estrategias de aprendizaje. Madrid: Santillana; 1987.
11. Pozo J. Teorías Cognitivas del Aprendizaje. Madrid: Ediciones Morata; 1989.
12. Flavell J. Metacognitive aspects of problem solving. In: Nature of intelligence. Resnick L. Lawrence Erlbaum Associates.1976: 233.
13. Tovar J. Evaluación cognitiva y el aprendizaje autónomo, en Tecne Episteme Y Didaxis. Segundo congreso sobre formación de profesores de ciencias. Universidad Pedagógica Nacional de Bogotá. 2005.

La conceptualización fragmentada del cuerpo y del ser, desde la mirada económica globalizadora.

Ma. del Rocío Figueroa Varela¹.

Resumen

El sistema económico globalizador incide no sólo en la transformación de los mercados y los capitales, sino también en los valores, conceptualización y definición del cuerpo, del ser y de la salud. Se da un valor diferenciado al ser, hacer, comprender y sentir de los seres humanos, en función de su servicio a la productividad; el sistema sugiere la libertad del ser, pero elimina la colectividad, al privilegiar la competencia y la individualidad entre las personas. En este ensayo, se construyen miradas alternas sobre el cuerpo, al hacer un análisis histórico del significado de lo corporal y del ser. Se proponen nuevos elementos para rescatar las prácticas corporales e incidir en acciones salutogénicas formuladas desde un modelo de unidad y no de fragmentación del ser humano de sí mismo y de su colectividad.

Palabras clave: biopolíticas, prácticas corporales, corporalidad

Abstract

Globalizing economic system affects not only the transformation of markets and capital, but also on values, conceptualization and definition of the body, being and health. Also value human beings aspects like, do, feel and understand, according to their service to the productivity system. The system suggests the freedom of being, but removes the community, by favoring competition and individuality among people. In this essay an alternate construct of the body was made through a historical analysis of the meaning of the body and being. New elements are proposing to rescue bodily practices in order to planning Salutogenic actions, formulated from a model of unity and no fragmentation of the human being of himself and of his community.

Key words: biopolitical, bodily practices, corporeality

¹Docente Programa Académico de Psicología, Área de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma de Nayarit

Fecha de recibido: Noviembre de 2013. **Fecha de aceptación:** Diciembre de 2014.

Correspondencia: Ma. del Rocío Figueroa Varela.

Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo". Tepic, Nayarit, México, C.P. 63155
Tel. Fax. (01-311) 2118800. Correo Electronico: marofiva@hotmail.com

El contexto económico globalizador

Las diferentes etapas históricas vividas por el ser humano, definen sus relaciones con los demás y consigo mismo. Nuestra época actual, el siglo XXI, se ha desarrollado bajo el impulso de la ciencia positivista, del pensamiento racional y de una cultura que privilegia lo industrial y urbano. Es la era de orden económico capitalista globalizador, en donde imperan las nuevas tecnologías de información y la innovación tecnológica.

En este orden de ideas, el Estado a través de sus políticas públicas, debe vigilar del incremento en el bienestar y el desarrollo de los colectivos sociales, con el fin de proporcionarles las garantías para atender sus derechos humanos. Dentro de los Derechos humanos, se encuentra el derecho a la salud, en donde se busca incidir en la mejora de la calidad de vida y de su bienestar, pero al dar un vistazo a las abismales discrepancias entre la población, producidas al mismo sistema económico, parecen derechos muy lejanos para la mayoría poblacional: los pobres en México.

Si bien la globalización ha encontrado grandes obstáculos y detractores, como todo orden económico y social transitado por la humanidad, la dimensión ideológica-cultural sustentada, busca la universalización de determinados modelos de valor.

En este sentido, en el modelo económico globalizado, se da un valor diferenciado al ser, hacer, crear, comprender, razonar, sentir, imaginar, por poner ejemplos, de los actos y características de los seres humanos, en función de su servicio a la productividad.

Baltrami¹ acota cómo, al vivir en una era de globalización neoliberal, se privilegia lo occidental, la burguesía y el consumismo, como el deber ser para toda comunidad.

En este proceso globalizador, se reestructura y resignifica continuamente nuestro modo de vida, nuestra cultura y nuestra sociedad; el rasgo central es la intensificación de las interconexiones entre sociedades. En un mundo globalizado, sociedades culturalmente diferentes se encuentran en interrelación constante, se puede tener conexión instantánea entre una aldea china y un pueblo de México.

Sin embargo, el mismo modelo, también pone al descubierto paradojas: aparece como un mercado mundial, integrado, en donde los capitales financieros, los bienes económicos y las imágenes se mueven con entera libertad sin fronteras aparentes, pero también expresan, en reiteradas ocasiones, su rechazo al libre desarrollo de las personas y la radicalización en las diferencias, y se contribuye a la inequidad social y de acceso a los recursos.

Un ejemplo de la afirmación anterior, son las alternativas para mantener la salud, pues de acuerdo al modelo globalizador, todo aquello considerado como medicina tradicional o alternativa, son modelos contrapuestos de la medicina alopática, a la cual únicamente, en el mundo occidental, se le atribuye valor. Pero ¿todos los ciudadanos mexicanos tenemos acceso a la medicina occidentalizada, caracterizada por la especialización, medicación y hospitalización? ¿Los saberes tradicionales de curación y más aún, sobre prevención de enfermedades,

no tienen un impacto directo en la salud de quienes los practican? Estas son interrogantes trascendentes a los límites de valor creados por el modelo capitalista globalizador, vulneran aún más los derechos de los núcleos poblacionales menos favorecidos en lo económico.

La globalización tiene en los medios de comunicación de masas, la vía para cambiar no únicamente nuestros hábitos domésticos, sino la percepción de la realidad, pues el poder principal lo tienen las grandes empresas y los grandes grupos financieros, apoyados en los grandes grupos mediáticos, por lo tanto se filtra la información presentada e incluyen los juicios de valor de lo que se debe ser, hacer o tener. El poder político es sólo el tercer poder, después del financiero y del mediático¹. Por ello, las compañías farmacéuticas definen incluso qué se debe investigar y qué se debe considerar para la recuperación de la salud. Revisemos a nuestro alrededor y, a través de los medios masivos de comunicación o de las redes sociales, se observará que se venden productos “milagro” para todo tipo de padecimientos o bien para incrementar el consumo de productos que nos protegerán de una de las enfermedades ahora considerada como más preocupante: la vejez y su concomitante deterioro físico.

La economía globalizada define una premisa económica que especifica una razón de vivir para las personas: producir y consumir, pero sólo de acuerdo a los cánones de la sociedad occidentalizada. El individuo humano es sólo una herramienta del dinamismo productivo, no es importante como ser en sí mismo, sino como productor, mano de obra,

consumidor o usuario².

Desde hace ya más de una década, Chen y Berlinguer³ hacían la apreciación de cómo gracias a los procesos de globalización, la salud era afectada por tres nuevas amenazas sanitarias: a) enfermedades infecciosas emergentes como por ejemplo la propagación del virus de inmunodeficiencia humana y la influenza; b) las amenazas ambientales derivadas de la contaminación y el agotamiento de los recursos y; c) los trastornos sociales y de comportamiento, tales como las adicciones y violencia. Estas amenazas son una realidad en el presente y no se vislumbra el camino para su resolución efectiva.

El desarrollo de este modelo económico, determina una crisis de valores tanto a nivel colectivo como a nivel individual. La incongruencia percibida entre el discurso de un desarrollo homogéneo, con la contradicción de las desigualdades vividas en el día a día, pueden llevar a la desesperanza por la fragmentación de la vida y se puede perder su significado.

En México para 2012, la tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes pasó de 2.3 a 4.5⁴. El dato anterior muestra cómo, a pesar de múltiples tecnologías en la era globalizada, para estar en comunicación con los otros, parecería una tendencia vivir en el anonimato, en la desconexión de sí y de los otros, con déficits en los recursos psicológicos no fáciles de suplir, esto puede llevar a las personas a tomar decisiones, como el atentar contra sí mismos, ante el vacío existencial y la soledad percibida. No hay peor soledad como estar perdido en la marea humana en la cual aparentemente se está rodeado,

con la que nunca se hace un contacto productivo de sentidos y significados.

La dimensión del cuerpo desde el contexto globalizador

Las biopolíticas basadas en un modelo biomédico del proceso salud-enfermedad, obedecen a las necesidades del mercado globalizado, orientan los esfuerzos médicos en curar a un cuerpo concebido como una máquina en donde los agentes patógenos inciden y la cual pasivamente sufre su enfermedad. Esta aproximación hace énfasis en revisar la enfermedad o disfunción, para evaluar la salud y su cuidado⁵ por el desvío sobre la perfección a obtener. A través de estas políticas se establece una simbolización eficientista y consumista del cuerpo, en el imaginario social de los habitantes de nuestra cultura⁶, dadas las construcciones simbólicas hechas sobre este cuerpo humano como un objeto pasivo, descontextualizado, en donde se busca la eficacia de la medicina en los individuos y se olvida el constructo más amplio de la salud, el cual no es sólo la ausencia de enfermedad.

El modelo biomédico imperante en nuestra sociedad para atender los aspectos de salud, desde las acciones de prevención a la rehabilitación, los elementos se fragmentan y se busca incidir en la patología en lugar de promocionar la salud⁵ y esto es por la relación de mercados, pues la salud no produce dividendos económicos.

Al retomar los datos sobre el suicidio y sus posibles causas, un artículo revela que ya se puede dar cuenta de los transmisores y circuitos neuronales que “se han dañado” en la biología de las personas con este

tipo de comportamiento⁷. En la tendencia actual de descifrar en los genes todo nuestro comportamiento, enfermedades y características incluidos, todo se traduce a un determinismo genómico. Si bien estos son aspectos de punta en tecnología e investigación de indudable avance en el conocimiento, la pregunta por descifrar es si toda explicación de nuestra esencia humana se deberá reducir a los aspectos biológicos, esto nos remite a tratar de explicar cómo se entiende al cuerpo y al ser, desde la mirada globalizadora.

Se ha documentado que en las sociedades liberales occidentales se conceptualiza al ser humano como racional y autónomo. Esta es una posición que obedece a dualismos en los que la ciencia occidental define los campos del saber y que legitiman las formas de acercarse al mundo, ejemplos de ello encontramos en las dicotomías naturaleza/cultura, cuerpo/razón, sujeto/objeto, femenino/masculino⁸.

Actualmente el cuerpo humano es concebido como una parte precaria a someterse a la medicina, misma disciplina convertida en el instrumento en contra del sufrimiento, del envejecimiento y de la muerte; es una posición en donde se cosifica al cuerpo, el cuerpo es un objeto o cosa a manipular o bien transformar. Este constructo es parte también de una fragmentación de la realidad, no puede haber un proceso mental de razón si no existe un cuerpo, con sus procesos, que le da sustento.

El cuerpo nos hace conscientes de nuestra existencia, nos define como individuos y afirma nuestra pertenencia a la especie

humana, pero al ser subjetivizado, no se devela en su totalidad. ¿Somos cuerpo o tenemos cuerpo? ¿el cuerpo es el ser, el sujeto? Este es un cuestionamiento que se podría hacer desde la polarización de posiciones mecanicistas o científicistas, por ello quizás debemos de reconsiderar posiciones en donde se nos refiere como sujetos cuyos cuerpos nos permiten la agencia personal. Desde esta visión, se podría hablar de totalidades y no así de fragmentaciones, como se haría desde el modelo globalizador.

La historicidad del cuerpo

De acuerdo con los valores y conceptualizaciones de una cultura dada y una época histórica determinada, el cuerpo ha transitado por diferentes acepciones: Platón pensó en el cuerpo como algo fragmentario, habitado por un alma inmortal siempre acechada por las pasiones violentas y los sentidos; era ya una concepción dicotómica alma/cuerpo.

Con el surgimiento del cristianismo el cuerpo se convierte en el hábitat de la divinidad, por lo tanto hay que controlarlo y vigilarlo. En esta época de inicios de la religión imperante en México, a las mujeres se les consideraba como venenosas, con poder para envenenar el alma del hombre, según se refiere en los pasajes de Adán y Eva relatados en la Biblia⁹.

En el renacimiento, el cuerpo se ve como una frontera con lo demás y como un factor decisivo para la individuación. Descartes definía al cuerpo como una materia manipulable y adaptable por la socialización y por la facultad cognitiva inherente al ser humano, y a partir de ahí se inicia el control del cuerpo a través de

un marco científico, como un mecanismo que había que corregir por la concepción dual de mente/cuerpo¹⁰, pensamiento con analogía en Heidegger y en otros filósofos del siglo XX, con respecto de la necesidad de control.

En el marco de la globalización, el cuerpo debe responder a las exigencias de un sistema: debe ser una fuerza productiva capaz de responder a los imperativos eficientistas de nuestra sociedad. Los hombres y mujeres nos construimos desde esta circunstancia histórica y cultural, elaboramos una realidad psíquica o representación de nosotros mismos y nuestro cuerpo, Campillo¹¹ cita a Foucault para adentrarnos al constructo de “cuerpo dócil”, al ser sitio práctico y directo de control social formado a base de las normas de la vida cultural por medio de rutinas, reglas y prácticas aparentemente triviales, entre ellas el discurso.

Si bien entonces el cuerpo es una aparente masa biológica, se vive y experimenta el ser a través de la corporalidad. Por ende, el cuerpo tiene un significado social y a la vez una valoración y significancia individual. Este cuerpo entonces puede representar amenazas ante los órdenes sociales, por ello tiene que ser aprendido y regulado socialmente a través de diversas instituciones de control como las médicas y educacionales, en donde la tradición, las costumbres y los hábitos prescriben al propio cuerpo.

Al ser prescrito, el cuerpo se convierte en aquello que se evitaba: un campo de posibilidades interpretativas. La cultura misma da un nexo especial entre la elección de ser y existir en el propio cuerpo

y se convierte en una forma personal de asumir y reinterpretar las normas sociales y de género recibidas. En forma dialéctica también estas normas introyectadas son valoradas y resignificadas, por esto, el cuerpo se convierte tanto en objeto de mi representación como de mi identidad personal y social.

El cuerpo humano entonces, no es una invariante histórica, su significado se construye desde el nacimiento hasta la muerte. Es modelado, de la punta de los pies hasta la cabeza por toda clase de prácticas, hábitos, luchas y resistencias. El cuerpo se vive y experimenta así, como un nudo de intersección en el que se cruzan todas las relaciones sociales y el que produce la acción humana¹¹, el cuerpo es el ente con lo cual la persona se autorrepresenta a sí misma.

Ya iniciado el siglo XXI, hombres y mujeres se pelean posiciones en un mundo cada vez más competitivo, globalizado y en donde la combatividad social despiadada arroja cifras de exclusión creciente, la individuación es el contexto en donde surge esta competitividad. A las formas antiguas de exclusión, la estética de la imagen las complementa, por ende muchos hombres, pero muchas más mujeres, no sólo compiten con el mundo externo y entre sí, sino con su propio cuerpo para alcanzar un cambio que devuelva en el espejo la figura deseada, marcada y modeladas por los medios de socialización, asociada al éxito y a un significado de vida según los conceptos de globalización.

Así, nuestro cuerpo es valorado como un instrumento u objeto que nos permite un lugar en la sociedad contemporánea,

revalorado mediante los procesos de consumo que ofrecen la consecución del ideal estético: salud, juventud, belleza, delgadez, fortaleza, sensualidad. Se genera un culto al cuerpo bajo un ideal incorporado en el imaginario colectivo y no bajo enfoque de realización personal. Esto se refleja en las empresas multinacionales y transnacionales dedicadas a la cosmética corporal y la industria alimentaria, el mercado de implementos de deporte y gimnasios que incitan una y otra vez a seguir estos estándares, como el “deber ser” de la humanidad.

De esta forma, el estilo de vida prescrito como mandato social considera inaceptable el envejecer, el “dejarse abandonar” o engordar. Es nuestra responsabilidad que nuestro cuerpo no envejezca ni se deteriore. No somos exitosos en la vida si esto sucede, y se nos señala el camino de la exclusión social, por ser inadaptados a estos estándares.

Cuerpo saludable versus prácticas corporales salutogénicas

Al colocarse al cuerpo como un objeto a conocer y al sujeto como una entidad cognoscente, no hay una visión integral entonces de la persona y del contexto en el que se lleva a cabo el proceso de salud-enfermedad⁸. Se olvida en este proceso, considerar el análisis de las circunstancias y contextos atravesados por “el paciente” o persona considerada enferma, y más aún tomar en cuenta qué significa para estas personas su corporeidad. Además se debe revisar cuáles son los determinantes para llevar a cabo este proceso.

Si desde el modelo biomédico, se pretende que las personas sean responsables de

mantenerse debería revisarse cuáles son las prácticas corporales o procesos de ejecución de la corporalidad en donde se le permita a una persona incidir en su proceso salutogénico. En este sentido, se debería considerar cuál es la agencia personal en el control y manejo de los recursos y de su toma de decisiones, tanto a nivel individual como colectiva para incidir en los determinantes de su salud. El significado atribuido a su cuerpo tendrá así, una relación directa con las prácticas a las que se someterá.

Por ello si la globalización promete libertad, autodeterminación y autorrealización al vestirse de aparente libertad, simbolizada por ejemplo en el internet, con el cual podemos obtener información de nuestros diagnósticos y de los posibles tratamientos en salud, no se debe dejar de enfatizar cómo esta misma herramienta delinea una realidad que no es socializada con los otros, se fragmenta así la puesta en común y el análisis de sus implicaciones colectivas. Por ello, si bien sugiere la libertad del ser, del ser único, elimina con ello la colectividad, en donde se privilegia la competencia y la individualidad entre las personas.

Estas premisas globalizadas del cuerpo, del ser e incluso del interaccionar humano, fragmentan los espacios, los movimientos sociales, se particularizan los problemas colectivos, y se estudia lo particular, al individuo. Al destemporalizarlo del espacio, se fomenta la diferencia y a nivel cotidiano, se aleja de su actualidad y responsabilidad en el aquí y ahora. El constructo de cuerpo saludable entonces, se torna un sinsentido al descontextualizar al cuerpo de su momento histórico y de

su significancia cultural.

La consecuencia está allí, las cifras y datos de la reconformación de los colectivos fragmentados, nos muestran cómo los individuos también perciben a su mundo como desechable y violento: las adaptaciones a las nuevas tecnologías y medios deber ser rápidas y por lo tanto adquirir los nuevos artículos electrónicos, muchas veces sin integrar ni comprender su complejidad ¿cuántas funciones realmente se utilizan de los nuevos celulares, por el ciudadano común? La violencia en todos los niveles y de todos los tipos continúa en incremento, sólo hay que salir a la calle y observar el entorno para constatarlo.

Las relaciones personales tienden a tener menor duración, no se valora la complejidad de la pareja humana ni de la interacción social, los vínculos familiares complejizados por los diferentes tipos de familia relevan al modelo tradicional de familia. Estos cambios llevan al ser humano a crear una identidad en donde puede desaparecer el compromiso, los propósitos sostenidos o la responsabilidad sobre sí mismo. El valor de la colectividad se difumina, y la salud se retoma como una práctica individual, olvidándose promocionar salud siempre y cuando se refieran los determinantes sociales que inciden en ella.

Las prácticas corporales salutogénicas a promocionar entonces, deben considerar cómo en el imaginario colectivo se imbrican los aspectos individuales, de semejanza y diferencia, así también retomar al cuerpo y el ser, como unidad en tránsito en un momento histórico y social específico.

Referencias

1. Beltrami M. La globalización y el nuevo orden mundial: antagonismos, conflictos y críticas. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2008. Disponible en www.umed.net/rev/cccss/02/mb.ht
2. Díaz-Torres JM. Análisis y perspectivas filosóficas, epistemológicas e históricas de la contemporaneidad desde un discurso crítico-pedagógico. [tesis doctoral]. Tenerife, España: Universidad de La Laguna. 2005. Disponible en <http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20pdf%20de%20trabajo%20umsnh/aphilosofia/tesis%20ejemplos/cs161%20epistemol%C3%B3gicas.pdf>
3. Chen L, Berlinguer G. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. En: Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Publicación Científica y Técnica N° 585. Washington: Fundación Rockefeller, Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 44 Disponible en http://publications.paho.org/spanish/Cap%25edulo_4_PC585.pdf
4. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicido. Aguascalientes: Gobierno de México. 2013. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>
5. Ríos Osorio L.A. Una reflexión acerca del Modelo de Investigación Biomédica. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2011;27(2): 289-297.
6. Esposito R. Biopolítica y Filosofía: (Entrevistado por Vanessa Lemm y Miguel Vatter). Revista de Ciencia Política. 2009;29(1): 133-141. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32414666007>
7. Pandley GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar Disord. 2013;15(5): 524-541.
8. Muñiz E. Las prácticas corporales. De la instrumentalidad a la corporalidad. En: Muñiz E, coordinadora. Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas. México: Anthropolos. UAM Azcapotzalco; 2010. p. 17-49.
9. Álvaro JL, Fernández B. Representaciones Sociales de la Mujer. Athenea Digital. 2006;9: 65-77.
10. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en Psicología Latinoamericana. 2004; 22: 15-27.
11. Campillo A. Biopolítica, totalitarismo y globalización. En: Congreso Internacional La Filosofía de Ágnes Heller y su diálogo con Hannah Arendt. Departamento de Filosofía. Universidad de Murcia; 2010. Disponible en <http://congresos.um.es/ahha/ahha2009/paper/view/6251>

Resultados del XXXVI Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2012 en Nayarit.

Raúl Aguirre Hernández¹. Rosa Carmina Flores Flores². Carla Aguirre Flores².

Resumen

En el marco de la formación de recursos humanos para la salud se analizaron los resultados del XXXVI Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2012 en el estado de Nayarit. El XXXVI ENARM 2012 se realizó en septiembre de 2012 en 8 sedes de nuestro país, en donde participaron 342 médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) para concursar por el ingreso a 28 especialidades médicas ofertadas para este año. De los 342 que participaron en este examen fueron seleccionados 93 egresados de la UAN como residentes para las diferentes especialidades médicas, lo que corresponde a un 27.2% de ellos, obteniéndose una media de calificación de 59.1. Se observa un aumento del 6.7 % de ingreso y 2.9 puntos de calificación en este examen respecto al año anterior. Los médicos egresados de la UAN obtienen indicadores de ingreso similares a los de la Universidad Autónoma de Guadalajara y del Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina e inferiores a los de la Universidad de Guadalajara y de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Palabras clave: Examen, Aspirantes, Residencias Médicas.

Abstract

Within the training of human resources for health the data from the XXXVI Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2012 in the state of Nayarit were analyzed. The XXXVI ENARM 2012 was held from September 6 to 9, 2012 in eight cities of our country, where 342 doctors graduated from the Unidad Académica de Medicina of the Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) participated for admission to 28 medical specialties offered this year. In this exam were selected 93 graduates from the UAN as residents for several medical specialties, which corresponds to 27.2% of them, obtaining an average score of 59.1. An increase of 6.7% in selection and 2.9 points in this test score were observed from previous year. Comparatively graduates of the UAN obtain similar data to the Universidad Autónoma de Guadalajara and Instituto Politecnico Nacional Escuela Superior de Medicina and below the Universidad de Guadalajara and Universidad Nacional Autónoma de México.

Keywords: Exam, aspirants, medical residencies.

¹Coordinador Estatal de Posgrado e Investigación SSN y Profesor Investigador de la Universidad Autónoma de Nayarit.

²Profesor Investigador de la Universidad Autónoma de Nayarit.

³Médico de la Unidad Médica del SETUAN.

Fecha de recibido: Noviembre de 2013. **Fecha de aceptación:** Noviembre de 2014.
Correspondencia: Raúl Aguirre Hernández.

Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo". Tepic, Nayarit, México, C.P. 63155
Tel. Fax. (01-311) 2118800. Correo Electronico: cpi_nayarit@hotmail.com

Introducción

La necesidad de la formación de los recursos humanos para la atención médica de especialidad de nuestro país, tiene como paso inicial la selección equitativa de los médicos que participaran como residentes de especialidades médicas mediante un examen coordinado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.¹

El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) es un instrumento de medición de conocimientos de medicina general, objetivo y consensado, que constituye la primera etapa del proceso para ingresar al Sistema de Residencias Médicas, cuyo objetivo es seleccionar a los médicos mexicanos y extranjeros que aspiran a realizar una residencia médica en un curso universitario de especialidad.²

En el análisis histórico de los resultados de ENARM a partir de la implantación del nuevo modelo educativo de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit, se observa para el periodo 2009-2011 el porcentaje de ingreso con un rango de 20.5 a 28.8 y una media de 25.6; mientras que en relación al puntaje promedio de calificación el rango fue de 56.2 a 56.6 con una media de 56.4.^{3,4,5}

En el XXXV ENARM 2011 participaron 302 médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit siendo seleccionados para cursar una especialidad 62 de ellos, lo que correspondió al 20.5% de ingreso; con una media de calificación de 56.2.^{5,6}

En esta edición del XXXVI ENARM 2012, fueron 342 los médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit que concursaron para las diferentes especialidades ofertadas para este año.⁷

Métodos

El XXXVI ENARM 2012 se realizó en formato electrónico los días 6, 7, 8 y 9 de Septiembre de 2012 en 8 sedes en nuestro país (Cuernavaca, Mor; Ciudad de México, DF; Guadalajara, Jal; Monterrey, N.L; Hermosillo, Son; León, Gto; Puebla, Pue. y Tuxtla Gutiérrez, Chis.), en donde presentaron su examen los aspirantes de acuerdo a la sede preseleccionada en el momento de su inscripción.

Fueron 342 los médicos aspirantes, egresados de la Universidad Autónoma de Nayarit, que concursaron para elegir dos opciones de especialidad dentro de un bloque, existiendo en total de 28 especialidades distribuidas en 4 bloques.

En el bloque I están las especialidades de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y Traumatología y Ortopedia; en el II se encuentran Anestesiología, Genética Médica, Geriátrica, Medicina de Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Pediatría y Psiquiatría; en el III se agrupan Calidad de la Atención Clínica, Epidemiología, Medicina de la Actividad Física y Deportiva, Medicina del Trabajo y Ambiental, Medicina Familiar, Medicina Integrada y Salud Pública; y en el bloque IV están Anatomía Patológica, Audiología, Otorrinolaringología y Foniátrica, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Medicina de

Rehabilitación, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patología Clínica y Radio Oncología.

El reporte del puntaje del examen se entregó al término de la aplicación del examen a cada aspirante y el reporte de los folios de los médicos seleccionados se publicó el 7 de Octubre de 2012 en la página web de la CIFRHS y en un diario de circulación oficial. A su vez los resultados generales del examen están disponibles a partir de esa fecha en su página oficial.

Del total de médicos egresados de la Universidad Autónoma de Nayarit que fueron seleccionados para cursar una especialidad médica, se obtuvo la media de calificación; así como el número y porciento de ingreso total y por especialidad. Finalmente estos datos fueron comparados con los obtenidos por las mejores escuelas públicas y privadas del país y posteriormente la comparación y análisis de dichos resultados se contrastó con los logrados por universidades del estado de Jalisco y de Nayarit.

Resultados

En el XXXVI ENARM 2012 participaron 342 médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la UAN, de los cuales fueron seleccionados 93 como residentes para las diferentes especialidades médicas, lo que corresponde al 27.2% de ellos, obteniendo una media de calificación de 59.1. (Cuadro I).

En las especialidades troncales y básicas; se puede observar un aumento de ingreso de este año de 3.3 % en

Cuadro I.- Número, porciento y media de calificación de los médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit en el ENARM.

Variables	2009	2010	2011	X 2009- 2011	2012
Numero de Aspirantes	257	272	302	277	342
Numero de Seleccionados	74	77	62	71	93
% de Ingreso	28.8	28.3	20.5	25.6	27.2
Media de Calificación	56.5	56.6	56.2	56.4	59.1

Cirugía General, 11.0 % en Ginecología y Obstetricia y 2.8 % en la especialidad de Medicina Interna; habiendo una disminución para este mismo periodo del 0.8 % en Anestesiología, 3.8 % en Medicina Familiar y 0.2 % en Pediatría. (Cuadro II).

Respecto al resto de las especialidades se puede observar que este año sumaron como grupo 23.7 % de los médicos seleccionados, lo que corresponde a una disminución del 12.3 % respecto al ciclo pasado. (Cuadro II).

En el contexto nacional las universidades

Cuadro II.- Número y porciento de los médicos egresados de la Universidad Autónoma de Nayarit seleccionados por especialidad.

Especialidad	XXXV ENARM 2011		XXXVI ENARM 2012	
	No.	%	No.	%
Anestesiología	6	12.0	9	11.2
Cirugía General	4	8.0	9	11.3
Ginecología y Obstetricia	2	4.0	12	15.0
Medicina Familiar	10	20.0	13	16.2
Medicina Interna	3	6.0	7	8.8
Pediatría	7	14.0	11	13.8
Otras	18	36.0	19	23.7
TOTAL	50	100	80	100

privadas que mejores resultados obtuvieron en el ENARM tanto en media de calificación como en porciento de ingreso fueron la Universidad Panamericana,

Comunicación breve

el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y la Universidad La Salle. Dentro de las universidades públicas las mejor ubicadas fueron la Universidad Autónoma de Querétaro, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y la Universidad Autónoma Coahuila, U. Saltillo. (Cuadro IV).

Cuadro 4.-Calificación y porciento de ingreso por escuela en el XXXVI ENARM 2012.

Facultad o Escuela	Calificación	% de Ingreso
Instituciones Privadas		
*Universidad Panamericana	69.0	60.0
*Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey	66.6	52.3
*Universidad La Salle	67.6	52.3
Instituciones Públicas		
*Universidad Autónoma de Querétaro	69.0	59.1
*Universidad Autónoma de San Luis Potosí	67.5	59.8
*Universidad Autónoma Coahuila, U. Saltillo	65.6	47.7
Referencia		
*Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina - Ciudad Universitaria	63.5	39.2
*Universidad de Guadalajara	62.4	37.7
*Universidad Autónoma de Guadalajara	60.5	29.4
*Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina	60.1	26.6
Nayarit		
*Universidad Autónoma de Nayarit	59.1	27.2
*Instituto de Estudios Tecnológicos y Superiores Marítimos	41.3	0.0

Discusión

Los resultados obtenidos en el XXXVI ENARM 2012 fueron de 27.2 % de ingreso lo cual queda dentro del rango histórico registrado; pero en el caso del puntaje de calificación que fue de 59.1 supero a los resultados logrados con anterioridad.^{3,4,5}

Tanto el porciento de ingreso como media de calificación aumentaron este año respecto al XXXV ENARM 2011;^{5,6} siendo mas importante el aumento del ingreso que subió un 6.7%, mientras la media de calificación solo se aumento en 2.9 puntos.

Se puede observar que respecto al ciclo pasado, los médicos egresados de la Universidad Autónoma de Nayarit aumentaron la selección de las especialidades troncales, disminuyendo su diversificación hacia otras especialidades.⁶ (Cuadro II).

La variación en la selección de especialidades a concursar se debe además de la vocación personal a la dificultad de ingreso de cada especialidad ya que se concursan por separado en cada una de ellas; observándose una disminución histórica de selección en las especialidades con mayor calificación mínima de ingreso hacia otras donde las posibilidades de ser seleccionado son mayores. (Cuadro II y III).

Cuadro 3.- Calificaciones mínimas de ingreso por especialidad en el XXXVI ENARM 2012

Especialidad	Calificación Mínima de Ingreso
Anestesiología	63.8
Cirugía General	70.0
Ginecología y Obstetricia	67.3
Medicina Familiar	55.8
Medicina Integrada	54.7
Medicina Interna	70.1
Pediatría	66.4

Respecto a la comparación con los referentes nacionales de la educación pública, la Universidad Nacional Autónoma de México supera a la Universidad Autónoma de Nayarit en 4.4 puntos de calificación y en 12% de ingreso, mientras que el Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior

de Medicina es mejor solamente en 0.2 puntos en la calificación y queda 0.6% abajo a la Universidad Autónoma de Nayarit en cuanto al ingreso. (Cuadro 4).

Con referencia a las Instituciones representativas del estado de Jalisco; la Universidad de Guadalajara esta por arriba de la Universidad Autónoma de Nayarit en 3.3 puntos de calificación y en 10.5 % de ingreso mientras que la Universidad Autónoma de Guadalajara del régimen privado la supera en 1.4 puntos de calificación y 1.2 % respecto al porciento de ingreso. (Cuadro IV).

Los resultados del Instituto de Estudios Tecnológicos y Superiores Matatipac de Nayarit no son comparables ya que solo un médico egresado de esa institución presentó el ENARM.

Referencias

1. Vázquez D, Cuevas L, Crocker R. La Formación de Personal de Salud en México. Guadalajara: Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud; 2005.
2. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (2012). Convocatoria 2012 XXXVI Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. CIFRHS. México.
3. Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud [Internet]. Resultados del XXXIII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Medicas 2009. CIFRHS. México., 2009. [Consultado el 23 de Mayo del 2013]. Disponible en http://enarm.salud.gob.mx/e33doctos/resultados/2009_ins_sel_res_uni_mex.php
4. Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud [Internet]. Resultados del XXXIV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Medicas 2010. CIFRHS. México., 2010. [Consultado el 19 de julio de 2012]. Disponible en http://www.enarm.salud.gob.mx/2010_ENARM/a9_resultados2010/2010_resmed_mexicanos.php?bloque_esp=1.
5. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud [Internet]. Resultados del XXXV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. 2011. CIFRHS. México., 2011 b. [Consultado el 19 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/2011_enarm/e35_resultados_ext_7.html
6. Aguirre HR, Flores FRC y Aguirre FC. Resultados del XXXV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Medicas 2011 en Nayarit. Revista fuente nueva época. 2013; 4 (12): 59-64. [Consultado el 23 de Mayo de 2013]. Disponible en <http://revistafuente.com.mx/index.php/acercade>
7. Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud [Internet]. Resultados del XXXVI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Medicas 2012. CIFRHS. México., 2012. [Consultado el 23 de Mayo del 2013]. Disponible en http://cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/2012_ins_sel_res_uni_mex.pdf

Instrucciones para 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 exprese 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.

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	4 000	50	5
Artículo original	3 500	35	5
Comunicación breve	1 500	10	2
Cartas al Editor	800	5	ninguna
Editoriales (por invitación del director)	800	5	ninguna

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 estructurado en otra, cuerpo del artículo, referencias bibliográficas y cuadros y figuras uno en cada cuartilla. Los cuadros y figuras serán tratados como imágenes con una resolución mínima de 600 puntos por pulgada y entregarse en formato .TIF o .JPG.

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

Convocan a profesionales interesados en cursar la



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Convocatoria 2016

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.

Recepción de documentos
a partir del 9 de agosto de 2015

Información y trámites:
Maestría en Salud Pública, UA de Medicina
Telefono: (311) 211 88 00 ext. 8771
Email: posgrado_medicina@hotmail.com
www.mspanet.net

Coordinador: Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles



UANANO 