

IMBIOMED
LATINDEX

ISSN: 2007 - 0950

WAXAPA

Año 9. Número 16. Enero-Junio 2017

ODONTOLOGIA



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

WAXAPA

WAXAPA, Año 9, No. 16, Enero-Junio 2017, Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura s/n, col. Centro Tepic, Nayarit, México. C.P. 63000. Correo electrónico: revistawaxapauan@uan.edu.mx, Director/Editor Dr. en C. Rogelio A Fernández Argüelles. Número de reserva de derechos al uso exclusivo 04-2011-103111253800-102 otorgada por el INADUTOR. ISSN 2007-0950. Impresa en el Taller de Artes Gráficas de la UAN. Ciudad de la Cultura C.P. 63190. Tepic, Nayarit, México.

Los contenidos firmados son responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes, siempre y cuando se cite la fuente y no sea con fines de lucro.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

Directorio Universitario

Jorge Ignacio Peña González
Rector

José Ángel González Rodríguez
Secretario de Rectoría

Magaly Sánchez Medina
Directora Editorial

Luz María Frías Vázquez
Coordinadora del Área de Ciencias de la Salud

WAXAPA

Comité Editorial

María A. Arbesú (Cuba)

Núria Homedes (EEUU)

Álvaro Margolis (Uruguay)

María de J. Medina (México)

Julián Pérez Peña (Cuba)

Gabriela Ávila (México)

Claudia P. Calderón (Argentina)

Pamela A. Escalante (Brasil)

Eugenio Ceccetto (Argentina)

Directorio Revista

Rogelio A. Fernández Argüelles
Director/Editor

Martha E. Cancino Marentes
Editora Ejecutiva

Pamela S. Rueda Rea
Coeditora

Editores Asociados

Alfredo Díaz Alejandro
Historia y Filosofía de la Salud

Leopoldo Medina Carrillo
Clínica Terapéutica y Farmacología

Saúl H. Aguilar Orozco
Salud Pública y Sistemas de Salud

Norberto Vibanco Pérez
Biomedicina

Jaime F. Gutiérrez Rojo
Educación en Salud

EDITORIAL



Los modelos de determinantes de la salud apuntan a que las causas subyacentes de la enfermedad en la población son de índole socioeconómicas más que biológicas. Está bien probado que los sistemas de atención médica y sanitaria influyen poco en la salud de la población, porque son más terapéuticos que preventivos y aun la terapéutica es poco curativa, la mayoría son “cronificadoras” y someten al paciente a tratamientos de por vida: diabetes, hipertensión y muchas otras enfermedades crónicas son ejemplos bien conocidos. Es, entonces, contraproducente que más del 80% de los presupuestos nacionales en salud se destinen a los sistemas de atención curativos y menos del 15 % se destine a promover determinantes preventivos como los hábitos de vida saludables y el medio ambiente, que se ha calculado determinan más del 80% de la salud poblacional.

El problema más grave para la salud poblacional son los hábitos de vida no saludables, que aparentemente son decisiones de las personas y no pareciera que el Estado debiera o pudiera cambiarlas. El alcoholismo, el tabaquismo, el consumo de sustancias psicotrópicas (lícitas o ilícitas), el consumo irracional de alimentos, comidas “basura” y medicamentos, el sedentarismo entre otros generan el más grave problema de salud poblacional y debieran estar en el punto de mira y actuación de la salud pública. Estos hábitos determinan a nivel mundial más de 16 millones de fallecimientos anuales, vinculados a procesos pulmonares, cardiovasculares, tumores, diabetes o ictus y enormes costos a las economías nacionales y son evitables, en una gran proporción, si se adoptaran medidas de prevención de salud adecuadas.

Lo más alarmante es que más del 80% de esas muertes prevenibles son en países con ingresos bajos o medios. Una buena plataforma de análisis nos lleva a la educación de la población como barrera de contención a los hábitos de vida “enfermantes” y a la voluntad de algunos Estados por garantizar la protección de la salud de la población mediante medidas preventivas exitosas

Pero los hábitos de vida no son enteramente individuales, ni los desarrollan las personas siempre de manera independiente haciendo uso de su autonomía. Una gran cantidad de hábitos son inducidos o creados por las grandes corporaciones mercantiles mediante publicidades agresivas y engañosas como la de productos alimentarios, tabaco, computación, medicamentos; estas corporaciones se oponen velada o directamente a muchas de las medidas que tratan de implantar los Estados para mejorar los hábitos y estilos de vida pues atentan contra sus ventas y ganancias billonarias. Solamente la fuerza de un Estado responsable puede lograr frenar sus influencias “enfermantes”.

Incluso medidas mundialmente consensuadas y ratificadas por la mayoría de los Estados como el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco encuentran férreas barreras para su implementación o la apatía inadmisibles, asombrosa de muchas instituciones públicas y Universidades para su apoyo y ejecución.

La formación de profesionales terapeutas y cuidadores, impacta de manera limitada en la salud de la población. Para convertir a las Universidades en vectores más potentes de transmisión de salud debían ser fuente de aprendizaje y promoción de modos, estilos y hábitos de vida saludable, además de ser vigilantes y garantes de las condiciones de un medio ambiente saludable. Y empezar a tener conciencia de su rol social... las Universidades libres de humo de tabaco y el compromiso por combatir el tabaquismo es un paso elemental que no acabamos de dar.

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

Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles
Director

CONTENIDO

Artículo original

- Modelos educativos y resultados del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas** 6

Raúl Aguirre Hernández, Rosa Carmina Flores Flores, Arturo Aguirre Flores.

- Eutanasia y suicidio asistido: actitudes de los médicos en el instituto cubano de oncología y radiobiología** 10

Mariuska Forteza Sáez, Darlen Paisan Delis, Dr. Jorge Grau Abalo, Ignacio Oliva Hernández, Margarita Chacón Roger.

- Factores de riesgo para bajo peso al nacer: estudio de casos y controles** 18

Leopoldo Medina Carrillo, Adolfo Javier Romero Garibay, Cecilio Paredes Estrada, Ignacio Javier González Angulo.

- Percepción de la sexualidad en la vejez** 23

Patricia Casimiro Cuevas, Raquel Becerra Casimiro, Rosa Carmina Flores Flores

- Comportamiento sexual de pacientes diabéticos** 27

Albertina Paola Santos Guillen, Rosa María Téllez Barragán, Rosa Carmina Flores Flores.

Artículo de revisión

- Dimensiones sanitarias y determinantes del tabaquismo** 35

Everardo Guzmán Sillas, Rogelio A Fernández Argüelles, María Cristina Ortiz León, Martha Edith Cancino Marentes

Comunicación breve

- El ludismo y el pensamiento creativo en la educación médica** 41

Valentina Katuska Rea Rodríguez.

- Instrucciones de publicación para los autores** 44

Modelos educativos y resultados del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas

Educational models and results of the National Examination of Applicants for Medical Residencies

Raúl Aguirre Hernández¹, Rosa Carmina Flores Flores², Arturo Aguirre Flores³

RESUMEN

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos por los médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) del Plan Modular A-36 y los del modelo educativo por Competencias Profesionales Integradas en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.

Métodos: Las variables estudiadas fueron año, número de sustentantes, número de médicos seleccionados, porcentaje de ingreso, media de calificación y lugar obtenido por la unidad académica. Se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables y se realizó la comparación de medias de los dos modelos educativos mediante la prueba t de Student.

Resultados: El modelo educativo por Competencias Profesionales Integradas superó al Plan Modular A-36 en 5.58% de ingreso y en 15.87 puntos en calificación, encontrándose diferencia estadística significativa solo para la media de calificación ($p \leq 0.00$). En cuanto al lugar de la unidad académica a nivel nacional se tiene que el Sistema Modular A-36 ocupó un mejor lugar que el de Competencias Profesionales Integradas.

Conclusiones: Hasta el momento no se demuestran las ventajas de cambiar de modelo educativo.

Palabras clave: Modelo educativo, residencias médicas.

ABSTRACT

Objective: To compare academic results obtained in the National Examination of Applicants for Medical Residencies from two educational models, UAN School of Medicine Modular Plan A-36 and the educational model by Integrated Professional Competencies

Methods: Variables studied were: generation, number of students, number of doctors selected, percentage of admission, average of qualification and place obtained by the School. Descriptive statistical analysis of variables was carried out and comparison of the means of the educational models was carried out using the Student t test.

Results: The educational model by Integrated Professional Competences exceeded the Modular Plan A-36 in 5.58% of income and 15.87 points in qualification, finding significant statistical difference only for the average of qualification ($p \leq 0.00$). The Modular System A-36 occupied a better place than the Integrated Professional Competencies.

Conclusions: The advantages of changing the educational model have not been demonstrated.

Key words: Educational model, medical residences.

1 Investigador de los Servicios de Salud de Nayarit.

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

3 Docente de la Unidad Académica de Medicina. Universidad Autónoma de Nayarit.

Fecha de recibido: 29 de mayo Fecha de aprobado: 27 de octubre de 2017

INTRODUCCIÓN

La educación médica de posgrado ha tenido un enorme incremento en México⁽¹⁾ dado que el progreso hacia la especialización de los profesionales de la salud ha sido muy marcado en todos los países occidentales, motivado tanto por la demanda de esos servicios especializados como por los incentivos económicos y sociales que hacen que la aspiración de los médicos sea convertirse en especialistas⁽²⁾.

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 participarán como residentes de especialidades médicas mediante un examen coordinado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud⁽³⁾.

La Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit inició la formación de recursos humanos para la salud en 1975 con el Plan Modular A-36. En 2002 se estableció un período académico de transición por disciplinas, el cual fue sustituido en 2003 por el actual Modelo por Competencias Profesionales Integradas, cuyos primeros egresados sustentaron el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) en 2009.

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⁽⁴⁾.

A su vez, el ENARM constituye una herramienta indirecta para estimar la calidad de la formación académica de los médicos egresados y permite dar seguimiento a este proceso a través del tiempo; hacer comparaciones entre las universidades que participan en él y de sus modelos educativos.

El examen escrito se utilizó hasta 2007, pero, adecuándose a los tiempos, a partir de 2008 se emplea el formato electrónico, con una disminución del número de reactivos y con una ampliación del número de días de aplicación en las diferentes sedes del país⁽⁵⁾.

En 2001, participaron en el ENARM 274 médicos egresados del Plan Modular A-36 de la Escuela de Medicina de la UAN, siendo seleccionados 33, lo que correspondió a un 12.04% de ingreso con una media de calificación de 43.33, obteniendo el lugar 37 de un total de 65 escuelas de medicina⁽⁶⁾. Para 2007, sustentaron 325 médicos el examen, con un ingreso del 30.46% y una media de calificación de 42.40, quedando en el lugar 48 dentro de las 74 escuelas participantes⁽⁷⁾.

En 2009 presentaron el ENARM los primeros egresados del modelo educativo de Competencias Profesionales Integradas, logrando un 28.79% de ingreso con una media de calificación de 56.51, ubicándose en el lugar 52 de un total de 76 escuelas de medicina⁽⁸⁾. En 2015, 420 médicos sustentaron el ENARM, siendo seleccionados 96, lo que corresponde a un 22.85% de ingreso, con una media de calificación de 59.78, logrando la unidad académica el lugar 49 de 102 escuelas participantes^(9,10). En el periodo 2009-2013 esta institución logró una media de calificación de 57.1 con un porcentaje de ingreso del 26.1.⁽⁸⁾

MÉTODOS

Se analizan los resultados de los médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la UAN en el ENARM durante el período de 2001 a 2007 correspondiente al Plan Modular A-36 y se comparan con los resultados obtenidos de 2009 a 2015 donde se estableció el Modelo Educativo por Competencias Profesionales Integradas.

Las variables estudiadas fueron año, número de sustentantes, número de seleccionados, media de calificación, porcentaje de ingreso y lugar obtenido por la unidad académica. Con esta información se realizó el análisis estadístico calculando el rango, la media aritmética y la desviación estándar de las variables en estudio. La comparación entre las medias de los dos modelos educativos que la unidad académica ha tenido se realizó mediante la prueba t de Student. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p \leq 0.05$.

Para el análisis estadístico se utilizó el Statistical Package for Social Sciences (SPSS v. 10.0).

RESULTADOS

En el período 2001-2006 la media aritmética de médicos mexicanos que presentaron el ENARM anualmente fue de 20,668, siendo seleccionados en cada proceso 4525, lo que representa el 21.70% de ingreso, con una media de calificación de 44.03 ± 2.02 . (Cuadro I).

En el período 2001-2007 los médicos egresados de la Unidad Académica de Medicina de la UAN con el Plan Modular A-36 tuvieron una media anual de 323 médicos solicitantes al ENARM, siendo seleccionados como media en cada evento 68, lo que corresponde a un 20.94% de ingreso, con una media de calificación de 42.77 ± 2.57 . La escuela ocupó el lugar 42 de un total de 69 instituciones que participaron en el proceso durante este período. (Cuadro II).

Los valores mínimos y máximos para médicos sustentantes fue de 274 y 352, mientras que el número de seleccionados fue de 33 y 99. Para porcentaje de ingreso se tuvieron 11.73 y 30.46 mientras que para la media de calificación se encontraron valores de 38.8 y 48.05. (Cuadro II).

Los médicos egresados del modelo educativo por Competencias Profesionales Integradas durante el periodo 2009-2015 tuvieron una media de 321 sustentantes por año, siendo seleccionados como media 84 en cada proceso, lo que corresponde a un 26.52% de ingreso, con una media de calificación de 58.64 ± 2.28 . El lugar ponderado de la unidad académica fue el 46 de un total de 85 instituciones participantes. (Cuadro III).

Para este modelo los valores mínimos y máximos fueron para número de médicos solicitantes 257 y 420, mientras que para número de médicos seleccionados fueron 62 y 100. Para porcentaje de ingreso los valores encontrados fueron 20.62 y 29.32, mientras que para calificación fueron 56.13 y 62.17. (Cuadro III).

El modelo educativo por Competencias Profesionales Integradas fue mejor que el Plan Modular A-36 en 5.58% de ingreso y en 15.58 puntos en la media de calificación. La prueba de comparación de medias indica unos valores de p de 0.79 y 0.00 respectivamente para estas dos variables. (Cuadro IV).

Cuadro I. Resultados generales del ENARM de médicos mexicanos 2001-2006.

Año	Médicos sustentantes	Médicos seleccionados	% de ingreso	Media de calificación
2001	18077	3374	18.66	
2002	19599	4470	22.80	44.23
2003	19907	4627	23.24	44.10
2004	21281	4005	18.22	41.35
2005	22086	5213	23.60	43.47
2006	23050	5464	23.70	47.00
Media	20668	4525	21.70	44.03 ± 2.02

Cuadro II. Resultados del ENARM 2001-2007 de los médicos egresados del modelo Modular A-36 de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Año	Médicos sustentantes	Médicos seleccionados	% de ingreso	Media de calificación	Lugar de la UAM-UAN
2001	274	33	12.4	43.33	37 de 65
2002	352	75	21.30	41.71	41 de 67
2003	332	75	22.59	42.58	44 de 68
2004	341	40	11.73	38.80	50 de 61
2005	327	76	23.24	41.55	46 de 73
2006	309	78	25.24	48.05	31 de 72
2007	325	99	30.46	42.40	48 de 74
Media	323	68	20.94	42.77 ± 2.57	42 de 69

Cuadro III. Resultados del ENARM de los médicos egresados de la Universidad Autónoma de Nayarit del modelo educativo por Competencias Profesionales Integradas 2009-2015.

Año	Médicos sustentantes	Médicos seleccionados	% de ingreso	Media de calificación	Lugar de la UAM-UAN
2009	257	74	28.79	56.51	52 de 76
2010	272	77	28.30	56.59	50 de 78
2011	302	62	20.52	56.13	53 de 81
2012	342	93	27.2	59.1	40 de 81
2013	310	89	28.7	60.2	46 de 84
2014	341	100	29.32	62.17	34 de 93
2015	420	96	22.85	59.78	49 de 102
Media	321	84	26.52	58.64 ± 2.28	46 de 85

Cuadro IV. Comparación de los resultados del ENARM de los médicos egresados del Plan Modular A-36 con los del modelo por Competencias Profesionales Integradas.

Variable	Plan Modular A-36 2001-2007	Competencias Profesionales Integradas 2009-2015	p*
% de ingreso	20.94 ± 6.84	26.52 ± 3.43	0.79
Media de calificación	42.77 ± 2.57	58.64 ± 2.28	0.00
Lugar	42 de 69	46 de 85	

DISCUSIÓN

Los resultados nacionales del ENARM durante el período 2001-2006 indican un incremento anual del número de médicos solicitantes que paso de 18077 a 23050. Para este período los médicos egresados de la UAN fueron el 1.55% del total de médicos sustentantes de todo el país.

Hubo también un incremento anual en el número de médicos seleccionados y porcentaje de ingreso, excepto en 2004 en que fueron ofertadas menos plazas que el año anterior para un número creciente de solicitantes. La media de calificación subió de 41.35 a 47.00 durante este período.

Los resultados obtenidos por los egresados del Plan Modular A-36 durante el periodo 2001-2007 nos indican que respecto a % de ingreso y media de calificación estuvieron 0.76 % y 1.26 puntos abajo de las medias nacionales durante este periodo de tiempo; ocupando la institución el lugar 42 dentro del contexto nacional^(6, 7).

Al hacer la comparación entre los dos modelos educativos respecto a los resultados del ENARM, encontramos que para los períodos de tiempo estudiados, el modelo educativo por Competencias Profesionales Integradas superó al Plan Modular A-36 en ingreso y en la media de calificación. Para el porcentaje de ingreso no se encontró diferencia estadísticamente significativa, pero si la hubo para la media de calificación, debiendo considerarse que esta variable ha ido en aumento históricamente debido probablemente entre otros factores a las diferencias en la adecuación, elaboración y aplicación del ENARM⁽⁶⁻¹⁰⁾.

En cuanto al lugar de la institución a nivel nacional se tiene que en base a los resultados del ENARM, el Sistema Modular A-36 ocupó un mejor lugar de 2001 a 2007 que cuando se implementó el modelo educativo por Competencias Profesionales Integradas de 2009 a 2015⁽⁶⁻¹⁰⁾.

REFERENCIAS

1. Graue WE, Sánchez MM, Durante MI y Rivero SO. Educación en las residencias médicas. 1ª Ed. México: Editores de Textos Mexicanos. 2010.
2. Ruelas BE, Alonso CA y Alarcón FG. Futuro de la formación de recursos humanos para la salud en México 2005-2050. 1ª ed. México: Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud. 2008.
3. Vázquez MD, Cuevas AL y Crocker SRC. La Formación de Personal de Salud en México. 1ª ed. México: Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud. 2005.
4. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. XXXIX Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. Convocatoria 2015. CIFRHS. México. 2015.
5. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. XXXIII Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. Convocatoria 2009. CIFRHS. México. 2009.
6. Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud. Resultados del XXV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Medicas 2001. CIFRHS [Internet]. México. 2001. [Consultado el 25 de abril de 2016]. Disponible en: http://enarm.salud.gob.mx/2001_enarm/a0_tem_informativos/a0_reportesacademicos.php
7. Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud. Resultados del XXXI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Medicas 2007. CIFRHS [Internet]. México. 2007. [Consultado el 25 de abril de 2016]. Disponible en: http://enarm.salud.gob.mx/2007_enarm/a0_tem_informativos/a0_reportesacademicos.php
8. Aguirre HR, Flores FRC y Aguirre FA. Los médicos egresados de la Universidad Autónoma de Nayarit en el XXXVII Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2013. Revista Fuente nueva época [Internet], 2015; 6 (20): 61-67. [Consultado el 25 de abril de 2016]. Disponible en http://www.revistafuente.com.mx/images/dmdocuments/No._20-8.pdf
9. Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud. Resultados del XXXIX Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Medicas 2015. CIFRHS [Internet]. México. 2015. [Consultado el 25 de Abril de 2016]. Disponible en: http://enarm.salud.gob.mx/2014_enarm/a0_tem_informativos/a0_reportesacademicos.phpde
10. Aguirre HR, Flores FRC y Aguirre FA. El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2015. Revista Waxapa; 2016; 8(14).

Eutanasia y suicidio asistido: actitudes de los médicos en el Instituto de Oncología y Radiobiología de Cuba

(Euthanasia and assisted suicide: attitudes of medical doctors at the Institute of Oncology and Radiobiology of Cuba)

Mariuska Forteza Sáez¹, Darlen Paisan Delis¹, Jorge Grau Abalo¹,
Ignacio Oliva Hernández², Margarita Chacón Roger¹

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las actitudes ante la eutanasia y el suicidio asistido en los médicos del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba (INOR), capacitados y no capacitados en cuidados paliativos.

Métodos: Estudio exploratorio, observacional-descriptivo y transversal, durante febrero-abril del 2015 en el INOR. El universo estuvo constituido por los médicos del INOR de distintas especialidades, se tomó una muestra intencional (70 médicos) en función de la disponibilidad a participar en la investigación. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas, la media aritmética y la desviación estándar en cuantitativas continuas. Para las actitudes ante la eutanasia se empleó un componente de la técnica “núcleo central de las actitudes las representaciones sociales” (NCRS), prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney. El análisis se realizó con SPSS, versión 21.0.

Resultados: Existieron diferencias en ambos grupos en cuanto a si la muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad, así como si el contacto con la muerte ayuda a verla natural y como alivio.

La mejor alternativa ante la solicitud de anticipar o facilitar la muerte fue propuesta como los cuidados paliativos, con mayor frecuencia en los capacitados.

Conclusiones: Las actitudes ante la muerte y el suicidio asistido que se ponen de manifiesto en estos médicos. Confirman resultados obtenidos en investigaciones precedentes. Predominan las opiniones contrarias a la práctica de eutanasia o suicidio asistido, aun cuando los criterios son disímiles dentro de cada grupo.

Palabras claves: Cuidados Paliativos, eutanasia, Actitudes al final de la vida.

ABSTRACT

Objective: To characterize the attitudes toward euthanasia and assisted suicide by doctors of National Institute of Oncology and Radiobiology of Cuba (INOR), qualified and not qualified in palliative cares.

Methods: Observational-descriptive and traverse study, during February-April of the 2015, in the INOR. doctors of the INOR of the different specialties constituted the study universe. Intentional sample (70 doctors) in function of the readiness that they had of participating in the investigation. Arithmetic media and standard deviation in quantitative continuous variables were obtained. For the attitudes toward the euthanasia a component of the technique was used “central nucleus of the attitudes the social representations” (NCRS), exact test of Fisher and OR of Mann-Whitney. The analysis was carried out with SPSS, version 21.0.

Results: There were differences in both groups. The best alternative to the request to anticipate or facilitate death was proposed as palliative care, more often in the trained.

Conclusions: The attitudes towards death and assisted suicide that are evident in these doctors confirm results obtained in previous research. Opinions against the practice of euthanasia or assisted suicide predominate, even though the criteria are dissimilar within each group.

Key words: Palliative care, euthanasia, attitudes towards the end of life.

1 Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, Calle 29 e/n E y F, Vedado, Plaza, La Habana, Cuba. Correspondencia: mforteza8324@gmail.com.

2 Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Cabrera” de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Darlen Paisan D. (darlen@infomed.sld.cu), Dr. Jorge Grau A. (psico@infomed.sld.cu), Ignacio Oliva H. (revistahph@infomed.sld.cu), Dra. Margarita Chacón R. (magali.chacon@infomed.sld.cu).

Fecha de recibido: 23 de abril de 2017 Fecha de aceptado: 7 de agosto de 2017

INTRODUCCIÓN

La eutanasia sigue siendo un tema muy discutido en todo el mundo. La reglamentación legal en algunos contextos ha llevado a impetuosos debates. El tema alude profundamente a la autoimagen, a la comprensión de la enfermedad y la muerte. Trata sobre la libertad y la subordinación, la naturaleza, la sociedad y la cultura. Como opresiva e intimidante para el futuro permanece la experiencia del trato criminal nazi, que significó finalmente la matanza de enfermos, lisiados y moribundos. Nuevas iniciativas y leyes manifiestan la gran actualidad de este tema. La población del Estado de Washington rechazó hace pocos años, con sólo un 55% contra un 45%, la legalización de la ayuda activa a morir proporcionada por los médicos para el caso de pacientes desahuciados sin ninguna posibilidad de curación. En los Países Bajos, se ha abierto el sentido del consentimiento.

En muchos lugares se aplaza el procesamiento penal de la eutanasia activa bajo determinadas circunstancias y al mismo tiempo, se concreta la penalidad de esta intervención, que es sustentada por la legislación de la reglamentación estatal de emergencia en el sentido legal holandés.

El filósofo australiano Peter Singer llamó la atención con su libro "Praktischen Ethik" (1984) y provocó intranquilidad en los discapacitados cuando señaló que los fetos y los recién nacidos podrían ser vistos como menos valiosos, como "la vida de un cerdo, de un perro o de un chimpancé" y justificó también la eutanasia activa en determinadas enfermedades mentales^(1,2).

La idea que el hombre tiene "derecho a morir con dignidad" ha dominado el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana y ha llevado también a confusiones. Muchos de los autores que abogan por el derecho a una "muerte digna", entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente.

De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia^(3,4).

En numerosos países se fundaron, a comienzos del siglo XX, sociedades para la eutanasia y en diferentes ocasiones, se promulgaron informes para una legalización de la eutanasia activa⁽⁵⁻⁹⁾.

Según una encuesta empírica, en los Países Bajos en 1995, de 136,000 moribundos, a 3,200 se les practicó la eutanasia activa, la que en su mayoría es aprobada por los médicos holandeses; 9,700 pacientes habían solicitado este tipo de muerte; 900 fueron asesinados por los médicos sin formular una petición expresa, puesto que consideraban innecesario otro tratamiento; en un 41% los médicos fueron obligados a presentarse ante las autoridades⁽¹⁰⁾.

Los movimientos como los hospicios, la medicina paliativa y los grupos de autoayuda, abogan por la humanización en el trato con los moribundos y pretenden contribuir, de esta manera, a superar la separación de la medicina y la vida, al mismo tiempo, contrarrestar la difusión de la eutanasia activa⁽¹¹⁻¹³⁾.

La actitud hacia la eutanasia muestra, finalmente, notables desviaciones entre los partidarios de las diferentes religiones; la exigencia de una conservación incondicional de la vida disminuye, según una investigación empírica⁽¹³⁾ de médicos católicos a protestantes, pasando por los judíos, cambian también las opiniones sobre la eutanasia y sus distintas formas^(2,14-17).

De este modo, en los debates médicos y jurídicos la polémica se mantiene. Pero: ¿qué sucede en Cuba? ¿la cultura, creencias o el propio sistema de salud dejan al margen de la opinión profesional de esta problemática? ¿cómo piensan los médicos cubanos acerca de la eutanasia y el suicidio asistido?

No existen muchas investigaciones al respecto, aun cuando se han dirigido algunos estudios en poblaciones específicas a conocer el concepto de muerte y a reflexiones éticas sobre el mismo, como los realizados por los doctores José Acosta, Calixto Machado y colaboradores, coincidiendo en que se encontraban ante un tema polémico que merecía ser estudiado.

En investigación realizada en Sancti Spíritus en el 2000, se encontró que los médicos cubanos encuestados, opinaban que se debe alargar la vida del paciente, pero se reconocía que la eutanasia había

ganado terreno en la inclinación de muchos^{19,20}. En el 2009 se realizaron 3 estudios peculiares en el Municipio Plaza: en población general (N = 304)²¹, pacientes avanzados y sus cuidadores primarios (N = 182)²² y en 109 médicos (N = 55 capacitados en cuidados paliativos y 104 no capacitados)⁽²³⁾.

Un análisis de estos resultados publicado en el 2012⁽²⁴⁾, condujo a reafirmar una importante reflexión: los temas de la eutanasia y los cuidados paliativos deben considerarse como dos aristas de un mismo problema, todos los grupos estudiados resaltaban la necesidad del respeto por la autonomía, los médicos (capacitados o no) en su mayoría estaban en contra de las prácticas para acortar la vida. Y todos coincidían en la importancia de la esperanza y el optimismo, junto con otras respuestas que caracterizaban a los cuidados paliativos; a la vez que consideraban a la muerte asistida como un método controvertido para aliviar el sufrimiento⁽¹⁸⁾.

La eutanasia representa un gran reto para la humanidad, para la medicina de la sociedad del presente, para el médico, el personal auxiliar y los enfermos. Un reto para todos los seres humanos ante el progreso científico y el cambio demográfico con el aumento de adultos mayores, personas con discapacidades y minusválías y la explosión de costos de la medicina.

En Cuba no existe aprobación legal para la realización de la eutanasia, pero no significa que sea un tema que no debe ser investigado. Teniendo en cuenta estos elementos se realizó este estudio con el objetivo de explorar el conocimiento y las actitudes de los médicos en el INOR ante esta práctica.

MÉTODOS

Tipo de investigación

Estudio exploratorio, observacional-descriptivo y transversal, en el periodo comprendido entre febrero y abril del 2015 en el INOR.

Unidad de análisis y criterios de conformación de la muestra.

El universo estuvo constituido por los médicos del INOR de las distintas especialidades, se tomó una muestra intencional en función de la disponibilidad que tuvieran de participar en la investigación, aun cuando no todos estuvieran en contacto frecuente

con la muerte y los enfermos terminales.

Técnicas y procedimientos.

Se utilizó un instrumento re-elaborado por los investigadores de este estudio, empleado antes para la caracterización de las creencias y actitudes ante la eutanasia y el suicidio asistido en los profesionales de la salud en La Habana.

Para su confección se tuvieron en cuenta algunos de los ítems del Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-2), instrumento previamente validado en nuestro país entre 1997 y 2003 por Hernández⁽²⁵⁾ y Mari⁽²⁶⁾.

Se emplearon preguntas de sondeo estructuradas en escalas directamente enfocadas hacia las creencias y actitudes en relación con la pertinencia de la eutanasia y el suicidio asistido.

Se registraron variables demográficas como la especialidad médica y capacitación previa o no en cuidados paliativos, características que podrían influir en las diferencias en relación a estas creencias y actitudes.

Este instrumento fue sometido a una validación de contenido por criterios de 11 expertos en temas de cuidados paliativos y bioética; siguiendo la metodología de Moriyama⁽²⁷⁾.

Aspectos éticos del estudio.

Se solicitó de forma escrita y verbal el consentimiento a cada médico que participó en el estudio, aclarando que su participación era totalmente voluntaria y que podían dejar de contestar en el momento en que lo considerasen.

Procesamiento estadístico.

El análisis se realizó con el SPSS, versión 21.0. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas, así como la media aritmética y la desviación estándar en aquellas variables cuantitativas continuas.

En el estudio de las actitudes de los profesionales, capacitados o no, con respecto a la eutanasia se empleó un componente de la técnica "núcleo central de las representaciones sociales" (NCRS)⁽²⁸⁾.

La misma se basó en el promedio de la frecuencia de

las categorías en cada grupo, identificándose como componente del núcleo central aquellos criterios que alcanzaron una frecuencia mayor o igual a este promedio y como parte del núcleo periférico el resto de las categorías.

Se construyeron tablas de contingencia y se calcularon los estadígrafos de Fisher y U de Mann-Whitney según el nivel de medición de la variables, se fijó intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se encuestaron 70 médicos: 16 (22.9%) tenían capacitación previa en cuidados paliativos, un porcentaje bajo teniendo en cuenta que, independientemente de la especialidad, un gran porcentaje de los pacientes oncológicos son tributarios de estos cuidados en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Ante la pregunta “aceptar la muerte ayuda a la responsabilidad ante la vida”, la mayoría estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo (75.7%) y un 7.1% en desacuerdo, ligeramente mayor entre los no capacitados. Esta diferencia no es significativa ($p=0.679$).

En cuanto a “si la muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad”, encontramos respuestas divididas: un 25.7% estuvo totalmente de acuerdo y un 35,7% manifestó desacuerdo. Existieron diferencias significativas en la distribución de respuestas entre ambos grupos (cuadro I).

Resultan bastante disímiles los criterios sobre “si al perder la calidad de vida deberíamos aceptar la muerte” (cuadro II). Un 30% estuvo totalmente de acuerdo, porcentaje ligeramente superior en el grupo de cuidados paliativos, como era de esperar, y un 14.3% en desacuerdo, especialmente en el grupo con capacitación previa, reflejando contradicciones en este sentido. La diferencia entre los grupos no fue significativa ($p=0.133$).

Existe diferencia significativa ($p=0.048$) entre los grupos en el criterio sobre “si el contacto con la muerte ayuda a verla natural y como alivio” (ver figura 1). Se encontraron criterios divididos: un 40% está de acuerdo o totalmente de acuerdo, un 28.6% está solo parcialmente de acuerdo y el 31.4% expresa desacuerdo.

Cuadro I Criterios sobre si la muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad.

Criterios	Cantidad	Capacitados CP		Total
		No	Si	
La muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad	Totalmente de acuerdo	1	17	18
		6.3%	31.5%	25.7%
	De acuerdo	1	7	8
		6.3%	13.0%	11.4%
	Parcialmente de acuerdo	4	15	19
		25.0%	27.8%	27.1%
	En desacuerdo	10	15	25
		62.5%	27.8%	35.7%
Total		16	54	70
		100%	100%	100%
U = 244.000		p=0.006		

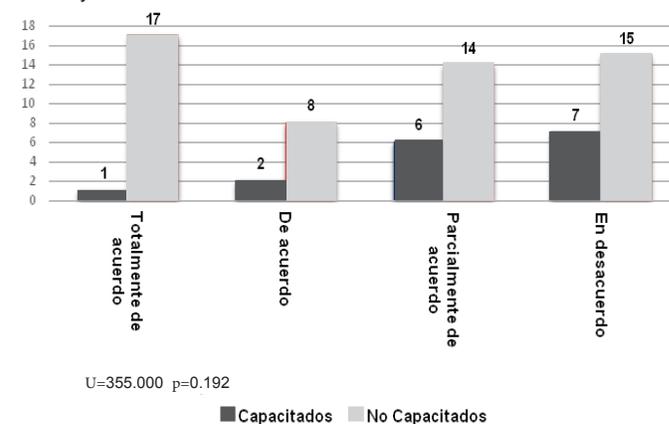
Fuente: planilla de recogida de datos Nota: CP (cuidados paliativos)

Cuadro II Criterios sobre el hecho de que al perder la calidad de vida debemos aceptar la muerte.

Criterios	Cantidad	Capacitados CP		Total
		No	Si	
Al perder calidad de vida debemos aceptar la muerte	Totalmente de acuerdo	3	18	21
		18.8%	33.3%	30.0%
	De acuerdo	4	15	19
		25.0%	27.8%	27.1%
	Parcialmente de acuerdo	5	15	20
		31.3%	27.8%	28.6%
	En desacuerdo	4	6	10
		25.0%	11.1%	14.3%
Total		16	54	70
		100%	100%	100%
U = 328.500		p=0.133		

Fuente: planilla de recogida de datos Nota: CP (cuidados paliativos)

Figura 1 Criterios sobre si el contacto con la muerte ayuda a verla natural y como alivio.



Fuente: planilla de recogida de datos

La figura 2 muestra los criterios sobre “si aplicaría eutanasia o suicidio asistido al paciente que lo solicitara” intentando explorar el criterio conductual de las actitudes. Predominan las opiniones negativas (67.1%), solo el 8.6% no deciden que hacer.

Esta distribución es bastante similar entre grupos ($p=0.192$). Sin embargo, las razones que fundamentan la respuesta sí parecen diferir entre ellos como muestra la figura 3; mientras mayor es la frecuencia, mayor es el número de médicos que se expresaron en este sentido, y mientras menor es el orden medio, mayor es la importancia concedida a la categoría resultante del análisis de contenido. Así, en ambos grupos se expresó frecuentemente que se debería respetar la autonomía del paciente, con un primer orden de importancia. La opinión sobre que la ética médica está en contra de la eutanasia, es mucho más frecuente entre los no capacitados, es menos frecuente y con menor importancia en los capacitados.

Las respuestas acerca de “las condiciones ante las cuales se aplicaría eutanasia o suicidio asistido” (que intenta precisar si el profesional se inclina o no a aplicarla), se resumen en la figura 4 y cuadro III. Solo un 20% del personal médico se pronuncia en aplicarla en una enfermedad terminal, pero no existen diferencias entre ambos grupos.

Por último, es mayor la proporción (31.4%) de quienes serían capaces de aplicar la muerte asistida en casos de dolor o sufrimiento extremos, pero dicha proporción sigue siendo similar en ambos grupos. Es interesante, en primer lugar, como aumenta el número de médicos que se pronunciarían a aplicarla a medida que se ofrece un gradiente de severidad de la enfermedad (de enfermedad avanzada a terminal, de enfermedad terminal a dolor y sufrimiento extremo), vale destacar que el 41.4% de ellos se pronunció en no usarla bajo ninguna condición.

Ante la pregunta “¿Existen alternativas que ante determinadas condiciones hagan pensar en eutanasia o suicidio asistido?”, las respuestas fueron diferentes entre los grupos.

El 60% habló de la existencia de tales alternativas, mientras que el 40 % de los no capacitados mencionaron su existencia. Esta diferencia no fue significativa ($p=0.816$).

WAXAPA/ Año 9, no. 16, ene-jun 2017

Figura 2 ¿Aplicaría la eutanasia o suicidio asistido a un paciente que lo solicite?

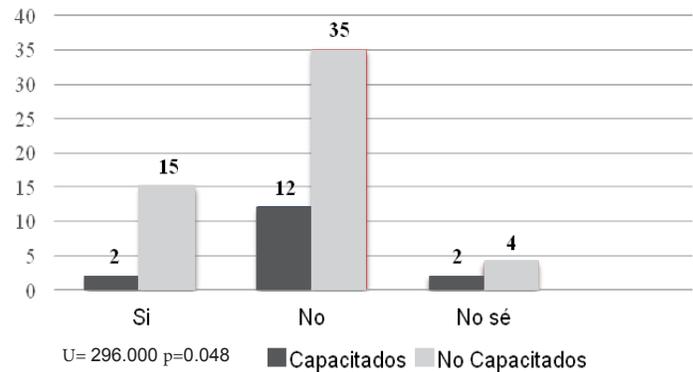


Figura 3 Razones por las que se aplicaría o no eutanasia o suicidio asistido.

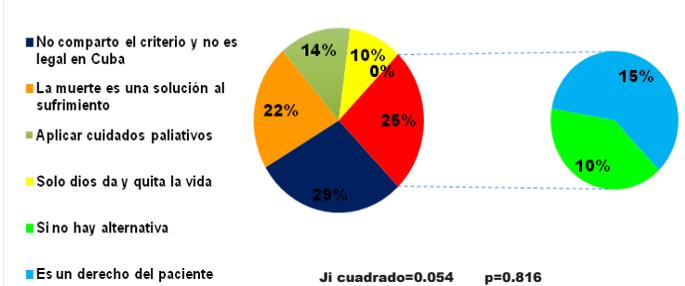
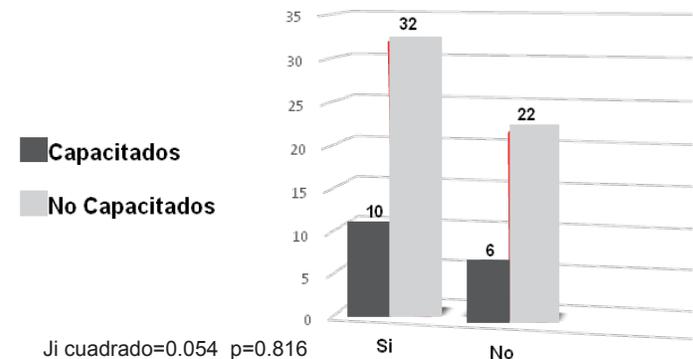


Figura 4 ¿Existen alternativas que hagan pensar en eutanasia o suicidio asistido?



Fueron diferentes las categorías de fundamentación. El grupo de capacitados mencionó frecuentemente la aplicación de cuidados paliativos y el hecho de sembrar esperanzas. En el grupo no capacitado mencionaron los cuidados paliativos con menos frecuencia y plantean la necesidad de educar sobre el tema.

Respondiendo a la pregunta sobre si la eutanasia “es una práctica necesaria, posible y legal o moralmente defendible”, se muestran algunas diferencias: respon-

-diendo a “si es necesaria”, los no capacitados opinan que en determinados casos, con más frecuencia que los capacitados. Entre estos últimos hay posiciones más extremas: los que dicen que “sí” o los que dicen que “no” y también dudas (respuestas de “no sé”). Las diferencias no resultan estadísticamente significativas.

En relación a “si es posible” aparecen menos diferencias entre los grupos: alrededor del 35.7% de ambos grupos piensa que “sí” con un porcentaje ligeramente mayor entre los capacitados, un 22.9% opina que “no”, un 35.7% opina que “es posible en determinados casos” y el 8.6% manifiesta dudas.

Cuadro III Razones alternativas para pensar en eutanasia o suicidio asistido según condición del enfermo.

Fundamentos	Capacitados CP			
	Si		No	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Aplicar cuidados paliativos	4	25.0	13	24.1
La muerte no es una solución	4	25.0	21	38.9
Dar apoyo familiar	3	18.8	7	13.0
Depende del paciente	2	12.5	4	7.4
Pérdida calidad de vida y sufrimiento extremo	1	6.3	2	3.7
Ayuda a morir con dignidad	1	6.3	3	5.6
Hay que educar sobre el tema	1	6.3	2	3.7
Derecho del paciente para evitar el sufrimiento	0	0	2	3.7
Promedio (frecuencia)	2		7	

Nota: Lo sombreado en tono oscuro es el núcleo central de la representación social en el grupo estudiado (lo más frecuente) y lo sombreado en tono más claro pertenece al núcleo periférico (lo menos frecuente).

En relación a “si la eutanasia es legal o moralmente defendible” aparecen diferencias entre los grupos (no son significativas: $p=0.160$). Entre los capacitados predomina siempre el criterio de que en determinados casos es defendible mientras que en los no capacitados, predominan las opiniones extremas (“sí” o “no”). Esto es comprensible por los conocimientos adquiridos en torno a aspectos éticos del cuidado al final de la vida.

DISCUSIÓN

Los criterios de los especialistas estudiados están divididos acerca de la connotación de la muerte como resultado de la interacción profesional con pacientes moribundos; en primer lugar, como algo que ayuda a la responsabilidad ante la vida; en segundo lugar, como una salida al sufrimiento y la enfermedad; en tercer lugar, como algo que debemos aceptar cuando

se pierde la calidad de vida y, en cuarto lugar, como un hecho natural que puede significar un alivio.

Recordemos que se reconoce que la actitud es una realidad psicosocial ambigua y difícil de estudiar, individualmente matizada⁽²⁹⁾ y que la mayoría de las teorías de las actitudes identifican tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual⁽³⁰⁾. No está clara la forma de interrelación entre cada uno de estos componentes, especialmente en actitudes complejas como las que se forman a lo largo de la vida y por influencias socioculturales y personales muy diversas como las actitudes ante la muerte y ante la posibilidad de facilitar o anticiparla para aliviar el sufrimiento.

Los componentes cognitivos, por otra parte, no tienen siempre por qué ser conscientes. Se ha establecido que cada componente, aun estando relacionado de forma moderada con el otro, tiene una contribución importante y distinta al constructo “actitud”⁽³¹⁾, la cual se expresa frecuentemente como una variable latente, externamente manifestada por medio de expresiones verbales o no verbales, opiniones y comportamientos que implican el signo afectivo positivo o negativo, a favor o en contra^(32,33). Estas consideraciones permiten explicar algunos de los resultados obtenidos. La evaluación de las actitudes ante la muerte en profesionales de la salud se ha centrado, en la valoración (opiniones, creencias) de acuerdo o desacuerdo con estas cuatro direcciones ligadas a la connotación de la muerte. Prácticamente imposible sería evaluarlas a través de otro tipo de respuestas (psicofisiológicas, afectivas o comportamentales).

Pero esto, a su vez, hace difícil la evaluación integral de estos componentes a partir de sencillas preguntas que tienen como objetivo esencial explorar inicialmente el componente cognitivo de las actitudes ante la muerte para relacionarlas con las actitudes ante la práctica potencial de anticiparla o facilitarla a solicitud de un enfermo que sufre.

En la estructuración de estos componentes cognitivos en las actitudes ante la muerte y su incorporación al trabajo profesional, parece jugar un papel fundamental el desarrollo de creencias a lo largo de la vida moduladas por factores personales. De ello habla la propia subdivisión de criterios en diferente grado de acuerdo-desacuerdo. Estas actitudes ante la muerte no necesariamente predeterminan las actitudes ante

la eutanasia o el suicidio asistido, pero indudablemente, las creencias de profesionales en este sentido pueden influir en el desarrollo de contradicciones y dilemas éticos en torno a estas prácticas polémicas.

No olvidemos que, psicológicamente, la actitud es un constructo que nos permite conocer, más indirecta que directamente, lo que las personas dicen, piensan, sienten o hacen, de forma que dados determinados componentes conductuales de estas actitudes, se pueden predecir otras futuras⁽³³⁾. Otro aspecto a destacar es que aparecen diferencias significativas entre los profesionales que han recibido previamente algún tipo de capacitación en cuidados paliativos y los que no la han recibido, en dos de las cuatro direcciones estudiadas sobre las actitudes ante la muerte.

Evidentemente, la mera capacitación en temas relacionados con estos cuidados no es suficiente para modificar todos los componentes actitudinales acerca de la muerte, puede ser necesaria una práctica consistente y duradera y/o una intervención especialmente diseñada para modificar tales actitudes en el sentido más favorable de mejorar la actuación profesional^(34,35). En general, los resultados del análisis confirman los encontrados en investigaciones anteriores en profesionales cubanos de la salud, investigando actitudes ante la muerte con el instrumento íntegro: CAM-2^(25,26,34,35). Si bien la capacitados en cuidados paliativos puede desarrollar conocimientos en relación con algunos componentes cognitivos (creencias) de las actitudes ante la muerte en profesionales y no modificar discretamente componentes evasivos de temor exagerado y defensivos, se mantienen inalterables algunos componentes actitudinales acerca de la vida y la muerte que son cardinales y que pueden haberse desarrollado a lo largo de la vida personal y profesional de estos médicos⁽³⁵⁾.

Hay que destacar que se incrementa el número de médicos que se rehúsa a responder a medida que aumenta el gradiente de severidad, lo cual confirma el componente emocional negativo y el rechazo a pronunciarse ante el asunto cuando se trata de un caso no excepcional.

Es interesante como este tema “estigmatiza” las propias respuestas ante instrumentos que intentan indagar sobre ello, confirmando cierto carácter “tabú” al polémico debate acerca de la eutanasia.

Llama la atención que no existan diferencias significativas en estas respuestas de carácter afectivo entre los grupos, lo cual contribuye a confirmar que las actitudes ante la muerte que han ido desarrollando a lo largo de su vida personal y profesional inciden en el componente afectivo de las actitudes ante la muerte asistida.

En este estudio se muestra, en general, bastante heterogeneidad en las actitudes del personal médico ante la eutanasia y el suicidio asistido, incluso dentro de cada grupo. Las opiniones, como “envolturas verbales” de estas actitudes son discrepantes y muchas veces contradictorias.

Existen algunas diferencias entre las actitudes de los grupos, especialmente en la frecuencia e importancia de algunos componentes actitudinales que se dan como fundamentación en preguntas abiertas y en las propuestas de alternativas para enfermos que se encuentren en condiciones que hagan pensar en ella (cuidados paliativos u otras consideraciones). Sin embargo, tales diferencias son sutiles, incluyen varios componentes inter-influyentes y no siempre son definitorias en cuanto a la determinación de su naturaleza⁽³⁶⁾.

Al caracterizar las actitudes ante la eutanasia y el suicidio asistido cobra especial importancia conocer las actitudes ante la muerte de estos profesionales. No se diferencian los grupos capacitados o no en cuidados paliativos en los criterios sobre si la muerte ayuda a la responsabilidad con la vida, si es una salida al sufrimiento y la enfermedad, si debemos aceptarla al perder la calidad de vida y si debe verse como un hecho natural que puede significar alivio; se pone en evidencia que la estructuración de estas actitudes descansa en el desarrollo de creencias moduladas más por factores personales a lo largo de la vida, que en la formación profesional en el tema.

Predominan las opiniones contrarias a la práctica de eutanasia o suicidio asistido en los médicos investigados, aun cuando los criterios de justificación son disímiles, incluso dentro de cada grupo, donde se erigen los cuidados paliativos como alternativa a la muerte asistida, con más frecuencia en los médicos capacitados.

REFERENCIAS

1. Singer, P., *Praktische, E.*, Stuttgart, R. El problema de la eutanasia desde la perspectiva filosófica. *Acta bioeth.* Santiago 2002, 8(1): 169
2. Gruman, G.J. An historical introduction to ideas about voluntary euthanasia: with a bibliographic survey and guide for interdisciplinary studies. *Omega* 1973; (2); 87-138.
3. Dietrich Von Engelhardt. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. *Acta bioethica* 2002; 8(1): 90-93.
4. Van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Rurup, M.L., Buiting, H.M., van Delden, J.J, Hanssen-de Wolf. J.E., et al. End-of-life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356: 1957-65.
5. Montero, F. Repensar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En: Beca, J.P. y Astete, C. (Eds.) *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2012: 498-510.
6. Tollemache, L.A. The new cure of incurables. In: *Fortnightly Review* 1873: (febr.): 218- 230.
7. Haeckel, E. *Ewigkeit. WeltkriegsgedankenüberLeben und Tod, Religion und Entwicklungslehre*. Berlin; 1915: 77-79
8. Hernando, P., Diestre, G., Baigorri, F. De la limitación de esfuerzo terapéutico a la adecuación del esfuerzo terapéutico. En: Beca, J.P. y Astete, C. (Eds.) *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2012: 397-405.
9. Ossandón, M. El derecho a rechazar tratamientos médicos ¿un reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida? *Revista de Derecho Público Iberoamericano*, Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile 2013: 153-204.
10. Gordijn, B. *Euthanasie in den Nederlanden - einekritische Betrachtung* (Berliner Medizinethische Schriften, H. 19). Dortmund; 1997: 17-27
11. Dworkin, N., Nozick, R., Scanlon, J. Assisted Suicide: The Philosophers' Brief" en *The New York Review of Books*, 1997, 44(5).
12. Birnbacher, D. Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe. In: Hepp H, Hg. *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben*. Düsseldorf; 1992: 50-73.
13. Crane, D. *The sanctity of social life: Physicians' treatment of critically ill patients*. New York, 1979.
14. Romeo Casabona, C. *Ma, El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 1994.
15. Guardini, R. *Tugenden. Meditationen über Gestaltensittlichen Lebens*. Würzburg; 1963: 192.
16. Zúñiga Fajuri, A.F. El interés público del derecho a la vida. En: González, F. (Ed.) *Litigio y Políticas Públicas en Derechos Humanos*, Cuadernos de Análisis Jurídico, Publicaciones Especiales N° 14, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2002.
17. Kuhn, T. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
18. Sgreccia, E. Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo. *Revista Humanitas* 1999; 4(15): 435-450.
19. Martínez, J.A., Delgado, A., Obregón, M. La eutanasia, el problema de su fundamentación ético-jurídica. Ediciones Luminaria, colección Pensamiento, 2003.
20. Acosta, J.R. Eutanasia ¿una solución para morir dignamente? *Revista* 16 de Abril 1995: 188.
21. Morales, D. Eutanasia y suicidio asistido: la polémica en la población. Trabajo final de investigación en Licenciatura en Psicología. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, 2009.
22. Galego, R. Eutanasia y suicidio asistido: deseos y realidades en pacientes y cuidadores. Trabajo final de investigación en Licenciatura en Psicología. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, 2009.
23. Barroso, I. Eutanasia y suicidio asistido: actitud de los médicos como protagonistas. Trabajo final de investigación en Licenciatura en Psicología. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, 2009.
24. Barroso, I., Grau, J.A. Eutanasia y cuidados paliativos: ¿diferentes aristas de un mismo problema? *Revista Psicología y Salud* (Universidad Veracruzana) 2012; 22: 5-19.
25. Hernández, G. Actitud ante la muerte en los médicos de familia del Policlínico "Plaza de la Revolución". Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. La Habana, 1997 (tutoría de J. Grau y O. Infante).
26. Mari, M. Actitudes ante la muerte en médicos y enfermeras del Policlínico "Plaza". Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, La Habana, 2003 (tutoría de J. Grau y O. Infante).
27. Moriyama, I.M. Indicators of social change. Problems in the measurements health status. New York: Russell Sage Foundation, 1968.
28. Abric, J.C. *Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representations*. France, Univ. de Provence, Aix en Provence, 1993.
29. Dawes, R., Smith, T. Attitude and opinion measurement. In: Lindzey, G., Aronson, E. (Eds.). *Handbook of social psychology* New York: Random House, 1, 1985.
30. Allport, G. Attitudes. In: Murchison, C. (Dir.) *A handbook of social psychology*. Worcester: Clark University Press, 1935.
31. Breckler, S. Empirical validations of affect, behaviour and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984. 47, 1191-1205.
32. Thurstone, L. Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology* 1928, 33, 529-544.
33. Neto, F., Sierra, J.C. Evaluación de las actitudes. En: Buela-Casal, G, Sierra, J.C. (Eds.). *Manual de Evaluación Psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI, 1997; 881-900.
34. Grau, J., Chacón, M., Llantá, M.C., Guerra, M.E., Infante, O., Reyes, M.C., Romero, T., Barbat, T. Validación de una metodología para modificar actitudes ante la muerte en profesionales de la salud. INOR, Reporte final de investigación, marzo de 2009.
35. Grau, J., Llantá, M.C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M.C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I., Morales, D. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacitan en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico* 2008, 4(10), 1-12.
36. Gómez Sancho, M., García Yanneo, E., Alvarez Echevarri, T. Reflexiones en torno a la eutanasia. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) *Avances en Cuidados Paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T. III, Cap. 97: 615-640.

Factores de riesgo para bajo peso al nacer: estudio de casos y controles

Risk factors related to low birth weight: cases and controls design

Leopoldo Medina Carrillo¹, Adolfo Javier Romero Garibay¹, Cecilio Paredes Estrada¹, Ignacio Javier González Angulo¹

RESUMEN

Objetivo: Evaluar algunos factores de riesgo para bajo peso al nacer en madres que acuden al servicio de obstetricia.

Métodos: Diseño de casos y controles hospitalarios con 123 madres que acudieron a resolución del embarazo al servicio de toco cirugía y sus recién nacidos. Se conformaron 2 grupos de estudio. Casos (n=41) recién nacidos (RN) con peso al nacer < 2500 g y Controles (n=82) RN con peso > 2500 g. Para el análisis de resultados se utilizó estadística inferencial (RM, IC^{95%}, t Student, χ^2).

Resultados: La edad gestacional de los casos fue de 35.6 ± 3.7 y la de los controles 39.2 ± 1.1 semanas ($p < 0.001$). El peso al nacer de los casos fue de 2056 ± 462 g, talla de 44.26 ± 4.0 cm y perímetro cefálico (PC) de 31.7 ± 2.3 cm. en comparación con 3328 ± 432 g 50.5 ± 2.0 cm y 34.4 ± 1.6 cm respectivamente en los controles ($p < 0.001$). La resolución del embarazo fue por operación cesárea en 51 recién nacidos (RN); 30 casos y 21 controles ($p < 0.0001$, RM 2.0 IC^{95%} 1.4 – 2.8). El promedio de edad de las madres fue de 25.7 ± 6.7 años en el Grupo I y de 25.8 ± 5.7 años en el Grupo II. ($p < 0.05$) El número de hijos promedio en las madres del Grupo I fue de 2.4 contra 2.0 en las del Grupo II. El IMC de las madres de los casos fue proporcionalmente menor que en los controles; la ganancia de peso fue de 8.8 ± 4.3 kg y 11.6 ± 4.2 kg en casos y controles respectivamente. La atención prenatal se reportó inadecuada en 22/41 casos en comparación de 36/82 controles ($p < 0.05$, RM 1.2 IC^{95%} 0.78 – 2.1). El periodo intergenésico fue mayor en el grupo I (29.0 ± 35.8 meses) que en el Grupo II (27.9 ± 30.5 meses). No hubo diferencias significativas en los antecedentes obstétricos y patológicos entre ambos grupos.

Conclusiones: La causa de bajo peso al nacer de los hijos de las madres estudiadas fue por prematuridad, probablemente por la conducta quirúrgica predominante en la resolución del embarazo, en los bajo peso al nacer para la edad gestacional influyeron significativamente la atención prenatal y periodo intergenésico.

Palabras clave: Bajo peso al nacer, casos y controles.

ABSTRACT

Objective: To evaluate some risk factors of low birth weight in our clinic.

Methods: We studied 123 mothers treated at the delivery suite in our clinic and their newborns (NB). We obtained 2 groups of NB: cases (n=41) with birth weight <2500 gr. and controls (n=82) with birth weight >2500 gr. We performed anthropometric measurements to all NB and obtained information on gestational age, ethnic group and perinatal conditions. Variables in the mothers included weight, length, body mass index (BMI), scholarship, weight gain during pregnancy, socioeconomic, and marital status. We also evaluated quality of medical care.

Results: The gestational age was lower in cases than controls (35.6 ± 3.7 vs. 39.2 ± 1.1 weeks; $p > 0.001$) respectively. Birth weight (2056 vs. 3328 g.), length (44.2 vs. 50.5 cm), cephalic perimeter (31.7 vs. 34.4cm.) were lower in cases than in controls respectively. There were 51 cesarean sections (30 vs. 21; $p < 0.0001$) for cases and controls respectively. All the NB were mestizos mother's age was 25.7 ± 6.7 years in group I compared with 25.8 ± 5.7 years in group II ($p < 0.05$). The offspring number was 2.4 y group I and 2.0 in group II. BMI tended to be higher in the group of cases. We did not show differences in scholarship, marital, or socioeconomic status between the groups. Quality of medical care was inadequate in 22/41 cases vs. 36/82 controls ($p < 0.05$ OR 1.2 IC^{95%} 0.78 – 2.1). The pregnancy interval was higher in group I (29.0 ± 35.8 months) than in group II (27.9 ± 30.5 months). There was not difference in obstetric and pathological antecedents between groups.

Conclusions: The cause of low birth weight was preterm delivery, likely related to cesarean section. In those NB with low birth weight for gestational age, quality of medical care influenced significantly as well as pregnancy interval.

Key words: Low birth weight, cases and control.

INTRODUCCIÓN

Los neonatos de bajo peso tienen menores posibilidades de sobrevivir, desarrollarse y crecer adecuadamente que los recién nacidos de peso normal. El peso al nacer es el elemento individual más importante que determina la probabilidad de que un recién nacido sobreviva y tenga crecimiento y desarrollo normal⁽¹⁾.

Existen dos clases de neonatos de bajo peso: a) Recién Nacidos Prematuros, (RNP) que son aquellos nacidos antes de la semana 37 de gestación y b) Neonatos con Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU), aquellos nacidos de término con peso inferior a la 10° percentil del peso correspondiente a la edad gestacional. Mientras que los primeros son más comunes en los países del mundo desarrollado, los segundos son más frecuentes en los países en desarrollo⁽²⁾.

Entre los factores más importantes que determinan el peso bajo al nacer inherentes a la madre se encuentran el número de partos. Las mujeres primíparas tienden a parir hijos de bajo peso inferior a los estándares nacionales, reportándose que el 47% de los primogénitos se diagnósticos con algún grado de desnutrición intrauterina. Las madres con edad inferior a los 20 años al momento del parto tienen 47.6% de probabilidad de tener hijos con bajo peso al nacer. Las madres con escasa ganancia de peso durante la gestación tienden a procrear hijo de bajo peso también; esta ganancia de peso es independiente a la talla y el peso pre-gestacional^(3, 4). La edad materna guarda relación directa con el peso al nacer.

Se reportan estudios que señalan que el 54% de las mujeres que paren hijos con bajo peso al nacer (igual o menores de 2500 gr.) nunca habían asistido a la escuela en comparación el 30% de las que habían recibido alguna instrucción escolar. El 41% de las madres analfabetas procrearon hijos con algún grado de desnutrición in útero⁽⁵⁾.

La atención prenatal, definida como la atención proporcionada a la embarazada por un sistema formal de atención sanitaria, es una de las acciones preventivas de morbilidad neonatal; el hecho de ser atendidas durante la gestación, las características del prestador de servicios y la vigilancia sistematizada del cuidado prenatal definen los resultados positivos en la resolu-

-ción del embarazo. De esta manera el número de consultas prenatales, la periodicidad de las mismas y la calidad y subsecuencia de estas están relacionadas con el bajo peso al nacer⁽⁶⁾.

Otra característica que influye con la morbilidad neonatal es el intervalo intergenésico; el intervalo entre embarazos está directamente relacionado con el incremento de peso al nacer, situación que se invierte también con un intervalo intergenésico mayor de 48 meses⁽⁷⁾.

El bajo peso al nacer (BPN) afecta grandemente el desarrollo de los niños, la familia y los sistemas financieros de las instituciones de salud.

Es un determinante importante en cuanto a mortalidad infantil se refiere⁽⁸⁾ y se convierte en un problema mayor de salud pública cuya causa en ocasiones es desconocida y, por consecuencia, no es posible establecer programas de actividades preventivas que reduzcan o limiten los factores de riesgo que lo determinan⁽⁹⁻¹⁰⁾.

En estudios previos, se han intentado identificar los factores involucrados en el BPN encontrándose problemas biológicos (hipertensión arterial durante el embarazo, abortos previos, sangrados anormales de la placenta, periodos intergenésico menores de 2 años, IMC, incremento ponderal materno menor de 8 kg., edad materna, pre-eclampsia/eclampsia, parto pre-término, enfermedades de transmisión sexual como gonorrea y sífilis, inadecuado control prenatal, raza)⁽⁷⁻¹⁰⁾, sociales (etnicidad, estructura familiar, condición marital, actividad laboral materna, tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas ilegales)⁽¹²⁻¹⁶⁾ y algunas conductas psicológicas como la depresión y abuso físico.

La primera puede considerarse como factor intermedio entre el mismo abuso físico y el tabaquismo durante el embarazo⁽¹⁷⁾.

Los recién nacidos con bajo peso al nacer son un problema de salud que refleja las condiciones socio-económicas de las sociedades y es un indicador fidedigno de la calidad de la atención prenatal y natal en las Unidades de Atención Médica.

Su reconocimiento y preocupación por su solución es el pilar de las estrategias para planificar intervenciones de salud.

En México⁽¹⁸⁾, la incidencia de bajo peso al nacer fluctúa entre 7.0% y 13.0%. Al igual que otros países en desarrollo los informes sobre bajo peso al nacer son escasos.

El objetivo del presente trabajo es evaluar algunos factores de riesgo para BPN en mujeres que acuden espontáneamente al servicio de Obstetricia de una Unidad de II Nivel de atención.

MÉTODOS

Con diseño de casos y controles se estudió una muestra representativa (muestreo consecutivo) de 123 recién nacidos de un Hospital de II Nivel de atención, pareados 1:2 por fecha de nacimiento. Se definió Caso, Grupo I (n=41) a todo recién nacido (RN) con peso \leq 2500 g y Control, Grupo II (n=82) al RN con peso $>$ 2500 g

Se excluyeron del estudio los RN de los que no se pudo obtener información completa del expediente clínico y a los que no se logró interrogar a la madre en búsqueda de factores de riesgo prenatal.

De los RN se recolectó información de género, etnia, edad gestacional, peso, talla y perímetro cefálico al nacer.

Las madres de los RN fueron interrogadas, previo consentimiento informado, para obtener información sobre factores de riesgo para procrear hijos de bajo peso al nacer: peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), escolaridad, ocupación, maritalidad, toxicomanías, paridad, periodo intergenésico, antecedentes ginecoobstétricos y patológicos, calidad de la atención prenatal, (de acuerdo al número de consultas) ganancia de peso durante la gestación y nivel socioeconómico (Escala de Graffar).

Los casos fueron captados en la sala de partos y una vez corroborada la información somatométrica del expediente del neonato (cinta flexible de 0.5 cm y con báscula pesa-bebé), se procedió al interrogatorio de la madre en la sala de puerperio inmediato.

Los controles se tomaron de la sala de cunas por muestreo aleatorio el mismo día de la selección del caso.

La información fue recolectada en cuestionarios previamente diseñados que sirvieron para elaborar una base de datos (SPSS v. 10.0). Para su análisis se utilizó estadística descriptiva (media y desviación estándar) y estadística inferencial ("Ji" cuadrado y t de Student). Se consideró significancia estadística cuando $p < 0.05$.

RESULTADOS

La edad gestacional de los casos fue de 35.6 ± 3.7 y la de los controles 39.2 ± 1.1 semanas ($p < 0.001$). El peso al nacer de los casos fue de 2056 ± 462 gr. talla de 44.26 ± 4.0 cm. y perímetro cefálico (PC) de 31.7 ± 2.3 cm. en comparación con 3328 ± 432 gr. 50.5 ± 2.0 cm. y 34.4 ± 1.6 cm. respectivamente en los controles. ($p < 0.001$).

La resolución del embarazo fue por operación cesárea en 51 recién nacidos (RN); 30 casos y 21 controles ($p < 0.0001$, RM 2.0 IC^{95%} 1.4 – 2.8). Todos los RN fueron mestizos. (Cuadro I)

Cuadro I. Características somatométricas y demográficas de los recién nacidos estudiados

Características de los recién nacidos	Casos (N=41)	Controles (N=82)	RM (IC ^{95%})	p
Edad gestacional (semanas)	35.6 \pm 3.7	39.2 \pm 1.1	-	<0.0001
Clasificación del recién nacido			5.63 (3.3-9.5)	<0.0001
•Pretérmino	28	6		
•Término	13	76		
Peso al nacer (gr.)	2056.95 \pm 462	3328.43 \pm 432	-	<0.0001
talla al nacer (cm.)	44.26 \pm 4.0	50.54 \pm 2.0	-	<0.0001
perímetro cefálico (cm.)	31.72 \pm 2.3	34.45 \pm 1.6	-	<0.0001
Género				NS
•Masculino	17	43		
•Femenino	24	39		
Tipo de nacimiento			2.0 (1.4-2.8)	<0.0001
•Parto	11	61		
•Operación cesárea	30	21		
Etnicidad			-	-
•Indígena	0	0		
•Mestizo	41	82		

FUENTE: Expediente clínico del RN

El promedio de edad de las madres fue de 25.7 ± 6.7 años en el Grupo I y de 25.8 ± 5.7 años en el Grupo II. ($p < 0.05$) El número de hijos promedio en el Grupo I fue de 2.4 contra 2.0 en el Grupo II. El Índice de Masa Corporal (IMC) predominante fue proporcionalmente bajo en los casos (30/41) y proporcionalmente normal en los controles (29/82). La ganancia de peso durante la gestación fue menor en los casos: 8.8 ± 4.3 Kg. que en los controles: 11.6 ± 4.2 Kg. que en los controles ($p < 0.001$). No se observaron diferencias significativas en el grado de escolaridad, estado civil ni en el nivel socioeconómico de los grupos estudiados. (Cuadro II)

Cuadro II. Factores de riesgo para bajo peso al nacer presentes en madres de los recién nacidos

Factores de riesgo	Casos	Controles	RM IC ^{95%}	p
Edad de la madre (años)	25.73 \pm 6.79	25.87 \pm 5.76		NS
paridad de la madre (nu. de hijos)	2.4 \pm 2.3	2.0 \pm 0.9		NS
Ganancia de peso durante el embarazo	8.8 \pm 4.5	11.64 \pm 4.2		0.0001
Índice de masa corporal (IMC)				NS
•Normal (20 a 25)	7	29		
•Bajo (<20)	30	46		
•ALto (>25)	4	7		
Escolaridad				NS
•Primaria	7	11		
•Secundaria	18	28		
•Preparatoria	7	18		
•Técnico	4	13		
•Licenciatura	5	12		
Ocupación				NS
•Hogar	25	55		
•Empleada	12	19		
•Obrera	1	0		
•Profesionista	3	9		
Estado civil				NS
•Casada	29	68		
•Soltera	3	5		
•Unión libre	7	9		
•Divorciada	2	0		
Nivel Socioeconómico				NS
•Alto	11	10		
•Medio	19	44		
•Bajo	10	25		
•Obrera (marginal)	1	3		

FUENTE: Encuesta

La atención prenatal se reportó inadecuada en 22/41 casos en comparación de 36/82 controles ($p < 0.05$, RM 1.2 IC^{95%} 0.78 – 2.1). El periodo intergenésico fue mayor en el Grupo I (29.0 ± 35.8 meses) que en el Grupo II (27.9 ± 30.5 meses). No se observaron diferencias significativas en los antecedentes obstétricos y patológicos de ambos grupos. (Cuadro III)

Cuadro III. Factores de riesgo para bajo peso al nacer presentes en madres de los recién nacidos.

Factores de riesgo	Casos (N=41)	Controles (N=82)	RM IC ^{95%}	p
Atención prenatal Inadecuada Adecuada	22 19	36 46	1.2 (0.78-2.1)	NS
Período intergenésico (meses)	29.0 \pm 35.8	27.9 \pm 30.5	-	NS
Antecedentes obstétricos			-	NS
•Ninguno	21	64		
•Prematurez	4	2		
•Bajo peso al nacer	6	1		
•Amenaza de aborto	2	5		
•Embarazo múltiple	3	2		
•Sangrado transvaginal	0	4		
•Aborto previo	1	0		
•Toxemia	2	1		
•Cesárea previa	2	2		
•Anomalías de cordón umbilical	0	1		
Antecedentes patológicos			-	NS
•Ninguno	33			
•Hipertensión arterial	3			
•Diabetes mellitus II	2			
•Infección Urinaria	3			

FUENTE: Encuesta

El bajo peso al nacer se relaciona con la edad gestacional. En nuestra investigación el bajo peso estuvo fuertemente relacionado con embarazo de menos de 36 semanas de gestación y neonatos de peso adecuado para su edad gestacional, que traduciría una conducta quirúrgica elevada en la resolución del embarazo. Los RN pretérmino tuvieron cinco veces más riesgo de nacer por operación cesárea que los RN con peso adecuado para la edad gestacional; este comportamiento es observado con mayor frecuencia en otros países.

Las variables escolaridad, ocupación, estado civil, etnicidad y nivel socioeconómico no estuvieron relacionadas estadísticamente con el bajo el peso al nacer aunque se observa predominio de mujeres de baja escolaridad, nivel socioeconómico medio-bajo y relaciones matrimoniales no estables. La edad materna y la paridad son indicadores para predecir peso al nacer aunque en nuestros casos no se observó esta influencia por gran semejanza entre los grupos de estudio. Resultados semejantes fueron reportados en un estudio nacional realizado en Minatitlán, Veracruz.⁴

Durante la gestación las mediciones somatométrica pudieron predecir el peso neonatal, observándose que las madres de los RN del Grupo I tuvieron proporcionalmente menos ganancia de peso que las madres del Grupo II.

El control prenatal adecuado es determinante para evaluar la salud del binomio madre-hijo; su utilidad se ha manifestado en la reducción de las tasas de morbi-mortalidad perinatal⁽¹⁹⁾. Las madres con control prenatal inadecuado tuvieron proporcionalmente más hijos con bajo peso al nacer. Los antecedentes obstétricos tales como: cesárea previa, embarazo múltiple y toxemia, fueron relativamente más observados en este grupo, llamando la atención que solo en el 30% de los casos pudieran reunir los requisitos de operación cesárea⁽²⁰⁾.

Las patologías reportadas durante la gestación fueron semejantes en ambos grupos. Sobresale las Infecciones de vías urinarias en el grupo control probablemente por sobre-interpretación de exámenes generales de orina en la consulta externa de medicina familiar. No se reportaron toxicomanías en la muestra estudiada.

Los resultados del presente estudio resaltan de importancia de evaluar los criterios de la operación cesárea como método de resolución del embarazo y fortalecer el trabajo en equipo multidisciplinario para establecer las mejores condiciones de nacimiento. No se reporta la morbi-mortalidad de los neonatos por carecer de información confiable, pero futuras investigaciones habrán que realizarse para evaluar el impacto de la conducta quirúrgica en la resolución del embarazo en este grupo de mujeres.

DISCUSIÓN

La prematuridad es la principal causa de bajo peso al nacer en nuestro estudio. Se hace necesario incrementar la educación en salud durante la consulta prenatal para llevar a la resolución del embarazo en condiciones óptimas y bajo la mejor vigilancia médica por un equipo multidisciplinario de salud.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, División de Salud de la Familia. The incidence of low birth weight: a critical review of available information. *World Health Stat Q* 1980; 33(3):793-798.
2. World Health Organization. The incidence of low birth weight. A critical review available information. *World health Stat Q* 1980;33:197-204.
3. Luke B, Petrie RH. Intrauterine growth: correlation of infant birth weight and maternal postpartum weight. *Am J Clin Nutr*. 1988;33(11):2311-2317.

4. Rodríguez Guzman LM, Romero Tinoco P, Andrade García M, Velásquez Luna M, Rodríguez García R. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores asociados. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:132-136.
5. Neel NR, Alvarez JO. Factores de riesgo de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos. *Bol Of Sanit Oanam*. 1991;110(2):93-105.
6. Schlaepfer L, Infante C. Bajo peso al nacer en México: evidencias a partir de una encuesta retrospectiva a nivel nacional. *Bol Med Hosp. Infant Mex* 1995;52(3):168-179.
7. Wang CS, Chou P. Risk factors for low birth weight among first-time mothers in Southern Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2001 Mar; 100 (3): 168-72.
8. Bortman M. Risk factors for low birth weight. *Rev Panam Salud Publica* 1998 May; 3 (5): 314-21.
9. Fuorn L, Ducic S, Seguin L. Factors associated with birth weight: a multivariate analysis. *Sante* 1999 Jan-Feb; 9 (1): 7-11.
10. Mota Asúa V, Salazar Juárez CM, Neri Moreno MC, Granja Posada E, Kaufer Horwitz M, Valdes Ramos R, Caraveo Enriquez V, Avila Rosas H. Relación entre los antecedentes maternos patológicos y el diagnóstico de peso al nacer. *Ginecol Obstet Mex* 2004;72:561-569.
11. Grau Espinosa MA, Saenz Darias L, Cabrales Escobar JA. Risk factors of low birth weight. Provincial Gynecologic-Obstetric Hospital of Sancti Spiritus, Cuba. *Rev Panam Salud Publica* 1999 Aug; 6 (2): 95-8.
12. Mesleh RA, Al-Aql AS, Kurdi AM. Teenage pregnancy. *Saudi Med J*. 2001 Oct; 22 (10): 864-7.
13. Donders GG, Desmyter J, De Wet DH, Van Assche FA. The association of gonorrhoea and syphilis with premature birth and low birth weight. *Genitourin Med* 1993 Apr; 69 (2): 98-101.
14. Barros H, Tavares M, Rodrigues T. Role of prenatal care in preterm birth and low birth weight in Portugal. *J Public Health Med* 1996 Sep; 18 (3): 321-8.
15. Hogan DP, Park JM. Family factors and social support in the developmental outcomes of very low birth weight children. *Clin Perinatol* 2000 Jun; 27 (2): 433-59.
16. Hrubá D, Kachlik P. Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birth weight in newborns. *Cent Eur J Public Health* 2000 Nov; 8 (4): 249-52.
17. Moore ML, Zaccaro DJ. Cigarette smoking, low birth weight, and preterm birth in low-income African American women. *J Perinatol* 2000 Apr-May; 20 (3): 176-80.
18. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchiers J, Dekker GA, Heinen AG, van Geijn HP. Psychosocial predictors of low birthweight: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 Aug; 106 (8): 834-41.
19. Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Anxiety, physical abuse, and low birth weight. *Scand J Public Health* 1999 Dec; 27 (4): 296-300.
20. Selva SL, Rodríguez PE, Ochoa AA. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en sitios centinelas de Holguín. *Revista Cubana de Aliment Nutr* 1998;12(2):77-81.
21. Resnick MB, y Col. The impact of low birth weight, perinatal conditions, and sociodemographic factor on educational outcome kindergarten. *Pediatrics* 1999;104(6):74.
22. NOM-007.SSA2-1993 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. México. México. D.F.

Percepción de la sexualidad en la vejez

Perception of sexuality by elderly

Patricia Casimiro Cuevas¹, Raquel Becerra Casimiro¹, Rosa Carmina Flores Flores²

RESUMEN

Objetivo: Identificar el comportamiento sexual en los adultos mayores de 65 años de edad en el municipio de Compostela, Nayarit.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, corte transversal. El universo fue de 58 personas que acuden al Club de la Tercera edad mediante un test realizado por expertos de la Habana Cuba, que consta de 8 ítems, donde se estudian las variables sobre la satisfacción sexual y la frecuencia de ellas entre otras.

Resultados: El grupo de edad entre 65 - 69 años fue el más representado con un 64%. El estado civil más común fue viudez. Los adultos mayores con actividad sexual fueron 47%. La frecuencia de la actividad sexual fue quincenal para el 31%, seguido de semanal para el 12%. El 53% de los adultos mayores masculinos se sienten satisfechos en sus relaciones sexuales, y las mujeres se sienten insatisfechas en un 24%. Se considera por parte de los participantes que la actividad sexual en esta etapa de la vida es de un 58%. La mitad de los adultos mayores son sexualmente inactivos.

Conclusiones: Existe necesidad de que los adultos mayores tengan más información sobre la sexualidad en esa etapa de la vida.

Palabras claves: Sexualidad, adulto mayor, vejez, comportamiento sexual.

ABSTRACT

Objective: To identify sexual behavior in adults over 65 years of age in Compostela, Nayarit.

Methods: Cross-sectional study. The universe was of 58 people participating in the Club of the Third Age. Test designed by experts from Havana Cuba, consisting of 8 items, to study the variables of sexual satisfaction and the frequency.

Results: Age group between 65 - 69 years was the most represented with 64%. Widowhood was the most common civil status. Older adults with sexual activity were 47%. The frequency of sexual activity was bi-weekly for 31%, followed by weekly for 12%. 53% of male seniors feel satisfied in their sexual relationships, and women feel dissatisfied by 24%. It is considered by the participants that sexual activity in this stage of life is 58%. Half of older adults are sexually inactive.

Conclusions: There is a need for elderly to have more information about sexuality at that stage of life.

Keywords: Sexuality, elderly, age, sexual behavior.

1. Docente Universidad Autónoma de Nayarit

2. Docente Investigador del Programa Académico de Psicología, Área de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma de Nayarit.

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

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se inicia a estudiar en la última década del siglo XX, debido a que se está invirtiendo la pirámide poblacional, lo que ocasiona que sea más la proporción de adultos mayores de 60 años. Esto ha generado nuevas investigaciones sobre los cambios que ocurren en la vejez y como deben ser tratados, uno de los principales aspectos a tratar es la sexualidad en la etapa adulta de la vida. El aumento de la esperanza de vida ha permitido el disfrute de la sexualidad sin fines de procreación, donde se constituye como un indicador de calidad de vida y de salud mental y bienestar. A pesar de esto se ha negado la posibilidad de ejercerla ya que es considerado un tema tabú, especialmente en la vejez, donde existe la visión social de que en esta etapa es carente⁽¹⁾.

En esta etapa de la vida hay cambios fisiológicos en los sistemas reproductivos dentro de los que cabe mencionar en la mujer la disminución de estrógeno y progesterona, resequedad vaginal, orgasmos menos frecuentes y más rápidos, su capacidad reproductiva ha terminado; en el hombre hay disminución de la testosterona, pérdida de la excitación psicológica, erecciones menos frecuentes, orgasmos más lentos, recuperación más larga entre eyaculaciones, mayor riesgo de disfunción eréctil y su capacidad reproductiva continúa pero con algún decremento en la fertilidad.⁽²⁾

Las interacciones sexuales del adulto mayor así como las diferentes formas de ejecutar el acto sexual como el sexo oral, coito vaginal y la masturbación, no difieren de las otras etapas de la vida. Existen determinantes que influyen sobre la sexualidad del adulto mayor de forma negativa, principalmente la ausencia de compañero/a sexual, por viudez, soltería o una enfermedad grave por parte de la pareja, además la dificultad de iniciar nuevas relaciones afectivas por creencias sociales.

El interés sexual es correspondiente al que se ha desarrollado a lo largo de la vida, las personas que tuvieron una vida sexual activa persiste, en cambio las personas con una vida sexual pobre y falta de interés, pierden el deseo más tempranamente.

Asimismo, el propio estado de salud se vuelve un factor importante para lograr relaciones sexuales satisfactorias⁽³⁾.

Las necesidades sexuales de los adultos mayores son poco estudiadas, además que los propios ancianos desconocen cómo vivir su sexualidad y los prestadores de servicios de salud excluyen o le dan poca importancia a este aspecto del envejecimiento.

Dentro de los inconvenientes que se presentan son la demora en la erección de los hombres y del dolor durante el acto sexual en las mujeres, debido al decremento hormonal como consecuencia de la edad; en cuyos casos se puede acceder a un tratamiento adecuado si se llevara un manejo integral de la salud en el anciano⁽⁴⁾.

Se realizó un estudio en Colombia para conocer la percepción de la sexualidad en la vejez en tres diferentes grupos de edad: adolescentes (15 a 19 años), adultos (20 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más). La muestra fue de 328 personas. El instrumento utilizado fue un test adaptado para la población de Colombia, Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez, desarrollado por Orozco y Rodríguez.

Los resultados obtenidos fueron: 47% de los participantes eran mayores de 60 años, el sexo predominante fue el femenino, 52% de las personas mayores se encuentran casadas. Para los reactivos sobre el derecho al amor y la vida sexual de los adultos mayores así como el derecho a iniciar una relación afectiva después de enviudar, 88.2% respondió que sí está de acuerdo. Lo que concluye una percepción positiva al derecho de las personas mayores al amor y al ejercicio de su sexualidad⁽⁵⁾.

Una revisión de historias clínicas y entrevistas de pacientes mayores de 60 años, fue realizada en Argentina para corroborar si la vida erótica y genital se mantenía en esta etapa de la vida, después del análisis se encontró que las personas que inician una nueva relación, tanto por viudez o divorcio y aquellos que han mantenido una relación con su pareja por años, encuentran un cuerpo en condiciones similares a las propias, por lo que el físico no es un factor importante;

propias, por lo que el físico no es un factor importante; sino que consideran la compañía, el afecto y el amor con el que se relacionan con su pareja como el elemento principal para tener intimidad⁽⁶⁾.

Se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos utilizando las palabras claves como comportamiento sexual y adulto mayor, publicada por la Universidad Nacional Autónoma México (UNAM). Los artículos recopilados se analizaron y se pudo comprobar la existencia de un porcentaje alto de adultos mayores sexualmente activos, principalmente el sexo masculino, así como la satisfacción con sus relaciones sexuales de los mismos; mientras que el sexo femenino refiere relaciones sexuales no satisfactorias. Por último, se manifiesta que la principal causa de no tener vida sexual activa es la falta de pareja⁽⁷⁾.

Los prejuicios hacia este tema por parte de algunos grupos sociales, son creencias equivocadas a los que frecuentemente se enfrentan los adultos mayores. Entre ellos se encuentran el miedo de verse ridículos frente a otros al demostrar amor, ya que lo relacionan como una acción exclusiva de la juventud. La creencia de que deben reprimir sus deseos sexuales por considerarlos inmorales. Además, la menopausia y la andropausia son vistas como eventos que marcan la vejez, limitan la sexualidad y restringen el inicio de nuevas relaciones románticas⁽⁸⁾.

El interés por conocer más ampliamente los aspectos del envejecimiento ha llevado a realizar un análisis sobre el contenido de artículos publicados desde el año 2000, los resultados obtenidos muestran que la sexualidad en el adulto mayor no es bien conocida y comprendida por la sociedad y por los profesionales de salud que están involucrados en su cuidado. También se encontró que la sexualidad juega un papel importante pero tienen menos oportunidades de ejercerla lo que lleva a cierta marginación sexual de la población anciana. Se tiene el conocimiento de que aproximadamente el 30% de los adultos mayores de 65 años de edad siguen teniendo actividad sexual y persiste el interés sexual, pero se preserva más en el sexo masculino que en el femenino⁽⁹⁾.

Identificar el comportamiento sexual en los adultos mayores de 65 años de edad en el municipio de Compostela, Nayarit.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. El universo de trabajo fue de 58 personas que acuden al Club de la Tercera edad del municipio de Compostela Nayarit. Se aplicó un test realizado por expertos de la Habana Cuba, el cual consta de 8 ítems.

Variables:

1. Edad: grupos quinquenales a partir de los 65 años.
2. Sexo: masculino y femenino.
3. Estado civil.
 - Solteros: los que no tienen pareja estable.
 - Casados: los que están casados ante la ley.
 - Viudos: los que falleció su pareja.
 - Acompañados: los que mantienen parejas estables sin estar casados ante la ley.
4. Grado de satisfacción en las actividades sexuales.
 - Satisfecho: cuando el adulto mayor refiere que en sus relaciones sexuales logra cumplir sus expectativas personales, independientemente de llegar o no al orgasmo, sin tener en cuenta el número de veces que la realiza, sino la calidad y a autopercepción que tiene sobre sus relaciones.
 - Insatisfecho: cuando el adulto mayor refiere que en sus relaciones sexuales no logra cumplir sus expectativas personales, independientemente de llegar o no al orgasmo, sin tener en cuenta el número de veces que la realiza, sino la localización y la autopercepción que tiene sobre sus relaciones.
5. Repercusión de las relaciones sexuales sobre el estado de salud.
 - Si: cuando el anciano considera que las relaciones sexuales en cualquiera de sus manifestaciones en esta etapa de la vida son favorables sobre su estado de salud.
 - No: cuando el anciano considera que las relaciones sexuales en cualquiera de sus manifestaciones en esta etapa de la vida son desfavorables sobre su estado de salud.

6. Interés por recibir información sobre el tema de sexualidad

- Si: cuando el adulto mayor refiere que le gustaría recibir información sobre el tema para mejorar su conducta sexual.
- No: cuando el adulto mayor refiere que no le gustaría recibir información sobre el tema⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

Destacó el grupo de edad entre 65 - 69 años con un 64% y de 70 a 74 años con 18%, el sexo predominante fue el masculino. El estado civil de ambos fue viudez (38% para las mujeres y 26% para los hombres), seguido de casadas para las mujeres (29%) y acompañados para los hombres (23%). Los adultos mayores que mantienen actividad sexual son del 47%, (27% para los hombres y 21% para las mujeres). La frecuencia de la actividad sexual fue quincenal para el 31%, seguido de semanal para el 12% de los participantes. El 53% de los adultos mayores masculinos se sienten satisfechos en sus relaciones sexuales, y las mujeres se sienten insatisfechas en un 24%. Se considera por parte de los participantes que la actividad sexual en esta etapa de la vida es de un 58%, pero se señala que el 24% de las mujeres creen que no son benéficas. Para el último ítem sobre el deseo de tener más información sobre temas de sexualidad el 76% contestó que sí.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados de la investigación podemos concluir que aproximadamente tres cuartas partes de los participantes requieren información sobre educación sexual específica para esta etapa, probablemente debido a que no recibieron esta información a lo largo de su vida.

Así mismo, más de la mitad de los participantes de esta edad se encuentran en el status social de viudos, lo que dificulta el mantener relaciones sexuales frecuentes, por lo que menos de la mitad de los participantes se encuentran activos sexualmente, no presentando diferencia estadística entre hombres y mujeres. La práctica de actividad sexual más frecuente es una vez cada 15 días, esto lo lleva a cabo menos de la mitad de los adultos mayores.

REFERENCIAS

1. Cerquera A, Galvis M, Cala M. Amor , sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychol Av Discip* [Internet]. 2012;6:73–81. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788009>
2. Papalia D. Desarrollo físico y cognitivo de la edad adulta tardía. In: MC GRAW-HILL, INTERAMERICANA, editors. *Desarrollo humano*. 9a ed. México: MC GRAW-HILL; 2004. p. 671–714.
3. Perez V. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *ECIMED* [Internet]. 2008;1–8. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_1_08/mgi10108.htm
4. Alvarez L, Rodriguez A, Salomón N. Salud sexual y envejecimiento. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2008;34. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865010>Cómo
5. Cala M, Galvis M, Ayda O. JOVENES Y PERSONAS MAYORES SOBRE LA.
6. Sapetti A. La sexualidad en el adulto mayor. *Psicodebate* [Internet]. 2013;61–78. Available from: http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/13/Psicodebate_N13_04.pdf
7. Rojas AM, Gabriel J, Espinosa R. Comportamiento sexual del adulto mayor. *Cuid el arte del Cuid* [Internet]. 2015;4:55–60. Available from: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/365/495>
8. Orozco I, Rodriguez D. Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicol y Cienc Soc* [Internet]. 2006;8:3–10. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/314/31480101.pdf>
9. Cabrera A, Alvarez L, Ramos GS. Realidades acerca de la sexualidad en el adulto mayor cubano. *Public Heal Horiz Sanit* [Internet]. 2015;14(2):64–70. Available from: www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/download/781/858
10. Perdomo V, Oria N, Segredo A. Conducta sexual de los adultos mayores en el área de salud Tamarindo , 2010. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2013;29(1):8–19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252013000100003&script=sci_arttext

Comportamiento sexual en pacientes diabéticos

(Sexual behavior of diabetic patients)

Albertina Paola Santos Guillen, Rosa María Téllez Barragán,
Rosa Carmina Flores Flores³.

RESUMEN

Objetivo: Indagar la satisfacción sexual de los pacientes con diabetes. Se realizó un estudio descriptivo, para conocer las creencias y actitudes del grupo y de esta manera describir la satisfacción sexual de estos pacientes.

Métodos: Investigación cualitativa Se aplicaron entrevistas cualitativas a cada uno de los pacientes durante 6 sesiones y se observó la dinámica del grupo durante un mes.

Resultados: Se logró identificar que la mayoría de los encuestados manifiestan que tienen relaciones sexuales y en ocasiones experimentan sentimientos positivos hacia su pareja y se sienten importantes,

Conclusiones: La sexualidad es un aspecto contradictorio y de mucha relevancia para los pacientes diabéticos que requiere información.

Palabras claves: Sexualidad, diabetes, satisfacción sexual, relaciones sexuales.

ABSTRACT

Objective: To investigate the sexual satisfaction of patients with diabetes. A descriptive study was conducted to know the beliefs and attitudes of the group and thus describe the sexual satisfaction of these patients.

Methods: Qualitative research. Interviews were applied to each of patients over 6 sessions and group dynamics was observed for one month.

Results: It was possible to identify that the majority of the respondents state that they have sexual relations and sometimes experience positive feelings towards their partner and feel important.

Conclusions: Sexuality is a contradictory and very relevant aspect for diabetic patients that requires information.

Keywords: Sexuality, diabetes, sexual satisfaction, sex.

1. Egresado del Programa Académico de Psicología UAN.

2. Docente Universidad Autónoma de Nayarit.

3. Docente Investigador del Programa Académico de Psicología, Área de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma de Nayarit.

Fecha de recibido: 23 de agosto de 2016 Fecha de aprobado: 20 de junio de 2017

INTRODUCCIÓN

En el comportamiento sexual se puede observar un sinnúmero de problemáticas que indudablemente rebasan a la mayoría de los especialistas de la salud, esto debido a que no se ha incorporado por completo en la atención a la salud sexual.

Según la OMSS (1999) la diabetes afecta al 6% de la población. Las posibilidades de contraerla aumentan a medida que una persona se hace mayor, de modo que por encima de los setenta años la padece alrededor del 15% de las personas.

Es esencial educar a los pacientes para que controlen su diabetes de forma adecuada, ya que puede acarrear otras enfermedades tanto o más importantes que la propia diabetes: enfermedades cardiovasculares, retinopatía (afección ocular que puede conducir a la ceguera) o nefropatía (enfermedad del riñón). El momento de aparición de la enfermedad, así como las causas y síntomas que presentan los pacientes, dependen del tipo de diabetes de que se trate.

La diabetes, en cualquiera de sus dos tipos, produce, dentro de los 10 primeros años de su diagnóstico, disfunción sexual en aproximadamente la mitad de los pacientes y según avanza la enfermedad la cifra aumenta. "Los trastornos sexuales afectan sobre todo a la fase de excitación y provocan dificultades de excitación y de lubricación en la mujer, y disfunción eréctil en el hombre.

En una sociedad que está envejeciendo progresivamente, la sexualidad debería permanecer en una dimensión afectiva, sentimental y relacional durante todo el curso de la existencia, en el respeto del cuerpo y a los aspectos peculiares presentes en cada fase de la vida.

Los seres humanos tienen diversas formas de vivir su sexualidad y de relacionarse afectiva y sexualmente con otras personas, a eso se le denomina comportamientos sexuales.

Dichos comportamientos están condicionados e influenciados por la educación y la crianza recibida desde la infancia, por la época en la que se vive, por la situación económica y por la cultura en la que se desarrolla cada persona.

Debido a que la sociedad en la que las personas crecen también incide en la sexualidad, pues esta impone normas, lenguajes y comportamientos, incluso indica lo que consideran aceptables y no aceptables en términos de sexualidad, lo que también condiciona, de alguna manera, la vida de las personas. No hay fórmulas establecidas para hablar sobre sexualidad, la posibilidad de conversar con la otra persona sobre este tema depende de si se tiene o no una relación respetuosa, saludable, equitativa y enriquecedora para las dos partes⁽³⁾.

Sí el comportamiento sexual es una acción específica del ser humano, se manifiesta en todos los actos de la vida, moldea la personalidad y modifica lo emocional y social. Es el modo con que cada persona percibe, siente y vive su propio sexo. Todos poseemos una personalidad propia y un estilo peculiar de vivir nuestro comportamiento sexual⁽⁴⁾.

Algunos pacientes pueden tener diversas complicaciones durante y después de la experiencia sexual, así como las disfunciones sexuales u otros padecimientos. Las disfunciones sexuales, se define como

la incapacidad de experimentar los cambios psicofisiológicos del ciclo de la respuesta sexual, parcialmente o en su totalidad. En los hombres se presenta la eyaculación prematura, impotencia o disfunción eréctil y la eyaculación retardada. En la mujer la frigidez o disfunción sexual, dolor durante el acto sexual y en algunos casos no se presenta el orgasmo⁽⁵⁾.

No en todas las personas los resultados son los mismos y no todos los problemas sexuales tienen las mismas causas. Los hay que afectan de manera clara a la función orgánica, derivados de enfermedades o consumo de fármacos u otras sustancias, y otros de contenido más psicológico, producto de una escasa y muchas veces inadecuada educación sexual.

En la actualidad existen algunos casos donde el sexo todavía puede ser considerado como algo feo y sucio. La costumbre de tener relaciones sexuales "sólo en el momento oportuno", la falta de privacidad, los límites que imponen el tiempo y el cansancio, la actitud de enfrentarse a la relación sexual, en lugar de que lo disfrute. Estos son algunos conflictos que se van creando y postergando el comportamiento sexual⁽⁶⁾.

El problema sexual es uno de los más complejos de la vida humana hasta el punto de que, a veces se opta por no resolverlo y dejar que cada caso encuentre su solución espontánea. Los pacientes deben de estar conscientes de la importancia que tiene la salud sexual, tanto en lo mental como en lo físico, la sensación de bienestar y la capacidad de participar en los dos aspectos más importantes y significativos de la vida humana: la capacidad para trabajar y amar.

La incapacidad de ocuparse del propio comportamiento sexual en forma coherente y organizada es el reflejo de la confusión general que existe en nuestra sociedad sobre los aspectos sexuales⁽⁷⁾.

El objetivo de este trabajo es:

Analizar el nivel de satisfacción sexual en los pacientes con diabetes de la UMF #25 TM. y describir la experiencia sexual de los pacientes con diabetes. Identificar la satisfacción o no satisfacción sexual de los pacientes con diabetes.

MÉTODOS

Estudios cuantitativo descriptivos, a pacientes con diabetes que asisten a grupo de apoyo para el manejo de su enfermedad, a la Unidad Médica Familiar #25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el municipio de Tepic, Nayarit, el grupo estuvo conformado por 30 pacientes, los cuales asistieron tres veces por semana durante un mes.

RESULTADOS

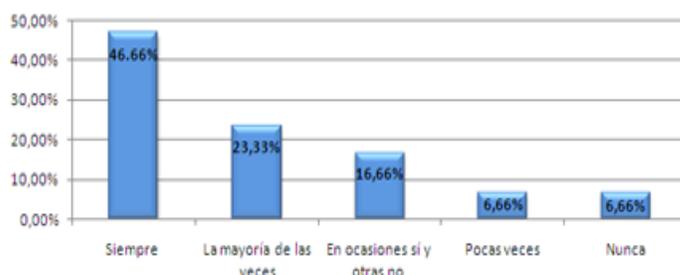


Figura 1. Durante la relación sexual doy y me dan besos.

En esta figura se aprecia que el 46.66% de los 30 sujetos encuestados manifiestan que durante la relación sexual dan y reciben besos siempre, el 23.33% la mayoría de las veces, el 16.66% en ocasiones, el 6.66% pocas veces y el 6.66% nunca.

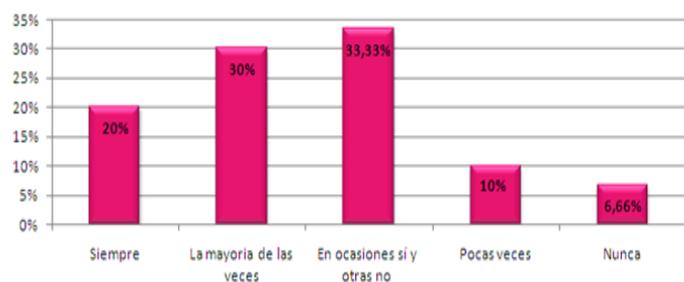


Figura 2. Recibo y doy muchas caricias durante mis relaciones sexuales

El 20% de los sujetos encuestados respondieron que siempre reciben y dan caricias durante las relaciones sexuales, el 30% la mayoría de las veces, el 33.33% en ocasiones, el 10% pocas veces y el 6.66% nunca.



Figura 3. Disfruto mucho el acariciar a mi pareja durante la relación sexual

El 16.66% de los sujetos encuestados respondieron que siempre disfrutan el acariciar a su pareja durante la relación sexual, el 26.66% la mayoría de las veces, el 26.66% en ocasiones, el 20% pocas veces y el 10% nunca.



Figura 4. En mis relaciones sexuales tengo muchos sentimientos positivos hacia mi pareja y los recibo también

En esta figura se muestra que el 13.33% de los sujetos encuestados respondieron que siempre en las relaciones sexuales tienen sentimientos positivos hacia la pareja y los reciben, el 13.33% la mayoría de las veces, el 33.33% en ocasiones, el 33.33% pocas veces y el 6.66% nunca.



Figura 5. Siento y tengo mucha confianza con mi pareja

El 10% de los sujetos respondieron que siempre sienten y tienen confianza con la pareja, el 33.33% la mayoría de las veces, el 23.33% en ocasiones, el 26.66% pocas veces y el 6.66% nunca.



Figura 6. En mis relaciones sexuales siento que me importa mucho la otra persona y que le importo a ella

El 16.66% de los sujetos encuestados respondieron que siempre en sus relaciones sexuales les importa la otra persona y son importantes para ella, el 26.66% la mayoría de las veces, el 26.66% en ocasiones, el 26.66% pocas veces y 3.33% nunca.



Figura 7. En mis relaciones sexuales tengo orgasmos

En esta figura se aprecia que el 16.66% de los sujetos encuestados respondieron que siempre en sus relaciones sexuales tienen orgasmos, el 30% la mayoría de las veces, el 30% en ocasiones, el 10% pocas veces y el 13.33% nunca.



Figura 8. Tenemos tiempo suficiente para nuestras relaciones sexuales

El 10% de los sujetos encuestados respondieron que siempre tienen tiempo suficiente para las relaciones sexuales, el 33.33% la mayoría de las veces, el 26.66% en ocasiones, el 16.66% pocas veces y el 13.33% nunca.

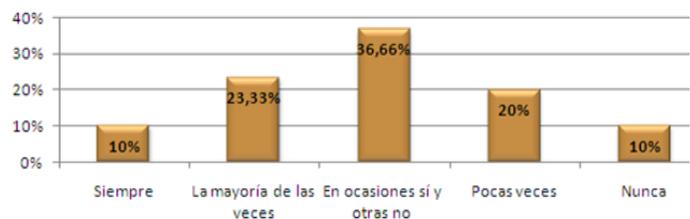


Figura 9. La frecuencia con la que tengo relaciones sexuales me satisface

En esta figura se puede apreciar el 10% de los sujetos encuestados respondieron que siempre la frecuencia con la que tienen relaciones sexuales les satisface, el 23.33% la mayoría de las veces, el 36.66% en ocasiones, el 20% pocas veces y el 10% nunca.



Figura 10. Me siento satisfecha (o) después de tener relaciones sexuales

El 20% de los sujetos encuestados respondieron que siempre se sienten satisfecha(o)s después de tener relaciones sexuales, el 16.66% la mayoría de las veces, el 30% en ocasiones, el 23.33% pocas veces y el 10% nunca.



Figura 13. En mis relaciones sexuales siento erotismo propio

El 20% de los sujetos encuestados refieren que en sus relaciones sexuales sienten erotismo propio siempre, el 13.33% la mayoría de las veces, el 43.33% en ocasiones, el 13.33% pocas veces y el 10% nunca.



Figura 11. En mis relaciones sexuales me siento libre

En esta figura se muestra que el 13.33% de los sujetos encuestados siempre se sienten libres en sus relaciones sexuales, el 23.33% la mayoría de las veces, el 30% en ocasiones, el 16.66% pocas veces y el 16.66% nunca.



Figura 14. En mis relaciones sexuales me siento seducido (a)

El 20% de los sujetos encuestados manifiestan que siempre se sienten seducido(a)s en sus relaciones sexuales, el 26.66% la mayoría de las veces, el 20% en ocasiones, el 26.66% pocas veces y el 6.66% nunca.



Figura 12. Las relaciones sexuales que tengo son apasionadas

El 20% de los sujetos encuestados respondieron que siempre tienen relaciones sexuales apasionadas, el 23.33% la mayoría de las veces, el 33.33% en ocasiones, el 10% pocas veces y el 13.33% nunca.



Figura 15. Mis relaciones sexuales son placenteras

En esta figura se aprecia que el 23.33% de los sujetos encuestados respondieron que siempre sus relaciones sexuales son placenteras, el 20% la mayoría de las veces, el 43.33% en ocasiones, el 13.33% pocas veces y el 0% nunca.



Figura 16. En mis relaciones sexuales siento erotismo en la pareja

El 13.33% de los sujetos encuestados respondieron que siempre sienten erotismo en la pareja, el 23.33% la mayoría de las veces, el 40% en ocasiones, el 10% pocas veces y el 13.33% nunca.



Figura 17. Se da una entrega total en mí y mi pareja

El 20% de los sujetos encuestados respondieron que siempre hay una entrega en ambos, el 20% la mayoría de las veces, el 26.66% en ocasiones, el 26.66% pocas veces y el 6.66% nunca.

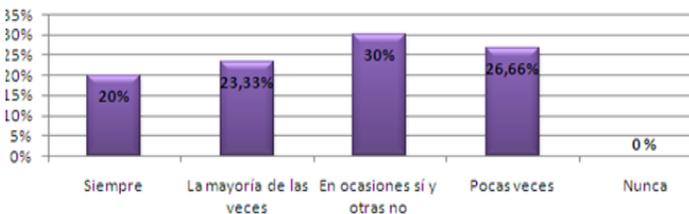


Figura 18. En mis relaciones sexuales se da el respeto

El 20% de los sujetos encuestados respondieron que siempre se da el respeto en sus relaciones sexuales, el 23.33% la mayoría de las veces, el 30% en ocasiones, el 26.66% pocas veces y 0% nunca.



Figura 19. Siento respeto mutuo en las relaciones sexuales

El 10% de los sujetos encuestados refirieron que siempre sienten respeto mutuo en las relaciones sexuales, el 30% la mayoría de las veces, 26.66% en ocasiones, 23.33% pocas veces y 10% nunca.



Figura 20. Me parece que mi pareja actúa en forma responsable durante las relaciones sexuales

El 16.66% de los sujetos respondieron que siempre le parece que su pareja actúa de forma responsable durante las relaciones sexuales, el 30% la mayoría de las veces, el 23.33% en ocasiones, el 10% pocas veces y el 20% nunca.



Figura 21. Son importantes los olores durante mis relaciones sexuales

En esta figura se muestra que el 20% de los encuestados respondieron que siempre son importantes los olores en las relaciones sexuales, el 33% la mayoría de las veces, el 13.33% en ocasiones, el 13.33% pocas veces y 20% nunca.



Figura 22. Son importantes en mis relaciones sexuales los sabores

El 20% de los encuestados refirieron que siempre son importantes los sabores en las relaciones sexuales, el 20% la mayoría de las veces, el 16.66% en ocasiones, el 20% pocas veces y 23.33% nunca.



Figura 23. La masturbación contribuye a mi satisfacción sexual

El 13.33% de los sujetos respondieron que siempre la masturbación contribuye a su satisfacción sexual, el 23.33% la mayoría de las veces, el 30% en ocasiones, el 20% pocas veces y 13.33% nunca.



Figura 24. Ver a mi pareja desnuda, y yo estarlo, es importante para disfrutar de una relación sexual

El 10% de los sujetos manifestaron que siempre ver a su pareja desnuda y desnudarse es importante para disfrutar la relación sexual, el 23.33% la mayoría de las veces, el 36.66% en ocasiones, el 23.33% pocas veces y 6.66% nunca.

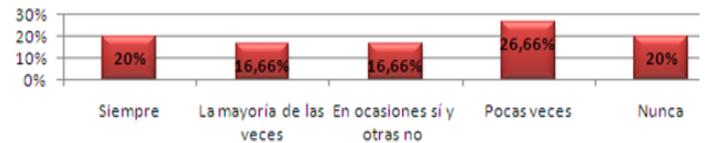


Figura 25. Me cuesta trabajo aceptar que mi pareja me diga lo que le gusta y no durante la relación

En esta figura se aprecia que el 20% de los encuestados siempre les cuesta trabajo aceptar que la pareja les diga lo que les gusta y no durante la relación, el 16.66% la mayoría de las veces, el 16.66% en ocasiones, el 26.66% pocas veces y 20% nunca.

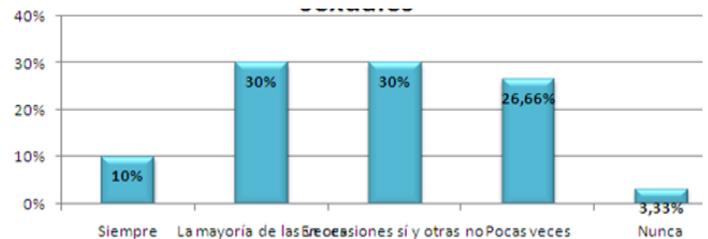


Figura 26. Planeamos nuestras relaciones sexuales

El 10% de los encuestados respondieron que siempre planean sus relaciones sexuales, el 30% la mayoría de las veces, el 30% en ocasiones, 26.66% pocas veces y 3.33% nunca.

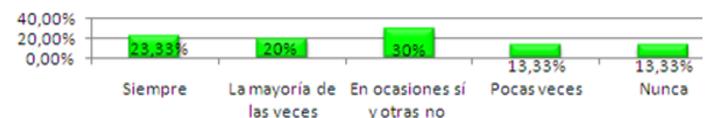


Figura 27. En mis relaciones sexuales expreso lo que me gusta y no durante la relación sexual

En esta figura se aprecia que el 23.33% de los encuestados respondieron que siempre en sus relaciones sexuales expresan lo que les gusta y no durante la relación sexual, el 20% la mayoría de las veces, el 30% en ocasiones, el 13.33% pocas veces y el 13.33% nunca.

DISCUSIÓN

Las investigaciones muestran que en el paciente con diabetes, existe una disminución progresiva del comportamiento sexual, causada por la intervención de los cambios fisiológicos normales debido a la enfermedad en interrelación con los factores psicosociales.

Se produce un aumento de la prevalencia de la satisfacción sexual debido a causas médicas, psicológicas como efecto secundario de la medicación administrada. En ocasiones resulta difícil diferenciar los cambios normales relacionados con la diabetes de los síntomas debido a patología.

Cualquier signo de impotencia provoca al paciente gran preocupación, con frecuencia esta alteración se asocia con la diabetes debida generalmente al desconocimiento.

Los resultados de esta investigación refieren que la mayoría de los pacientes manifiestan que dan y reciben caricias en las relaciones sexuales.

En ocasiones experimentan sentimientos positivos hacia su pareja, confianza, dan importancia a su pareja y se sienten importantes, la frecuencia de las relaciones sexuales les satisface, sienten libertad, sus relaciones son apasionadas y placenteras, respeto, planean las relaciones sexuales y expresan lo que les gusta y no.

REFERENCIAS

1. Marañón, G. La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales, 2009.
2. Benítez Robledo C. Las actitudes ante la sexualidad en la capacidad para conseguir el orgasmo durante el coito, 2011.
3. Brannon, L Feist, J. Psicología de la salud. Ed. Madrid, 2001.
4. Martínez V, Montero C. Comportamientos sexuales. Rev. Médica de Chile, 2007.
5. Justel, N. Comportamiento sexual. Rev. Latinoamericana de psicología, 2009.
6. Herrera, Adela. Sexualidad en la vejez. Revista médica del instituto mexicano del seguro social, programa diabetimss, 2003.
7. Alberoni F. Sexo y amor. Ed. Trillas, 2006.

Dimensiones sanitarias y determinantes del tabaquismo

Health determinants and dimensions of smoking

Everardo Guzmán Sillas¹, Rogelio A. Fernández Argüelles², María Cristina Ortiz León³, Martha Edith Cancino Marentes²

Introducción

Hoy día el tabaquismo es un problema de salud pública mundial que afecta no solo a la persona que lo consume, sino también a su medio familiar, cultural, económico, político y social. Cada vez se destina mayor cantidad de dinero en tratar de reducir el consumo de tabaco, pero también se utilizan más recursos en la prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas al tabaquismo.

Desde 1920 se conoce los efectos nocivos del tabaco, pero en la década de 1950 sus consecuencias comenzaron a causar alarma. En ese corto plazo, en algunos países como en Canadá la mortalidad por cáncer de pulmón se quintuplicó.

Se sabe que los productos de tabaco son adictivos y que casi siempre la adicción empieza en la adolescencia. A pesar de esta urgente situación, han sido insuficientes las medidas tomadas para desacelerar o hacer retroceder la epidemia.

De acuerdo a la cuantiosa evidencia científica disponible, el tabaquismo se asocia a mayor probabilidad de ocurrencia de muerte prematura;. El humo de tabaco contiene alrededor de 4,000 componentes químicos, entre los que destacan una docena de gases algunos muy tóxicos para el organismo, como los alquitranes, monóxido de carbono, amoniaco, ácido cianhídrico y la nicotina.

Los determinantes de la salud

El modelo de determinantes de salud más conocido por su carácter integrador y repercusión internacional en las políticas de la salud pública ha sido el de Lalonde (1974), que definió un marcoconceptual comprensible para el análisis de la situación de salud y gestión sanitaria.

Las políticas y acciones para la salud deben de estar diseñadas para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de eliminar las causas de la mala salud antes de que se puedan presentar problemas por causas no atendidas a tiempo. Bajo el modelo de Lalonde, los factores determinantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones, denominadas campos de la salud: Biología humana, Medio Ambiente, Estilos y Hábitos de Vida y Organización de los Sistemas de Salud⁽¹⁾.

En el caso de las enfermedades relacionadas con el tabaco, el hábito de fumar es el determinante de mayor impacto.

Un hábito es un aspecto complejo de la conducta humana. Tiene que ver con el entorno familiar y social; con las presiones de grupos a favor o en contra; con la publicidad, los incentivos o con la propia persona. Es, por lo tanto, un aprendizaje construido en años como el de fumar. Debido a esto y tratándose de un hábito negativo como el tabaquismo, la información como único recursos para abandonarlo no es suficiente⁽²⁾.

El tabaquismo casi nunca permanece como único hábito, sino que se acompaña del consumo de otras sustancias como el alcohol entre las más importantes siguiéndole el consumo de cocaína y otras sustancias.

En el presente siglo hemos sido testigos de sensacionales avances en la tecnología y en las prácticas médicas, de cambios relevantes en la actitud de los profesionales de la salud ya sea en la medicina privada o en la salud colectiva. De esta manera, se han observado actitudes positivas de los individuos hacia

1 Egresado de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit.

2 Profesor Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit

3 Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana

fecha de recibido: 4 de nov de 2017 Fecha de aprobado: 7 de noviembre de 2017

su propia salud y a las acciones que cree que le benefician; pero desafortunadamente, junto con algunas conductas de ciertos grupos que dañan la salud y el bienestar de la sociedad.

Han aparecido, por otra parte, nuevos y complejos problemas de salud, como consecuencia del desarrollo social y de las conductas que se han ido adoptando. Dentro de estos problemas de salud se encuentra el tabaquismo, que por la magnitud que ha alcanzado se le ha catalogado ya como un problema de salud pública de máxima repercusión mundial⁽²⁾.

Definición y clasificación del tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM V) como “trastornos por uso del tabaco”⁽³⁾.

Se ha definido al tabaquismo como la gran epidemia silenciosa del siglo XX debido al impacto que tiene en la salud de los fumadores, así como los costes, directos e indirectos que se derivan de este comportamiento tan poco saludable.

Se reconoce que el tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la nicotina, se manifiesta a través de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia y en el individuo, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; constituye una dependencia como la que se evidencia en otras adicciones⁽²⁾.

La OMS considera al consumo de tabaco un trastorno que incluye: un consumo perjudicial que causa problemas físicos o psicológicos, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia y reconoce que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos secundarios peligrosos⁽⁴⁾. La taxonomía del hábito de fumar es muy importante pues está relacionada con los riesgos⁽²⁾.

- Fumador. Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. Dentro de este grupo se puede diferenciar:
- Fumador diario. Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.

- Fumador ocasional. Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se le debe de considerar como fumador.
- Fumador pasivo. Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.
- Ex fumador. Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.
- No fumador. Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

El problema de salud pública

Al paso del tiempo se ha ido considerando al tabaquismo como un problema de salud pública debido al alto consumo de tabaco que ha venido manifestando la sociedad a nivel mundial, existiendo consecuencias sociales y económicas que resultan severas. Es importante señalar que el tabaquismo ha sido estudiado como un problema sociológico con enfoques socioeconómico, político y cultural. Es abordado desde una perspectiva multicausal que parte de lo general a lo particular, es decir, de las determinaciones más generales, las económicas y sociales, a las particulares, individuales y psicosociales⁽⁴⁾.

Dicha problemática se fue desarrollando por la industria tabacalera que se consolidó gracias al consumo de su alta producción, se expandió ya que no hubo impedimento alguno para limitarlo. Entre sus tácticas para incrementar sus ventas la más utilizada ha sido la publicidad en todos los medios que ha servido para motivar el consumo. Aquí lo que importa no es lo que la sociedad necesite, si no lo que las industrias produzcan y vendan⁽⁵⁻⁷⁾.

Se han ido buscando soluciones para poder controlar o disminuir el consumo de tabaco tratando de modificar la problemática pero sin modificar el ambiente social. Algunas propuestas han sido dándoles un lugar a la proposición de los enfoques ambientales, es decir, el ambiente social evitando el consumo en lugares públicos, la restricción del acceso a menores al consumo de tabaco, así como el aumento de costo y el uso de medios de comunicación para combatir el tabaquismo y la disminución de la accesibilidad social⁽⁸⁾.

Dicha problemática se fue desarrollando por la indus-

-tria tabacalera que se consolidó gracias al consumo de su alta producción, se expandió ya que no hubo impedimento alguno para limitarlo. Entre sus tácticas para incrementar sus ventas la más utilizada ha sido la publicidad en todos los medios que ha servido para motivar el consumo. Aquí lo que importa no es lo que la sociedad necesite, si no lo que las industrias produzcan y vendan⁽⁵⁻⁷⁾.

Se han ido buscando soluciones para poder controlar o disminuir el consumo de tabaco tratando de modificar la problemática pero sin modificar el ambiente social. Algunas propuestas han sido dándoles un lugar a la proposición de los enfoques ambientales, es decir, el ambiente social evitando el consumo en lugares públicos, la restricción del acceso a menores al consumo de tabaco, así como el aumento de costo y el uso de medios de comunicación para combatir el tabaquismo y la disminución de la accesibilidad social⁽⁸⁾.

En la actualidad, para enfrentarnos a los nuevos problemas sociales que se están definiendo como preocupaciones sanitarias a causa de su conexión directa con la morbilidad y la mortalidad, crece el interés por trasladar más expectativas al personal de salud, ya que los programas de educación sanitaria no los contemplan a pesar de que ellos son los portavoces de la medicina preventiva y curativa⁽⁹⁾.

El tabaquismo es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte que conocemos. No sólo condiciona la adicción y dependencia física ocasionada por la nicotina, sino también la dependencia psicológica, debido a las asociaciones entre situaciones agradables y fumar, como son las reuniones sociales y el consumo de café y bebidas alcohólicas. Lo que caracteriza a la dependencia a la nicotina es la existencia de una necesidad o compulsión hacia la toma periódica de la misma, que en este caso es el tabaco⁽⁸⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS), aconsejó la sustitución del término adicción por el concepto más preciso de dependencia.

El grado de dependencia presenta una gran variabilidad interindividual. En el caso del tabaco como en otras sustancias adictivas, hay personas que lo consumen con moderación o de forma ocasional o social, mientras que otras, tras el periodo breve o largo de consumo se convierten en consumidores compulsivos

con una enorme dificultad para abandonar el consumo de tabaco. Según la OMS el tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura del mundo⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Dimensión sanitaria del tabaquismo

En la actualidad, el consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año y también se le atribuye la muerte de 1 de cada 10 adultos. Se estima que en el año 2020 la mortalidad atribuible al consumo de tabaco superará los ocho millones de muertes anuales. El tabaquismo está entre los 5 principales factores de riesgo de mortalidad en el mundo⁽⁸⁾.

En Europa el tabaquismo provoca cada año 1.2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer, y es la principal causa del 95% de los cánceres de pulmón, del 90% de las bronquitis y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares⁽¹³⁾.

Según la OMS existen en el mundo más de 1,100 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47% de los hombres y un 11% de las mujeres en éste rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. El 74% de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos⁽¹⁴⁾.

España tiene una de las mayores tasas de prevalencia de la Comunidad Europea con un 27,1% de fumadores entre la población mayor de 16 años y apenas un 1% de reducción entre 2003 y 2007. En los países del este europeo hay más fumadores por lo que la prevalencia media en toda Europa es de 28,6% (40% de varones y 18,2% de mujeres)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

En América Latina y el Caribe, el tabaco causa 135,000 muertes al año, un costo humano muy elevado para compensar cualquier ganancia financiera de la producción del tabaco⁽¹⁸⁾.

En México, 15.9% de los adultos son fumadores actuales, 24.8% de los hombres y 7.8% de las mujeres. El 48% de los fumadores actuales son fumadores activos que fuman a diario. El 99% de los hombres y 96% de las mujeres fuman cigarrillos manufacturados.

Entre los fumadores diarios de cigarrillos, en promedio, los hombres fuman 9.7 cigarrillos por día y las mujeres 8.4. La edad de inicio de fumar entre los hombres que fuman a diario que están entre los 18 a 43 años. El consumo de tabaco en mayores de 20 años es de 18.9% (hombres 30.4%, mujeres 9.5%) y una prevalencia de consumo diario de 13.3% (hombres 21.6%, y mujeres 6.5%). En 2008 la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) en población de 12 a 65 años encontró una prevalencia de tabaquismo de 18.5% (hombres 27.8% y mujeres 9.9%). La prevalencia en las zonas urbanas fue mayor que en las zonas rurales con un 20.4% y un 11.3% respectivamente⁽¹⁹⁾.

En Nayarit, los fumadores activos constituyen aproximadamente el 17.6% de la población (cerca de 95 mil personas) con una prevalencia menor al promedio nacional. Los fumadores activos inician el consumo diario de cigarrillos a los 16.5 años⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Dimensión económica

El costo de las enfermedades generadas o agravadas por el tabaquismo para los sistemas de salud es enorme; en el caso del IMSS el costo total anual para por estas enfermedades ascendió a 12,100 millones de pesos en 2004. Los costos atribuibles al consumo de tabaco corresponden a 7,100 millones de pesos, lo cual equivale a 4.3% del gasto de operación de la institución en ese año. Estimaciones de la Secretaría de Salud señalan un costo cercano a los 30 mil millones de pesos anuales para el Sistema Nacional de Salud, como consecuencia de atención de padecimientos ligados a éste hábito⁽²¹⁾.

Aunque para algunos países el consumo de tabaco en la población lleva ganancias al gobierno por los impuestos que se le aplican, no es tan beneficioso como parece ya que los efectos del tabaco son mayores a las ganancias económicas que aportan los impuestos que se le aplican. Estos gastos incluyen atención a los enfermos por causas relacionadas al tabaquismo, disminuye la productividad de la persona a causa de enfermedades, hay muerte prematura y daño al medio ambiente. Por otra parte, las personas que fuman realizan un gasto económico diario para adquirir este producto que, con el tiempo se convierte en una cantidad importante de dinero.

El tabaco es uno de los grandes desafíos de la salud.

El papel del médico es clave en la educación y promoción de conductas saludables y en el control del tabaquismo. Está en primera línea para ayudar a los pacientes a dejar de fumar y sus esfuerzos pueden contribuir a disminuir la prevalencia del tabaquismo y la morbilidad y mortalidad atribuible al tabaco⁽¹⁷⁾.

Entre los factores más importantes que pueden favorecer el consumo de tabaco, están las políticas de regulación y control del consumo de tabaco. Las medidas gubernamentales adoptadas por algunos países están muy relacionadas con el consumo de tabaco en la población, ya que influyen en la aparición de nuevos consumidores y en el deseo de abandonar el hábito entre los fumadores.

En la actualidad, muchos gobiernos aplican medidas como el control del producto, la limitación de la publicidad, el aumento de los impuestos sobre el tabaco, la prevención del consumo entre los jóvenes, entre otras medidas, para intentar reducir las graves consecuencias que produce el tabaco en nuestra sociedad.

Además de la magnitud de la epidemia deben agregarse los costos elevados consecutivos al consumo de tabaco, en particular en países en vías de desarrollo. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, las mujeres en edades productivas y la disminución de la productividad de los enfermos. De acuerdo con datos de la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta el 10% del gasto familiar para adquirir el tabaco, lo que a su vez modifica su dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud⁽²²⁾.

Dimensión social

Aunque en nuestro país ya no se transmite ningún tipo de anuncio ya sea televisivo o en la radio fomentando el uso de tabaco, por muchos años ésta práctica fue común. La mayoría de los anuncios acerca del tabaco estaban enfocados a los jóvenes donde se anunciaba como algo normal y social. Los anuncios se enfocaban a los jóvenes ya que siguen siendo los nuevos clientes potenciales para la industria del tabaco⁽²³⁻²⁴⁾.

El consumo de tabaco, más que constituir un problema en sí mismo, se encuentra asociado a diversas enfermedades crónico degenerativas que tienen un

costo elevado tanto para los servicios de salud como para el paciente y sus familiares. Un factor importante es la edad de inicio de consumo diario, situación que ayuda a analizar el nivel de dependencia que se puede crear, así como el posible consumo de otras drogas más duras.

También se ve en la dimensión social la disponibilidad con que se encuentra el tabaco, prueba de ello es que se puede conseguir en cualquier tienda comercial donde están al alcance incluso de los menores de edad. Se pueden adquirir también en restaurantes y bares^(25,26).

El Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) es un organismo creado por la OMS en el año 2003 para establecer tratados internacionales a favor de mejorar la salud pública. Es uno de los tratados que se ha ratificado con mayor rapidez en la historia de las Naciones Unidas con 168 partes Estados miembros de la OMS así como organizaciones regionales de integración económica.

Bajo este tratado se han implementado estrategias con el fin de reducir el consumo de tabaco en la población. Algunas de ellas son la implementación de programas educativos para publicar información para los riesgos a la salud que implica el consumo de tabaco. La puesta en marcha de este convenio pone de manifiesto la voluntad de los gobiernos de reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas del tabaquismo⁽²⁷⁾.

El Estado debe proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco, garantizar los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco; establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco, fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco⁽¹⁷⁾.

Políticas exitosas

Aunque no siempre las políticas internacionales, nacionales o locales tienen éxito en la meta de disminuir el tabaquismo y reducir su impacto perjudicial en la salud pública en Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es una plataforma promisoría, más o menos exitosa según la voluntad política y

fortaleza de los gobiernos firmantes para frenar o limitar los intereses comerciales de las industrias tabacaleras.

Un caso destacado por la OMS es el de Uruguay, que gracias a los esfuerzos gubernamentales se ha logrado disminuir el porcentaje de la población fumadora de un 40% en el año 2000 a un 22% en 2015, lo que significa que más de 400 000 adultos abandonaron el tabaquismo⁽²⁸⁾.

En marzo de 2005 el Ministerio de Salud de Uruguay estableció el Programa Nacional de Control del Tabaco que incluía la prohibición del uso de términos como "light" o "mild" que las marcas usan para determinadas variedades de tabaco, porque transmitían una imagen errónea de menos peligro. También obligó a que las cajetillas mostrasen en el 80% del espacio de ambas carillas imágenes que exhibiesen las consecuencias físicas del consumo prolongado. Otra medida importante fue que cada compañía tabacalera debía de limitarse a una sola variedad o marca (eliminando la idea errónea de que algunos cigarros son menos dañinos que otros) concepto conocido como Requerimiento de Presentación Única (RPU).

En febrero del 2010 Philip Morris Internacional (PMI), la compañía tabacalera más grande del mundo con sede principal en los Estados Unidos de Norteamérica, inició una demanda contra Uruguay en el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI), alegando la violación del Tratado de Inversión Bilateral (TIB) con Suiza en dos medidas de control del tabaquismo impuestas por el gobierno de Uruguay⁽²⁹⁾.

El fallo del CIADI fue a favor del Derecho a la Salud y la Vida frente a cualquier interés comercial. Una de las decisiones más importantes fue que no es necesario demostrar una asociación directa de una regulación o medida propuesta siempre y cuando se tenga un objetivo legítimo de buena fe en protección de la salud pública⁽³⁰⁾.

La lucha y victoria de Uruguay demuestra que cuando los gobiernos tienen empeño y voluntad política se puede hacer mucho por la salud de su población y que los proyectos políticos son los determinantes de mayor impacto en la salud pública.

REFERENCIAS

1. Valdés Salgado R, Hernández-Ávila M. México sin tabaco. Salud Pública de México. 2006;48:s1-s3.
2. Barrueco M., Hernández M. A., Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo 4^a Edición: Barcelona, 2009.
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th Edition). Washington, DC.
3. OMS. La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco. 2004;3.
5. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Pública de México. 2006;48:s91-s8.
6. Villalbí JR. Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Revista Española de Salud Pública. 2009;83:805-20.
7. Moreno Coutiño A, Medina-Mora Icaza ME. Tabaquismo y depresión. Salud Mental. 2008;31:409-15.
8. OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. 2009;6:6-50.
9. Shafer-Omar. El atlas del tabaco. Sociedad Americana del Cáncer; 2009.
10. Carolina-Wiesner-C. Daniel-Peñaranda. Encuesta mundial tabaquismo en jóvenes Reporte de Bogotá, Colombia. 2001.
10. Reynales-Shigematsu LM, Lazcano-Ponce E. Nuevos retos para el control del tabaquismo en México y las Américas: estrategias contra la interferencia de la industria tabacalera. Salud pública de México. 2012;54:201-3.
11. OMS. Evaluación económica para políticas públicas para el control del tabaquismo en Venezuela. . 2004.
12. Cavalcante T, Carvalho AdM, Rangel EC. El argumento de responsabilidad social de la industria tabacalera en Brasil. Salud pública de México. 2006;48:s173-s82.
13. Camaralles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda V, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Revista Española de Salud Pública. 2009;83:175-200.
14. Bianco. E. La adicción al consumo de tabaco: Una enfermedad crónica a tratar. Fundación Interamericana del Corazón. Salud pública de México. 2006;6:6-10.
15. Serván-Mori EE, Heredia-Pi IB, Reynales-Shigematsu LM, Bautista-Arredondo S. Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación. Salud pública de México. 2012;54:213-24.
16. Villalbí JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gaceta Sanitaria. 2006;20:1-3
17. Martín Moreno JM. Desde la evidencia en salud pública a la acción: La importancia del trabajo en equipo para el éxito del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Revista Española de Salud Pública. 2003;77:437-40.
- 18 Sánchez-Hernández CM, Pillon SC. Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19:730-7.
19. Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Resultados por entidad federativa, Nayarit In: Conadic INdSP, editor. Conadic2009. p. 11.
20. OMS. El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Versión panamericana. Instrucciones relativas a las preguntas 2010.
21. Reynales-Shigematsu L, Juárez-Márquez S, Valdés-Salgado R. Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos Salud pública Méx vol.47 no.6 nov./dic. 2005
22. Serván-Mori EE, Heredia-Pi IB, Reynales-Shigematsu LM, Bautista-Arredondo S. Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación. Salud pública de México. 2012;54:213-24
23. Hernández-Ávila M, Rodríguez-Ajenjo CJ, García-Handal KM, Ibáñez-Hernández NA, Martínez-Ruiz MJ. Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. Salud pública de México. 2007;49:s302-s11
24. Zavaleta Alfonso MVyc. Encuesta Mundial de Profesionales de la Salud (GHPS) Tabaquismo. El uso de tabaco en estudiantes de tercer año de medicina, enfermería y farmacia. 2006.
25. Fiore M JC. Treating Tobacco Use and Dependence. Agency for Healthcare Research and Quality 2009:5-6.
26. Villalbí JR, Cusí M, Madrueño V, Durán J, Balfagon P, Portaña S, et al. Espacios sin humo: persuasión y obligación. Gaceta Sanitaria. 2008;22:614-7.
27. OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco Ginebra. 2004
28. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2017
29. Monraz-Pérez S, Sierra-Muñoz D, Pérez-Padilla R Uruguay gana batalla contra Philip Morris y contra el tabaquismo. Neumol Cir Torax, Vol. 75, No. 3, Julio-septiembre 2016 Disponible en :www.medigraphic.org.mx
30. Kaye L. Phillip Morris loses lawsuit against Uruguay on tough tobacco rules. Triple Pundit. Fecha de consulta: 29/julio/2016. Disponible en: <http://www.triplepundit.com/2016/07/uruguay-wins-lawsuit-vs-phillip-morris-tough-tobacco-rules/> [Links]

El ludismo y el pensamiento creativo en la educación médica

Luddism and creative thinking in medical education

Valentina Katiuska Rea Rodríguez¹

¿Es el ludismo y el pensamiento creativo una alternativa adecuada para la Educación en Medicina)? ¿Deben fomentarse en este nivel de formación cuando es considerado justo el escalón previo para el inicio de la vida productiva de buena parte de la juventud?

Definir la prudencia del papel que tiene el juego y el pensamiento creativo dentro del quehacer educativo es de por sí un tema que proporciona muchos elementos de análisis y hablar del juego en la Educación en Medicina genera automáticamente una actitud de recelo. Pudiera parecer que esta tónica facilita la dispersión del aprendizaje, sin embargo la práctica demuestra lo contrario el acto lúdico dentro del aula ayuda a que los estudiantes se comuniquen, favorece hábitos de orden, responsabilidad, autonomía, etc. Según mi experiencia fomentarlo favorece el logro como individuos y como grupo, e incluye la ampliación del campo perceptivo, la formación de conciencia de sí mismos, la adecuación de la realidad, mayor desenvolvimiento en su actuación con el entorno, autonomía de pensamiento y lenguaje, construcción social, identidad propia, respeto por si y por los demás.

Dice Sastrias (1998) “ creo firmemente en el juego como alternativa para abrir camino al conocimiento, interés y disfrute... continua comentando que los juegos tienen el propósito de estimular la creatividad... ejercita la reflexión y el pensamiento.”

Entre el juego, el pensamiento creativo y el aprendizaje existe una relación estrecha, la representación de personajes y situaciones permite establecer un mejor contacto con los demás, resolver problemas con imaginación, son también actividades creadoras.

Acevedo (1999) comenta que la dinámica vivencial es una de las manifestaciones mas acabadas en las que suele expresarse el juego en la formación, continua diciendo que no se ha podido apreciar el verdadero logro educativo que redunde en la satisfacción de haber aprendido al interesante como aplicable a corto plazo.

El sustento fundamental de la actividad lúdica y el pensamiento creativo en el aula es que el hombre de por sí es un ser social con una herencia de cooperación, elevado valor fomentado por la necesidad de supervivencia, lo que le lleva en otras palabras a favorecer dentro de los grupos la relación interpersonal al permitir que se articulen los intereses propios y del resto, desarrollando habilidades expresivas al comunicarse y expresarse, propiciando equilibrio afectivo y social. Lo anterior facilita la creatividad y sensibilidad en, por y para aprender, permitiendo el desarrollo del pensamiento reflexivo que aumenta la capacidad de comprensión de la realidad, pero no solo eso, sino que convierte en un hábito el externar sus opiniones respetando las posiciones de los otros tomando una actitud reflexiva y comprometida. Estas estrategias permiten no la confrontación directa con el aprendizaje, sino la relación armoniosa con el mismo a través de un clima de alegría y libertad.

Cuando De la Torre (1997) habla de creatividad la caracteriza como el hecho de mirar donde otros han mirado y ver lo que ellos no han visto.

El pensamiento Creativo se refiere expresamente al resolver de muchas maneras diferentes problemas y/o enfrentar diferentes situaciones, lo que facilita el pensamiento productivo. Es una forma del proceso mental cuyo resultado es la producción de juicios y conclusiones prácticamente nuevos.

Tener un pensamiento creativo implica construir el presente, generar opciones, tener la mayor cantidad de respuestas o soluciones en el menor tiempo posible, además de mayor flexibilidad de pensamiento pues permite tener una conducta adaptativa que irá modificándose según lo pida la realidad, siendo tan espontáneo como se a posible permitiendo que se reformule una y otra vez el conocimiento ampliando la sensibilidad del individuo; en otras palabras, tener un pensamiento creativo quiere decir ser imaginativo, espontáneo, sensible, autónomo, independiente, intuitivo, abierto, ágil, soñador, idealista, libre y original

¹ Docente investigador de Universidad Autónoma de Nayarit.

Fecha de recibido: 21 de septiembre 2017 Fecha de aprobado: miércoles 08 de noviembre de 2017

¡TODO AL MISMO TIEMPO! Quien tiene un pensamiento creativo vive en una espiral dialéctica que no acepta ser un hecho consumado. Se convierte en un ser complejo, original, con la capacidad de vislumbrar una amplia gama de posibilidades pudiendo transitar de un extremo a otro y tomar decisiones inesperadas pero convenientes cuando sea necesario.

Amy Gutman (1996) dice que en la escuela no solo se debe aprender a comportarse de acuerdo a la autoridad, sino también a pensar críticamente de ella. La estimulación del ludismo y el pensamiento creativo implica para la escuela, el docente y el propio estudiante un mayor grado de responsabilidad consciente, pues se tiene que combinar la flexibilidad con la disciplina y la perseverancia. Tratar con individuos con pensamiento creativo cuya formación abordo seriamente las actividades lúdicas, habla de alternar entre imaginación y fantasía por un lado y por otro con un arraigado sentido de la realidad, es decir habla de una unidad dialéctica entre contrarios de cuya lucha nacerá un producto diferente y original. Es función de la escuela enseñar a pensar lógicamente, argumentar coherentemente y evaluar alternativas relevantes antes de arribar a una conclusión, intentando adelantarse a los hechos, presentando un abanico de posibilidades con flexibilidad y actitud innovadora. Es conveniente alimentar la curiosidad esencial para llevar a cabo cualquier cosa, jugar con las reglas, para esto el estudiante necesita tener acceso a las condiciones de lugar tiempo y espacio con la actitud flexible del docente, de los programas de estudio y de la proyección de la escuela en lo general. Pero, ¿por qué alimentar el ludismo y el pensamiento creativo? Teniendo las condiciones ambientales, la disposición y la actitud de impulsarlo, el grupo se contagia más fácilmente para crear, y se incorporan contagiados por el mismo entusiasmo como si fuera una bola de nieve.

De esta manera se garantiza un pensamiento y una actitud fluida, analítica, individual y grupal, garantiza por lo tanto el aprendizaje intrínsecamente motivador, significativo, constructivo y operativo, pero no se puede adosar a cada estudiante como si fuera una etiqueta, pues en ello se juega la personalidad de cada uno, sin embargo si puede estimularse, propiciarse, contagiarse. Contar con profesionales con pensamiento creativo es correr riesgos, riesgos que permitan apropiarse de sus actos, donde fluya gran cantidad de energía que genera interés, sensibilidad,

apertura, dedicación y respeto. Dice De la Torre (1997) que “los profesionales creativos no se improvisan. Afloran cuando hay un clima propicio. La educación juega un papel fundamental para crear este clima de estimulación creativa, en cualquier ámbito de la actividad humana”.

Betancourt (1997) afirma que el hombre se hace humano cuando crea y esto es posible cuando aparece la conciencia. Este comentario definitivamente deja huella. El ludismo y el pensamiento creativo cultivan la autonomía perceptiva y mental, pero que al mismo tiempo cultivan también el sentido de grupo, con la conciencia de lo que se haga será con intencionalidad y dirección, por lo tanto propicia la disposición y participación consciente en la transformación del medio.

Todos los que estamos inmiscuidos en el proceso educativo tenemos la responsabilidad de hacerlo desde una perspectiva crítica, progresista, obligándonos por coherencia a favorecer el ejercicio del derecho a la participación, sin olvidar que el aprendizaje es producto de una serie de elementos contenidos y reflejados en el entorno y que por lo tanto han de responder a las necesidades y exigencias planteadas.

Lo que se construya debe ser enfocado a propiciar el cambio que prepare para transitar con éxito los procesos de integración del país. Nuestro compromiso va más allá de “impartir clases”, pues la experiencia dentro del aula brinda elementos que trascienden la vida profesional e impactan en el individuo como ser humano.

A continuación tenemos comentarios de los estudiantes al finalizar algunas sesiones.

Estudiantes de 1er. Año de Medicina. Universidad Autónoma de Nayarit.

Tema: Las capas germinativas a través de canciones en equipo.

“Estuvo chido, aprendí muy rítmicamente.”

Iris Jocelín Parrao Alcantara

Repaso de desarrollo embrionario a partir de poemas
“Esta clase me pareció muy importante y divertida, vimos todo lo que se había abordado durante el curso”

Rocio del Carmen Villa Aguiar

Embriología del aparato digestivo a partir de historietas realizadas en equipo

“La manera en que se abordó el tema fue muy adecuada ya que la actividad nos ayuda a comprender de mejor manera los movimientos y rotaciones que sufre el aparato digestivo en su desarrollo y lo hicimos de manera sustanciosa y concreta además de amena.”

Luís Eduardo Gómez Sánchez

Síndromes de origen Genético utilizando dominó, baraja, memorama y lotería.

“Nos permitió reforzar los conocimientos previos y recordar los datos patognomónicos fácilmente, sin presiones.”

Cruz Raúl Chavez Vázquez Erika Guadalupe Fernández Chavez, David Gonzalez Bañuelos, Elena del Rocio Muro Coronado

Comentarios de los Estudiantes al finalizar el curso:

“Cuando entramos a clases, sabía de antemano que esta materia no sería nada fácil, ya que su contenido es bastante complejo y además no estaba seguro de si me interesaba su contenido. Vi al pasar de los días lo interesante que resultó, y si a eso le aunamos que la clase se llevo a cabo de esa manera tan agradable, eso se traduce en beneficio del salón, pues se facilita el aprendizaje de las cosas que son algo (o bastante) complejas.”

Cesar Antonio López Flores

“Mi experiencia fue increíble como siempre que se trabaja así, me gusto, y siempre me seguirá gustando la forma en que nos ofreció el conocimiento, las técnicas nos sirven además de para aprender para unirnos como grupo, Gracias Tuvimos una motivación importante”

Liliana Elizabeth López Luna

“Las clases como siempre fueron muy buenas para mí, aprendí un chorro de cosas, en serio. Muchas gracias, nos hizo convivir y participar demasiado y muy bonito”

Anonimo.

“En el curso, me gustó mucho la forma en que se desarrollaron las clases, porque nos hizo trabajar con distintos compañeros siempre y conviví con todos ellos mientras aprendía. Finalmente aprendimos mas de lo que hubieramos imaginado.”

Milagros de Jesús García Melchor.

“La clase fue divertida y me pareció fácil de comprender gracias a las diferentes dinámicas, los temas eran algo difíciles pero los trabajamos bien, lo único que me gustaría que hubieramos tenido mas tiempo con cada tema”

“Jorge Alberto García”

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

Los cuadros y figuras serán tratados en archivos independientes (por separado) al documento de Word, tratados como imágenes con una resolución mínima de 600 puntos por pulgada y entregarse en formato .JPG ò .PNG.

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

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

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

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



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

Convoca a profesionales interesados en cursar la



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Convocatoria 2018

Áreas de especialización:

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

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

Objetivo del Programa

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

Líneas de Investigación del Programa

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

Perfil y requisitos de ingreso

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

Documentación para aspirantes nacionales

(2 copias de cada documento)

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

Documentación requerida para aspirantes extranjeros

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

Información y trámites:

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT