

**EDUCAR PARA LA SALUD,
UN RETO ACTUAL**

Red Nacional
Salud y Educación

LIBRO ELECTRÓNICO



**Dra. Miriam Gómez Ortega
Dra. Vianey Méndez Salazar
Dra. Bárbara Dimas Altamirano
Dra. Jannet Delfina Salgado Guadarrama
Dra. María de los Ángeles Carpio Rodríguez
Dra. María Elena V. Escalona Franco
Mtra. Andrea Guadalupe Sánchez Arias**

ISBN: 978-607-422-708-6

MAYO 2016



Universidad Autónoma del Estado de
México



Facultad de Enfermería y Obstetricia

LIBRO DE TRABAJOS EN EXTENSO

1er Coloquio Nacional

Red Nacional
Salud y Educación



CUERPOS ACADÉMICOS

CULTURA Y EDUCACIÓN EN SALUD.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

SALUD Y EDUCACIÓN.

ENFERMERÍA Y SALUD

INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

MAYO 2016

DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. En D. Jorge Olvera García

Rector

Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca

Secretario de Docencia

Dra. en E. L. Ángeles María del Rosario Pérez Bernal

Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados

Dr. En D. Hiram Raúl Piña Libien

Secretario de Rectoría

M. en E. P. y D. Ivett Tinoco García

Secretaria de Difusión Cultural

M. en C. Ed. Fam. María de los ángeles Bernal García

Secretario de Extensión y Vinculación

Mtro. en E. Javier González Martínez

Secretario de Administración

Dr. en C. Pol. Manuel Hernández Luna

Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional

Dr. en D. José Benjamín Bernal Suárez

Abogado General

Lic. en Com. Juan Portilla Estrada

Director General de Comunicación Universitaria

M. en A. Ignacio Gutiérrez Padilla

Contralor Universitario

**LIBRO DE TRABAJOS EN EXTENSO DEL 1ER COLOQUIO NACIONAL DE LA RED NACIONAL SALUD
Y EDUCACIÓN**

Primera Edición, 2016

Dra. Miriam Gómez Ortega

Dra. Vianey Méndez Salazar

Dra. Bárbara Dimas Altamirano

Dra. Jannet Delfina Salgado Guadarrama

Dra. María de los Ángeles Carpio Rodríguez

Dra. María Elena V. Escalona Franco

Mtra. Andrea Guadalupe Sánchez Arias

(COMPILADORES)

D. R. Universidad Autónoma del Estado de México

Av. Instituto Literario No. 100 Ote.

Toluca, Estado de México

<http://www.uaemex.mx>

ISBN: 978-607-422-708-6



Impreso y hecho en México

Printed and made in México

Mayo 2016

CONSEJO EDITORIAL

Miriam Gómez Ortega

Vianey Méndez Salazar

Bárbara Dimas Altamirano

Jannet Delfina Salgado Guadarrama

COMITÉ CIENTÍFICO

Miriam Gómez Ortega

Vianey Méndez Salazar

Bárbara Dimas Altamirano

Jannet Delfina Salgado Guadarrama

María de los Ángeles Carpio Rodríguez

Carlos Flores Pérez

María Elena Columba Meza Zamora

Mayo 2016

PRESENTACIÓN

El primer coloquio de la red salud y educación ha sido organizado con la finalidad de compartir experiencias de investigación entre diversos cuerpos académicos, para difundir los avances e innovaciones producto de las investigaciones que se comparten una o varias líneas de generación de conocimiento, investigación aplicada o desarrollo tecnológico e innovación en temas disciplinares o multidisciplinarios y un conjunto de objetivos y metas académicas, para atender los programas educativos a través de la investigación colegiada para fomentar, generar o aplicar el conocimiento; al identificar, integrar y coordinar los recursos intelectuales de las instituciones en beneficio de los programas educativos y articular esta actividad con las necesidades del desarrollo social, la ciencia y la tecnología en el país a través de la red Nacional “Salud y Educación”. Está conformada por los cuerpos académicos: Cultura y educación en Salud (UAEM), Educación para la Salud (UAEM), Investigación Educativa en odontología (UAEM), Salud y Educación (UAQ), Enfermería y Salud (UV) el programa de trabajo contempló la organización de un Coloquio Nacional de investigación en el que se difundieron los trabajos conjuntos realizados como grupo de investigación a través del intercambio de experiencias entre actores de espacios académicos de universidades nacionales, unidos por un fin como lo es la investigación.

ÍNDICE

TEMA/AUTOR(ES)	Pág.
Actitudes y aprendizaje basado en problemas para el autocuidado en el manejo de residuos hospitalarios en enfermería <i>Micaela Olivos Rubio, María Dolores Martínez Garduño, Patricia Cruz Bello</i>	11
Baja productividad en las organizaciones debido a la ociosidad en la red. Software libre en las organizaciones <i>Erika Guadalupe López Cortes, Miguel Ángel Flores Rivero, Laura Cecilia Méndez Guevara</i>	23
La bioética en atención a la salud y muerte en el adulto mayor <i>María de los Ángeles Carpio Rodríguez, Vianey Méndez Salazar, Jannet D. Salgado Guadarrama, Bárbara Dimas Altamirano, Carlos Flores Pérez</i>	30
Competencias teóricas del modelo educativo de la facultad de odontología de la UAEM <i>María Elena V. Escalona Franco, Silvia Cristina Mansur Quiroga, Miguel Ángel Barajas Bustamante</i>	38
Competencias prácticas del modelo educativo de la Facultad de Odontología de la UAEM <i>María Elena V. Escalona Franco, María Florinda Vilchis García, Brisa Vizueth Enríquez</i>	65
Depresión en adultos mayores, de comunidades del D.I.F., Almoloya de Juárez <i>María Isabel Ruiz Correa, Livia Quiroz Benhumea, María de los Ángeles Carpio Rodríguez, Alejandra Hernández Castañón</i>	89
Determinación del índice CPOD en escolares de 6 a 11 años de edad en la Escuela Primaria “Josefa Ortiz de Domínguez” <i>María Elena V. Escalona Franco, María Florinda Vilchis García, Brisa Vizueth Enrique</i>	97
Diagnóstico de salud en trabajadores en una empresa alimenticia del Estado de México <i>Claudia Concepción Santana González, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias</i>	109
Diseño y aplicación de material educativo para el desarrollo psicomotriz y del aprendizaje <i>Jesús Gómez Hernández, Valeria Melissa González García, Laura Cecilia Hernández Guevara</i>	117
Educación para el desarrollo sostenible tarea del profesor universitario <i>Gloria Ángeles Ávila, Alejandra del Carmen Maciel Vilchis, Teresita de Jesús Escobar Chávez</i>	130
Educación para la salud a partir del diagnóstico de toxicomanías en familias de universitarios <i>Bárbara Dimas Altamirano, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Genoveva González González, María Elena Columba Meza Zamora</i>	143

El rol del docente en el aprendizaje cooperativo <i>Beatriz Moreno Guzmán, Isela Mendoza Lorenzo, Yolanda Rojas Quintana</i>	154
Niveles de empoderamiento en estudiantes y personal de Enfermería <i>Cristina H. Saavedra Vélez, María Elena Columba Meza Zamora, Maricela González Montiel</i>	167
Estrés laboral docente y su relación con el género <i>Laura Verónica Reyes Gómez, José Antonio Karam Calderón, María Elena Rolanda Torres López</i>	176
Evaluación de la implementación de los planes de cuidados estandarizados en el de Ginecología y Obstetricia <i>Cuevas Peñaloza María Antonieta, María de los Ángeles Monroy Martínez, Blanca Díaz Bernal</i>	187
Evaluación del trato digno en el personal médico de un hospital del Estado de México <i>Tania Michel Mariano Cruz, Natalie Bonaga Aguirre, Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano</i>	196
Experiencia en la clínica de lactancia materna <i>Genoveva González González, Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, María Alejandra Hernández Castañón</i>	206
Experiencias en el ámbito de educación, CA “Clínica Médica” <i>Araceli Consuelo Hinojosa Juárez, Oscar Ortiz Valle, Karla Daniela Contreras Laguna</i>	227
Identidad colectiva y la distingibilidad de los sujetos en Los Consejos Técnicos Escolares. <i>Florentino Silva Becerra</i>	240
Imagen social de enfermería por el paciente hospitalizado <i>José Luis Alejo Montaña, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Bárbara Dimas Altamirano, Genoveva González González</i>	257
Impacto de la actividad física en los pacientes con diabetes mellitus tipo II <i>Claudia Rodríguez García, Miriam Guadalupe Hernández Yáñez, Deysi Reséndiz Mendoza</i>	268
La trascendencia de la investigación de enfermería en la práctica del profesional <i>María de los Ángeles Aída Terrazo Sánchez, Carolina Manrique Nava</i>	280
La tutoría como estrategia educativa <i>Cesar Monroy Mondragón, Ariadna Rodríguez Romero</i>	311
Trato digno por el personal de salud en un hospital de tercer nivel <i>Natalie Bonaga Aguirre, Iris Hayde Arzate Arzate, Tania Michelle Mariano Cruz, Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano</i>	323

Patrones de distribución de salud en la zona metropolitana de Toluca, 2000 y 2010	334
<i>Jesús Emilio Hernández Bernal, Alfredo Estrada Ramírez, Roque Ortega Alcántara</i>	
Percepción de salud de los estudiantes de enfermería	371
<i>Karla Laura González Peña, Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Vianey Méndez Salazar</i>	
Perfil profesional de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del Centro Universitario UAEM Zumpango	381
<i>Areli Mimblera Maturano, Lilia Esther Santana Castro, Ruth Sebastián Pérez</i>	
Prevalencia de estrés en estudiantes universitarios	393
<i>María Elena Columba Meza Zamora, Ariadne Rubí Piedra García, Cristina Hortensia Saavedra Vélez</i>	
Superación de la EBC en el docente universitario	404
<i>María Elena V. Escalona Franco, María Florinda Vilchis García, María de la Luz Sánchez Medina</i>	
Teléfonos móviles como riesgo biológico en personal de salud de un hospital de tercer nivel de Toluca	425
<i>Viridiana Rebollar Cabrera, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias</i>	
Uso correcto de los inhaladores de dosis medida	435
<i>Marcos Mauricio Ponce Arana, Noé Cejudo García, Vianey Méndez Salazar, María de los Angeles Carpio Rodríguez</i>	
Uso de tecnologías en el aprendizaje académico de alumnos universitarios	444
<i>María Eugenia Álvarez Orozco, María Dolores Martínez Garduño, Teresa Rojas Rodríguez, Lilia Reyes Palomares, Miguel García Vázquez, Arely Torrijos Sosa</i>	
Imagen Corporal: el adulto mayor	457
<i>Marco Antonio Contreras Medina</i>	
Experimentación en seres humanos	466
<i>Derik Geovani Vilchis Roa</i>	
Estrés de los estudiantes de la Facultad de Enfermería ante la realización de la clínica en salud reproductiva	477
<i>María Esther Bobadilla Serrano, Bárbara Dimas Altamirano, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Jannet Delfina Salgado Guadarrama, María Elena Columba Meza Zamora</i>	
Relaciones Humanas en Enfermería, análisis mediante un comparativo del Sistema de Salud	486
<i>Alejandra Romero Andrade, Carlos Flores Pérez, Serafín Flores de la Cruz</i>	

Incendios en reuniones sociales, ¿Un fenómeno socio-organizativo?	498
Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Genoveva González González, Claudia Concepción Santana González.	
Proyecto: Observatorio geográfico: salud y riesgos en México	507
<i>Marcela Virginia Santana Juárez, Alfredo Estrada Ramírez, Jesús Emilio Hernández Bernal, Roque Ortega Alcántara</i>	
Experiencias educativas sobre modelado en UML de un objeto educativo multimedia-didáctico.	514
Mendoza Zarco Beatriz, Méndez Guevara Laura Cecilia, Ruiz Reinoso Adriana M.	

ACTITUDES Y APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS PARA EL AUTOCUIDADO EN EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN ENFERMERÍA

Micaela Olivos Rubio¹

María Dolores Martínez Garduño²

Patricia Cruz Bello³

INTRODUCCIÓN

Aprendizaje basado en Problemas

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) se sustenta en diferentes corrientes teóricas sobre el aprendizaje humano, pero tiene particular presencia la teoría constructivista, incluye el desarrollo del pensamiento crítico en el mismo proceso de enseñanza aprendizaje, no lo incorpora como algo adicional sino que es parte del mismo proceso de interacción para aprender. Es un modelo docente basado en el estudiante como protagonista de su propio aprendizaje. Facilita no sólo la adquisición de conocimientos de la materia, sino también ayuda al estudiante a crear una actitud positiva para el trabajo en equipo, capacitándolo para trabajar con otros, acontecimiento imprescindible en la formación de profesionales de enfermería en los que la realidad laboral y docente se sostiene sobre el trabajo en equipo. (Ayala, 2011:10)

El ABP es una estrategia de enseñanza-aprendizaje que se inicia con un problema real o realístico, en la que un equipo de estudiantes se reúne para buscar una solución.

¹ Doctora en Ciencias de la Educación, Docente de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estados de México, Integrante del cuerpo académico, “Ejercicio en Enfermería” y con producción científica en la línea de investigación en Salud comunitaria. Participación ponencias en eventos científico académicos institucionales, nacionales e internacionales.

² Doctora en Ciencias de la Salud. Integrante del Comité Curricular en diversos periodos. Cuerpo Académico “Ejercicio en Enfermería”. Investigaciones con financiamiento UAEMéx. Estancia académica Universidad de Murcia, España. Publicaciones en diversas revistas nacionales e internacionales. Participación ponencias en eventos científico académicos institucionales, nacionales e internacionales.

³ Doctora en Ciencias de la Salud. Integrante del Comité Curricular en diversos periodos. Cuerpo Académico “Ejercicio en Enfermería”. Investigaciones con financiamiento UAEMéx. Publicaciones en diversas revistas nacionales e internacionales. Participación ponencias en eventos científico académicos institucionales, nacionales e internacionales.

El problema debe plantear un conflicto cognitivo, debe ser retador, interesante y motivador para que el alumno se interese en buscar la solución. Este problema debe de ser lo suficientemente complejo, de manera tal que requiera de la cooperación de los participantes del grupo para abordarlo eficientemente. (Morales, 2004:145)

El ABP apoyándose en la teoría constructivista del aprendizaje, logra que el conocimiento, al estar en movimiento y en constante cambio se va incorporando mediante instrumentos de estudio y asimilación teórico-práctica, lo que provoca que el alumno sea consciente y responsable de su propio aprendizaje. En su evolución formativa el quehacer del alumno será de una implicación casi total, y los resultados serán los conocimientos que el mismo ha ido confeccionando. (Santillán, 2006:4)

Los objetivos del ABP se plantean en función de sus fines fundamentales, así como de los diferentes componentes que participan en el proceso:

- Desarrollar el pensamiento crítico a través de la revisión lógica, razona e integral de problemas reales.
- Adquirir conocimientos y las herramientas metodológicas necesarias para el análisis de situaciones complejas y de estructura multidisciplinaria.
- Incrementar las habilidades para aprender en forma independiente y en participación colaborativa en grupos de trabajo pequeños.
- Mejorar la capacidad para identificar información relevante relacionada con la solución de problemas específicos y realizar su evaluación crítica.
- El ABP proporciona un sistema de libertad para seleccionar objetivos y estrategias para que los alumnos aprendan de acuerdo con sus propias características y estilos de aprender. (López, 2008:199)

La importancia del ABP para el estudiante de enfermería radica en el aprendizaje de los contenidos de la asignatura basándose en casos similares a los que el estudiante vive en sus prácticas clínicas y en su futura realidad laboral. Con este aprendizaje los estudiantes comparten la posibilidad de practicar y desarrollar habilidades como la

observación y el análisis de actitudes y valores, que con el método tradicional docente no puede llevarse a cabo.

Residuos Hospitalarios

En cuanto a los Residuos Hospitalarios (RH) O Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos(RPBI) La Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, los RPBI como, aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos, que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente; entendiéndose como agente biológico-infeccioso a cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inoculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada. (Volkow, 2012:65)

Se consideran residuos peligrosos biológico-infecciosos los siguientes: La sangre, los cultivos y cepas de agentes biológico-infecciosos, los tejidos patológicos, órganos y partes que se extirpan, las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excremento, los cadáveres, los residuos no anatómicos: (NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002:14)

Los materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido céfalo-raquídeo o líquido peritoneal.

Los materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.

Los materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre, o secreciones de pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así

como otras enfermedades infecciosas emergentes según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.

Los objetos punzocortantes: Los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.

Las barreras de protección que se utilizan en el hospital casi siempre tienen una doble función, la de proteger al paciente de la infección en los procedimientos invasivos y la del riesgo biológico del personal en la manipulación de los fluidos corporales de los pacientes.

Lavado de manos: Es la principal medida para la protección del personal de salud frente al riesgo biológico, la importancia de esta medida radica en que las manos son un vehículo importante en la transmisión de gérmenes.

- Antes y después del contacto directo con el paciente.
- Antes de manipular un dispositivo invasivo, a pesar del uso de guantes.
- Después del contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.
- Después del contacto con objetos localizados alrededor del paciente.

Mascarilla: Actúa como filtro para la protección de los pacientes en la realización de procedimientos invasivos y al personal sanitario para la protección de la nariz, ojos y boca en procedimientos de riesgos de salpicaduras con fluidos corporales. Guantes: Son una barrera de protección de las manos del personal de salud cuando se va a tener contacto con la piel no intacta, con membranas y mucosas con secreciones y excreciones; cuando se maneja material o equipo contaminado. Goggles: Actúa como barrera de protección durante procedimientos que puedan generar salpicaduras. De

esta manera las mucosas conjuntivales, se protegen de secreciones, sangre o fluidos corporales procedentes de pacientes que pudieran estar infectados. Bata: Actúa como barrera de protección, para reducir riesgos de salpicadura con fluidos corporales y líquidos desinfectantes de los antebrazos y el uniforme del personal sanitario. (Ayuso, 2010:336)

Autocuidado en Enfermería

La Enfermería es una profesión científica dedicada a la atención de la salud y bienestar de los seres humanos. Lo que implica la prestación del cuidado humano a las personas, familia y comunidad, con el fin de promover y conservar la salud, prevenir y curar la enfermedad y/o en su caso restaurar la salud, siendo el cuidado y autocuidado su principal objeto de estudio. Es un eje importante para los profesionales de la enfermería teniendo en cuenta que cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo, el cuidar contribuye a promover y desarrollar las potencialidades de las personas. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle (Neveu, 2007:95)

Para un autocuidado eficiente la educación tiene una función relevante ya que mediante ésta se promueven determinados comportamientos en los individuos, haciendo que éstos actúen de una cierta manera en sus relaciones sociales y en las que mantienen con la naturaleza. Siendo así que para cambio de conocimientos y actitudes en el área de las ciencias ambientales tenemos a la educación ambiental que es el proceso en el cuál el individuo va logrando asimilar los conceptos e interiorizar las actitudes mediante las cuales adquiere las capacidades y comportamientos que le permiten comprender y enjuiciar las relaciones de interdependencia establecidas entre una sociedad, su modo de producción su ideología y su medio biofísico. (Rojas, 2010:264-273)

OBJETIVOS

General:

Evaluar la modificación de actitudes para el autocuidado de los estudiantes en el manejo de residuos hospitalarios aplicando la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas.

Específicos:

- Identificar la relación de los aspectos sociodemográficos de los estudiantes de enfermería con la aplicación del ABP.
- Describir las actitudes de los estudiantes sobre la importancia en el manejo de los residuos hospitalarios posterior a la aplicación del ABP.
- Describir las actitudes de los estudiantes sobre el interés en el manejo de los residuos hospitalarios posterior a la aplicación del ABP.
- Identificar las actitudes de los estudiantes sobre los riesgos para la salud en el manejo de los residuos hospitalarios posterior a la aplicación del ABP.

METODOLOGÍA

El enfoque de la investigación es cuantitativo, tipo de estudio Cuasiexperimental, transversal con pre y post prueba, pertenece a la línea de investigación comunitaria.

El Tipo de muestreo fue no probabilístico, con una muestra de 55 alumnos del 2° periodo de la Licenciatura en Enfermería cursando la unidad de aprendizaje de Ecología en la Salud.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos, fue la encuesta y el instrumento la escala actitudinal tipo Likert, integrada con 14 ítems divididos en tres categorías:

- Importancia del manejo de los residuos hospitalarios
- Interés en el manejo de los residuos hospitalarios
- Riesgos para la salud en el manejo de los residuos hospitalarios.

En la fase teórica, se recolectó información en la biblioteca de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, y en bases de datos en Redalyc, Scielo y páginas electrónicas de la Secretaría de Salud (SSA), Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), Cámara de diputados, etc., posteriormente se seleccionó la información para conformar los capítulos que constituyen el marco de referencia de esta investigación.

Para la aplicación del instrumento se solicitó la autorización de las autoridades de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx para llevar a cabo la presente investigación. En cuanto a la aplicación del instrumento, se realizó en dos fases: la primera fase consistió en la aplicación de la pre prueba, posteriormente se realizó la metodología del ABP, dirigida a los alumnos del segundo período, que cursaban la unidad de aprendizaje de Ecología en la Salud, durante las horas de docencia, en la cual se les entregó un problema relacionado con el autocuidado en el manejo de los residuos hospitalarios, elaborados por las investigadoras responsables del proyecto de investigación, para la aplicación de la metodología se formaron equipos de trabajo, para llevar a cabo las técnicas de los problemas planteados, en la cual realizaron la técnica de investigación bibliográfica sobre los residuos hospitalarios. Para la solución de los problemas planteados durante la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas, se llevó a cabo por medio de las técnicas de aprendizaje como mapas mentales, análisis explicativo y solución del problema. Para la segunda fase, una vez terminada la implementación del ABP, se aplicó la post prueba.

El procesamiento de la información se elaboró una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17 en español, en el cual se capturaron los datos de la ficha de datos socioeconómica y de las categorías, posteriormente se realizaron cuadros para realizar una clasificación de acuerdo a sus

categorías de: importancia en el manejo de los residuos hospitalarios, interés en el manejo de los residuos hospitalarios, riesgos para la salud en el manejo de residuos hospitalarios. La estadística empleada fue la descriptiva, para variables cuantitativas con frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central como la media, mediana, moda, mínimo y máximo, para la diferencia de grupos dependientes.

El aspecto bioético de la investigación se basó en lo establecido en la Ley y Reglamento General de Salud y aprobado por el comité de comité de bioética del Centro de Investigación en Ciencias Medias (CICMED)

RESULTADOS

La edad predominante fue de 18 y 19 años con un 34.5% cada una del total de los estudiantes, seguido de un 16.4% para los estudiantes de 20 años, la edad de 21 años obtuvo el 5.5%, con una media de 19.75%.

El género predominante para el aprendizaje del autocuidado es el femenino con un 92.7%, siendo éste un indicador de que la licenciatura de enfermería es en la actualidad la licenciatura de elección para las mujeres, no obstante el género masculino obtuvo un 7.3%.

El estado civil de los estudiantes de enfermería en un 94.5% se identificaron como solteros, y un 5.5% son casados.

En la categoría importancia en el manejo de los residuos hospitalarios para la pre prueba, los estudiantes manifestaron actitudes indiferentes al obtener un 60.0%, el 38.18% manifestó actitudes positivas y solo el 1.82% refirió actitudes negativas, para la post prueba el 54.55% manifestó actitudes positivas, no obstante un 45.45% refirió tener actitudes indiferentes.

En la categoría interés en el manejo de los residuos hospitalarios, en la pre prueba los estudiantes presentaron un 72.73% de actitudes indiferentes, el 25.45% fueron actitudes positivas mientras que el 1.82% manifestó actitudes negativas, no obstante en la post prueba un 34.55% manifestaron actitudes positivas y un 64.45% mantuvieron actitudes indiferentes.

Para la categoría riesgos para la salud en el manejo de los residuos hospitalarios en base a la pre prueba los estudiantes manifestaron actitudes positivas al obtener el 80.0%, mientras que el 20.0% manifestó actitudes indiferentes, para la post prueba las actitudes positivas obtuvieron un 94.55% mientras que las actitudes indiferentes solo obtuvieron un 5.45%.

CONCLUSIONES

Con respecto a los datos sociodemográficos que se obtuvieron, estos indicaron que la población que conformaron los estudiantes de enfermería, fue una población joven, y en su mayoría ejercida por el género femenino.

En forma general se obtuvieron cambios positivos en las actitudes de los estudiantes después de aplicar la metodología del ABP, en el autocuidado en el manejo de los residuos hospitalarios, cambiando sus actitudes en las categorías sobre: la importancia en el manejo de los residuos hospitalarios la cual presento cambios, en las actitudes de los estudiantes, posterior a la aplicación de la metodología del ABP en los siguientes ítems; importancia en el manejo de los RH, claridad respecto al manejo correcto de los residuos, identificar los riesgos en el manejo de los residuos, trabajo en depositar en el lugar indicado los residuos y la categoría de riesgos para la salud en el manejo de los residuos hospitalarios en la que se presentaron cambios en los siguientes ítems; dificultad para identificar la clasificación, los residuos representan un peligro para los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas, manejo de los residuos adecuadamente durante la práctica clínica pueden causar alguna enfermedad, conocimientos sobre los residuos para darles un adecuado manejo durante la práctica

clínica, los residuos como riesgo para la salud. En la categoría de interés en el manejo de los residuos hospitalarios no existió cambio en las actitudes de los estudiantes quedando con un nivel de indiferencia, la cual se integro por los siguientes ítems; temor al manejar los residuos, interés al acceso de información, riesgos que representa el manejar estos residuos, molestia al contaminarse, capacitación para el manejo de los residuos.

Finalmente las actitudes de los estudiantes de enfermería en relación a las categorías estudiadas, fueron que en base a los resultados obtenidos la categoría de importancia en el manejo de los residuos hospitalarios se encontró una diferencia estadísticamente significativa al obtener $P \leq .017$, para la categoría de interés en el manejo de los residuos hospitalarios no se encontraron diferencias significativas obteniendo $P \leq .185$. Para la tercera categoría de riesgos para la salud en el manejo de los residuos hospitalarios no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas obteniendo $P \leq .084$.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Ayala, V.R. y Toro A.S., (2011). *El sentido didáctico del “Aprendizaje Basado en Problemas” en la educación médica.* *Educ MedSuper.* (En línea) No.3 Vol.25.Septiembre.2011.disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412011000300012&lng=es. (Accesado el 17 de septiembre de 2011).

Ayuso, M.D., (2010). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias.* España. Díaz Santos.

Barria, S.V. y Rosemberg, M., (2007). *Autocuidado y equipos de salud. Tendencias en salud pública: promoción a la salud.* Disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202003/Autocuidado.pdf>. (Accesado el 27 de octubre de 2011).

Carabus, O., (2010). *Creatividad, actitudes y educación.* Primera edición. Buenos Aires. Biblos.

- Cárdenas B.L., Arana G.B., Monroy R.A y García H.M.L., (2009). Cuidado profesional de enfermería. Primera edición. México. Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y escuelas de enfermería A, C. (FEMAFEE).
- Díaz, B.F., (2009). "Reseña de "Aprendizaje basado en problemas. De la teoría a la práctica" de Carlos Sola Ayape". *Perfiles educativos*, Vol. XXVIII, Núm., Enero-Marzo, pp.124-127. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13211107.pdf>. (Accesado el 21 septiembre de 2011).
- Facultad de Enfermería y Obstetricia., (2004). Enfermería Licenciatura Curriculum 2004. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Fernández, D, B., (1996). *Los residuos peligrosos en México. Evaluación de riesgo para la salud*. Salud pública de México, julio agosto año/ vol.38, numero 004. Instituto nacional de salud pública Cuernavaca México. Pp. 280-291. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10638409.pdf>. (Accesado el 25 de septiembre de 2011).
- Instituto Tecnológico de Monterrey, (2012). Disponible en: <http://sitios.itesm.mx/va/diie/tecnicasdidacticas/2d.htm>. (Accesado el 30 de septiembre de 2011).
- Ley General de Salud. (2012). Última reforma DOF 28-05-2012. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. (Accesado el 1 Junio de 2012).
- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente / delitos ambientales. (1997).1ª. Edición. México. SEMARNAP Profepa.
- López, C.M.A., (2008). "El aprendizaje basado en problemas. Una propuesta en el contexto de la educación superior en México". *Tiempo de educar*. Núm. Julio - Diciembre. pp. 199-232
- Neveu, C.A. y Matus, C.P. (2007) *Residuos hospitalarios peligrosos en un centro de alta complejidad*. Rev. Med. Chile (En línea). 2007 Jul. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872007000700009&lng=es. (Accesado el 27 de septiembre de 2011).

- Rojas, T.J. y Zubizarreta, E.M., (2010). *Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud*. Rev. Cubana Enfermería (En línea). 2007, vol.23, n.1. Pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319 (Citado el 17 de Diciembre de 2011).
- Tobón, C.O., y García, O.C., (2014). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Primera edición. Colombia. Universidad de Caldas Ciencias de la Salud.
- Volkow, P., (2012). *Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos Guía para su manejo en los establecimientos de salud*. Primera edición. México. Trillas.

BAJA PRODUCTIVIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DEBIDO A LA OCIOSIDAD EN LA RED

Software libre en las organizaciones

Erika Guadalupe López-Cortes

Miguel Ángel Noguez-Rivero

Laura Cecilia Méndez-Guevara

RESUMEN

Se propone realizar un estudio sobre la influencia de uso de las TIC en forma desmedida en las organizaciones que conlleva a una baja productividad. Pasar mucho tiempo frente a la computadora en actividades entretenimiento y ociosidad, por citar algunos ejemplos: Youtube, Juegos en línea, Facebook.

A través de pláticas de sensibilización de este tipo de fenómenos que se viven en todos los contextos cotidianos del ser humano, nos percatamos del impacto que tienen este tipo de actividades de ocio.

Realizar sugerencias o recomendaciones a las personas que utilizan las aplicaciones de la web que hemos hecho mención de tal forma que, su uso sea medido, y bien intencionado.

Palabras clave: Ocio, Internet, Productividad, TIC, Organizaciones.

INTRODUCCIÓN

La red no sólo ha facilitado el desarrollo de nuevas actividades de ocio como los juegos en línea, redes sociales, reproductores de música y video, gestores de libros electrónicos, sino también a la transformación de las actividades tradicionales así como su organización.

Debido a la evolución de la tecnología, esta se ha vuelto un factor común en nuestras vidas de manera que cualquier persona puede acceder a ella, existiendo una delgada línea entre el uso adecuado y excesivo de la misma, éste es cuando se descuidan las actividades cotidianas por estar con los aparatos digitales.

Hoy en día debido a la cercanía de los estudiantes con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) e internet se han convertido en factores para que el estudiante durante su tiempo activo de clases no preste la suficiente atención para obtener un aprendizaje de calidad, ya que estos funcionan como un distractor potencial al realizar diferentes labores dedicándole la mayoría de este espacio a la interacción con las actividades de ocio, lo cual conlleva a los alumnos a prestar poco interés en las clases teniendo como consecuencias la baja productividad.

En algunos casos el uso de estos elementos en el ámbito académico pueden funcionar no como un distractor si no como un elemento mismo para el aprendizaje, utilizando estos medios de manera tal que la clase le sea atractiva al estudiante.

METODOLOGÍA

Se ha considerado la metodología siguiente:

1. Revisión documental sobre la temática de software libre.
2. Observación dirigida en diversos espacios organizacionales.
3. Pláticas en diversos espacios de educación secundaria y medio superior.

Las pláticas realizadas han enriquecido el proyecto de software libre en las organizaciones, ya que de éste surgieron las experiencias planteadas en este documento.

Se presentan algunas evidencias del trabajo en forma fotográfica.



Imagen 1. Plática con alumnos de tercer semestre de preparatoria.

El grupo de tercer semestre mostro al inicio interés sobre el tema, poco después su atención fue disminuyendo conforme la plática continuaba, llegando a un punto que algunos alumnos buscaban la manera en que se podían distraer para no caer en aburrimiento, una acción común dentro de este grupo era recurrir a los celulares, en algunos casos específicos los estudiantes optaban por ponerse a jugar por un breve tiempo ya fuera un juego instalado o en línea.

Así mismo iniciar una conversación en sus distintas redes sociales, lo cual propicio que al realizarles algunos cuestionamientos acerca del tema explicado el estudiante no sabía que responder debido a que no presto la suficiente atención, si este escenario se traslada a las clases cotidianas con la inclusión de diversos factores como la materia que se está explicando, el horario de la clase, el método o inclusive el mismo maestro se puede asegurar que esto es una acción recurrente dentro de estos estudiantes.



Imagen 2. Plática con alumnos de quinto semestre de preparatoria.

Con el afán de corroborar se realizaron algunas preguntas para tener una idea de cómo es que estas distracciones afectan a los estudiantes y principalmente en que ocupan ese tiempo, frecuentemente respondían que aquellos que pasaban mucho tiempo jugando o revisando las distintas redes sociales, por ejemplo *Facebook*, *Whatsapp*, *Instagram*, *Twitter* y ver videos en *youtube*, no sólo lo hacen en la escuela sino que en casa también descuidan las labores por atender a éstas, quedándose hasta altas horas de la noche teniendo como característica común que las calificaciones de las materias que les parecían más aburridas tenían bajas calificaciones, las cuales llevaban al estudiante a tener la idea de sólo pasar la materia dejando de lado lo que realmente se pretende, que es logran un aprendizaje de calidad.



Imagen 3. Plática con alumnos de primer año de secundaria.

De la misma manera se abordó este tema con los niños de primer y tercer grado de secundaria siendo los primeros dentro de los distintos grupos a los que se les impartió la plática referente a este tema los que tiene mayor conocimiento e interés acerca de éste, además de que tienen esa astucia para ingeniar distintas maneras de utilizar los medios digitales ya que es una característica de las nuevas generaciones.

Haciendo énfasis en los estudiantes de primer grado siendo los que durante el desarrollo de la plática mostraron mayor interés y dudas respecto al tema, haciendo aportaciones de distintas significativas para sus compañeros de grupo y en general para la comprensión de este tema.



Imagen 4. Plática con alumnos de tercer año de secundaria.

RESULTADOS

Dentro de los resultados que se pudieron observar fue que este fenómeno de la dependencia a los aparatos tecnológicos así como el uso excesivo de las redes sociales conlleva a que el estudiante ya no es capaz de prestar la suficiente atención en el aula de clases, lo que ocasiona que el poco conocimiento que puede adquirir antes de que se distraiga quede de manera aislada.

Este tema no es ajeno a los estudiantes ya que en su mayoría tienen conocimiento de este fenómeno pero no por ello dejan de realizarlo, debido a que el uso inadecuado de las TIC no es un mal hábito sino que para esta generación lo han tomado como un estilo de vida, siendo éste un problema para su futuro, si este mal hábito de estudio no se empieza a corregir, a la larga cuando estos estudiantes se desarrollen en el ámbito profesional tendrán consecuencias aún más catastróficas, teniendo como consecuencia que la producción dentro de un trabajo a nivel profesional será demasiado bajo.

DISCUSIÓN

Un aspecto importante en la educación hoy en día dentro de los diversos niveles educativos en México es el uso irracional de las TIC, lo que para algunos docentes es una gran desventaja que los alumnos puedan acceder fácilmente y a edad temprana a este tipo de tecnologías, existe mala cultura de los padres al enfocarlos a que solo son un medio de distracción lo que con el paso del tiempo lleva al estudiante a tener la idea de que las TIC solo sirven para ello.

Este es un factor con el cual los docentes tienen que emplear una manera de enseñanza de acuerdo al tipo de estudiantes con los que trata, es decir dejando de lado la lucha contra el uso de las TIC dentro de la clase, sino orientarlos a que estas tiene un amplia utilidad.

Por lo que el docente puede utilizar distintas maneras de enfocar su trabajo, utilizando algunas herramientas digitales como lo son la implementación de las distintas redes sociales con la finalidad de que los estudiantes estén al tanto de los trabajos y tareas mediante la implementación de grupos de estudio o correo electrónico, así como la utilización de plataformas digitales por mencionar algunas: *Edmodo*, *Blackboard*, *Moodle*, siendo de gran beneficio para los docentes debido a que con la utilización de estas plataformas se tiene mayor control sobre los trabajos, y se plantea una manera estándar para la enseñanza.

CONCLUSIONES

Las pláticas a varios grupos de los distintos niveles académicos de preparatoria y secundaria, en las cuales se pudo observar este tipo de comportamientos durante las exposiciones teniendo como factor común que conforme la plática se prolongaba algunos estudiantes empezaban a perder el interés, lo cual ocasiona que estos busquen la manera de desaburrirse.

BIBLIOGRAFÍA

- La ciudad virtual más grande de Andalucía. (2010). *Edukanda*. Recuperado el 4 de Noviembre de 2015, de Guardainfo: http://www.edukanda.es/mediatecaweb/data/zip/1076/page_06.htm
- VIÑALS BLANCO, A. (2013). Las redes sociales virtuales como espacios de ocio digital. *Fonseca, Journal Of Communication*, 6(6), 150-176. Recuperado de: http://rca.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/21729077/article/view/12089/12444

LA BIOÉTICA EN ATENCIÓN A LA SALUD Y MUERTE EN EL ADULTO MAYOR

María de los Ángeles Carpio Rodríguez¹
Vianey Méndez Salazar²
Jannet Salgado Guadarrama³
Bárbara Dimas Altamirano⁴
Carlos Flores Pérez

EXPERIENCIA PROFESIONAL

En estos tiempos modernos en los que reina un ambiente utilitarista, donde se vive en una cultura de lo “desechable” y a los sectores poblacionales más vulnerables se les margina y descalifica atentando contra su dignidad como seres humanos. Se necesita ayuda de la Bioética, la cual apoyada en sus principios puede orientar a que los cuidados en los grupos vulnerables, incluyendo en estos a los adultos mayores, se realicen de una manera adecuada, cálida y paciente. En el adulto mayor encontramos que debido al proceso de envejecimiento se presenta una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad ante agresiones patológicas, dentro de estas agresiones encontramos a los problemas odontológicos que están presentes en la mayoría de este grupo etario. Resulta importante definir los conceptos de bioética y envejecimiento, para después poder analizar cómo es la relación actual entre los principios bioéticos y la vida del adulto mayor y posteriormente la muerte la bioética es la única ciencia que por medio de los derechos humanos se pone a pensar en todo ser vivo y lo lleva a la práctica

Tomando en cuenta que los seres humanos afrontamos dos causas de muerte. La prematura y por agotamiento y el tiempo natural de duración de nuestra vida. La muerte prematura puede evitarse mediante métodos que se enseñan para prolongar la vida, sin embargo cuando la causa de nuestra muerte es que ha llegado el fin del tiempo natural de duración de nuestra vida, somos como un candil que ha quedado sin aceite no hay

¹ Doctora en Tanatología. Docentes de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx

² Doctora en Educación. Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. vianey.ms@gmail.com

³ Doctora en Alta Dirección. Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. salgado_guadarramajannet@hotmail.com

⁴ Doctora en Alta Dirección. Docente de Completo de la FEyO de la UAEMéx.

manera de evitar la muerte con engaños es necesario prepararse para morir (Palabras de padmasambhava).

Según Maceo, podemos entender a la ética como un conjunto de principios, normas y valores que guían y regulan las acciones de un individuo o de un grupo profesional ante la sociedad; de igual forma la bioética puede entenderse como la ética aplicada a la salud. La bioética puede ser definida como el conjunto de conceptos, argumentos y normas que valoran y legitiman éticamente los actos humanos que eventualmente tendrán efectos irreversibles sobre fenómenos vitales. Luego entonces encontramos que el objeto de estudio de la bioética es la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. El hablar de moralidad puede resultar complejo debido a la dificultad para determinar objetivamente a la misma; según Couso se puede considerar a la moralidad como aquella cualidad de los fenómenos sociales que se expresa en la connotación que tiene para el hombre la relación con sus semejantes, por lo tanto la moral puede ser entendida como un fenómeno espiritual influido por la vida del individuo, su fortaleza y acondicionamiento social.

En lo que respecta al fenómeno del envejecimiento humano, éste puede ser visto desde varias perspectivas entre las que resaltan el envejecimiento individual y el poblacional o demográfico. El envejecimiento individual se refiere al proceso evolutivo que experimenta cada ser humano en el transcurso de su ciclo vital. Dentro del envejecimiento humano individual encontramos el envejecimiento primario, el cual se refiere al conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad; es decir los cambios propios del envejecimiento que son regulados por mecanismos genéticos, moleculares y celulares. El envejecimiento secundario es aquel que se refiere a los fenómenos selectivos o aleatorios que ocurren a lo largo de la vida de un individuo, el ejemplo más claro del envejecimiento secundario son los problemas de salud de tipo crónico y los cambios adaptativos necesarios para mantener el equilibrio en el medio interno; las investigaciones en esta área se enfocan a determinar la causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones.

Independientemente del tipo de envejecimiento que se esté hablando, existe una característica en común que es la pérdida de la reserva funcional, situación que aumenta la susceptibilidad a una agresión externa ya que se ven disminuidos los mecanismos de respuesta y la eficiencia de los mismos para equilibrar el organismo. El adulto mayor presenta una alta prevalencia de enfermedades exigiendo una mayor demanda de los servicios de salud. Sería recomendable que los profesionales de la salud tuviesen un enfoque bioético en el sentido de tratar pacientes y no enfermedades, de esta manera se encontrara en el adulto mayor una persona que experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles para él, donde existe conflicto en relación a sus aspectos bio-psico-sociales.

En relación con los principios bioéticos podemos mencionar a los siguientes: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Solidaridad, de los cuáles se hablara a continuación. En cuanto al principio de autonomía, este se refiere a la cualidad del paciente a participar en la toma de decisiones respecto a la realización de tratamientos. En este rubro encontramos uno de los aspectos más violados en el área médico-odontológica, El consentimiento informado, en el cuál el paciente manifiesta la comprensión, conocimiento y decisión respecto a una intervención médica. El principio de beneficencia, se refiere a que los profesionales de la salud tienen como obligación actuar siempre por el bien del paciente, este principio se encuentra íntimamente relacionado con el de no maleficencia, el cual se refiere a la necesidad de no hacer daño al paciente siempre basándose en una relación costo-beneficio en salud. En lo que respecta a la justicia, esta se refiere al acceso de salud para todos y a la no discriminación en el área de la salud. El principio de solidaridad es el que invita a empatizar con la persona que sufre, es decir a sentir el dolor ajeno como si fuese propio, para poder así tener una actuación ética con el prójimo.

Al analizar la relación del adulto mayor con los trabajadores de la salud, es importante considerar que la mayoría de las veces se encuentra al adulto mayor como un individuo debilitado, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás, cuestiones que obligan al

trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo a enfrentarse a determinados problemas, cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de su especialidad. Cabe mencionar que los adultos mayores tienen mayor riesgo de resultados adversos, pues frecuentemente no poseen una red de apoyo social adecuada, viven en situaciones de pobreza y hay limitación de acceso y de equidad a los sistemas de salud. La aplicación de los principios de la bioética se vuelve particularmente interesante si se toma en cuenta que la relación médica con un adulto mayor, debe ser llevada adelante por el profesional de la salud (médico-odontólogo); en tales casos se tiene en cuenta no sólo la intervención del personal de salud y del paciente, sino que además invariablemente intervendrán otros elementos como la familia (más o menos bien informada), el sistema de salud y las redes de apoyo formal e informal, por lo que pueden producirse discrepancias entre las partes interesadas en el manejo del problema, ya sea por enfermedad, discapacidad, el cambio de status y roles del adulto mayor (jubilación) o aun por problemas del espacio doméstico y social del adulto mayor que asiste a solicitar la atención de salud.

El médico-odontólogo impulsado por los principios de beneficencia-no maleficencia, y la mayoría de la veces desde una posición paternalista o contractual, rara vez (aunque se lo proponga) conseguirá alcanzar una relación de dialogo. El adulto mayor enfermo que actúa bajo el impulso de su autonomía, tomará en ocasiones una decisión precipitada, conservadora en exceso o errónea, atendiendo a criterios de salud adquiridos durante una larga existencia y que generalmente son de muy difícil modificación. La familia y el grupo social cuyo criterio se rige por el principio de justicia y con motivaciones que pueden ser la más pura búsqueda de lo mejor para solucionar el problema de salud del adulto mayor, hasta el deseo expreso de dar por terminado un "molesto problema" y pasando por la más absoluta indiferencia, a menudo entorpecen la buena marcha de la relación entre el médico-odontólogo y el adulto mayor. Se pretende violar la confidencialidad al cuestionar la competencia o incompetencia del adulto mayor, ejerciendo así presión sobre las decisiones del profesional de la salud. Se puede decir que los principios de la bioética han sido incumplidos, debido a que es violado el

principio de beneficencia, ya que en ocasiones no se brinda todo el beneficio que los adultos mayores podían haber recibido, porque a veces la atención fue retrasada. El principio de no maleficencia, que es conocido y formulado desde la época hipocrática, no se cumple, porque existe maltrato en la comunicación y no se respeta la integridad psicológica, lo cual proporciona daños en esa esfera. El principio de justicia se viola, ya que no se da a los adultos mayores lo que necesitan, lo que merecen y que no pueden tener por las limitaciones que a veces presentan y el de autonomía, porque no se respetan los valores y opciones personales de cada individuo. No se debe olvidar que la dignidad del hombre está fundamentada en su autonomía y libertad, la cual se hace vulnerable cuando llega a la etapa de adulto mayor, por el deterioro fisiológico, las enfermedades, alteraciones psicológicas, y discapacidades. El personal de salud se encuentra en la obligación de brindar el trato adecuado, además, hay que considerar al adulto mayor como una persona integral, en un contexto holístico, con necesidades físicas, biológicas, psicológicas, sociales y espirituales propias, por lo que se debe aspirar a dar una atención de excelencia a los mismos. Tomando en cuenta todos los principios bioéticos aplicados a la etapa final de la vida.

La muerte concepto universal que afecta a todas las personas en el planeta y que tarde o temprano tendremos que morir, la muerte existe a través de la vida misma, la enfermera es la parte fundamental en un tratamiento médico dentro del área de un hospital, el cual muchas veces nos preguntamos qué pasa con ese humanismo o que pasa con la enfermera que se encuentra atendiéndonos en ese momento, creemos que ha perdido la sensibilidad por lo cual no consuela en uno de los momentos más importantes para el doliente la pérdida del ser querido, en ese momento la persona se siente abandonada por el personal del hospital refiere no sentir apoyo en el momento en que el paciente está a punto de pasar a la nada por quien no se puede hacer nada como lo refiere Vicent Thomas en su libro de Antropología de la muerte.

Pero que existe detrás de esa insensibilidad del personal de enfermería, porque esa actitud tan fría hacia la muerte del paciente, ¿de verdad esta deshumanizada?, ¿o qué pasa?, bueno en primer lugar no está preparada para despedir, a quién muere en su

turno, al igual que los médicos la formación es la adecuada para atender a las personas sanas y enfermas para brindar un cuidado y más tarde reincorporarlas con su familia y a la sociedad incentivando a que aprendan a vivir con esa con la enfermedad sobre todo cuando se habla de una enfermedad crónico degenerativa. Sin embargo falta la esencia acerca del cuidado a la persona moribunda, tampoco existe la cultura de reconocer que estamos en duelo y se requiere de un especialista para el apoyo a la superación de ese duelo, en todas las personas sobre todo en el personal de enfermería que a diario afrontan la despedida de una o más personas que mueren en un hospital, sobre todo en el tercer nivel donde el paciente se encuentra por lo general grave, o es sometido a cirugías de alto riesgo en donde es una incertidumbre acerca de si saldrá bien o mal es un desafío en el que se encuentra inserta la vida y la muerte se enfrenta a una lucha entre el médico y la muerte al parecer no se ha podido llegar a un acuerdo entre estos dos personajes en donde queda inmersa la participación de la enfermera que es un actor principal en el campo laboral dentro del hospital.

La actitud de la enfermera en los momentos de muerte de un paciente normalmente queda fuera de su actividad un acompañamiento a los familiares dolientes, y es cuando los familiares comentan que la enfermera se encuentra deshumanizada por ello no les apoya en esos momentos, sin embargo de acuerdo a las entrevistas que se les realiza a un grupo de enfermeras acerca de ese acontecimiento o de esa actitud ante la muerte de un paciente algunas asocian algún acontecimiento familiar sobre su vida, hacen una introyección en su mayoría de las entrevistadas relacionan la muerte de las mujeres paciente con la muerte de la mamá de ellas, es difícil poder apoyar a los familiares cuando en esa muerte se está mirando la propia el personal de enfermería no ha superado esa muerte y eso no nos permite brindar un apoyo en esos momento a los familiares, por ello la actitud que muestran en ese acontecimiento no es que se encuentren deshumanizadas sino que son su propio duelos los que no les permiten brindar ese apoyo que solicita en ese momento el familiar y se siente abandonado .

En varias ocasiones el familiar refiere que ha sido abandonado a su suerte el paciente en etapa terminal por parte del equipo multidisciplinario, y por lo tanto no cumple con los

principios de la bioética se violan todos los principios básicos para la persona, por lo tanto el paciente continua hasta la actualidad sin un apoyo a la hora de su muerte no encuentra aún esa conexión entre el paciente, el médico y la enfermera, sobre todo en el adulto mayor en el que muchas veces ha sido abandonado en un hospital a su suerte en varias ocasiones el adulto mayor no cuenta con familiares cercanos que le apoyen en esos días de desenlace en esta vida, ya se encuentran muy cercanos a la muerte pero no hay quien les apoye en su despedida final

La OMS considera que en los países desarrollados la etapa de vida Adulto Mayor se inicia a partir de los 65 años; sin embargo para los países en desarrollo considera desde los 60 años. La ONU desde el año 1996 denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores".

Pero ni la misma OMS ha buscado un acercamiento o un programa que les hable a la preparación de la muerte, enfoca sus programas a una calidad de vida pero no existe un programa a cerca de esa muerte tan esperada en la etapa del adulto mayor no cuenta con alguna propuesta sobre la preparación para la muerte, en general pero con un enfoque hacia el adulto mayor desde la perspectiva de estas personas.

Cuando un adulto mayor llega al ciclo del desarrollo laboral cree que se encuentra cerca de la muerte sin embargo es una mentira porque ese adulto mayor vive a veces hasta los 90 años o más pero no cuenta con un proyecto de vida y por lo tanto piensa que al dejar de trabajar va a morir es otro descuido que se tiene a cerca de la muerte el no tener esa preparación la muerte debe de ser incluida en todas las etapas del desarrollo de la persona, sobre todo cuando una persona se encuentra prácticamente en espera de la muerte necesita recibir ese apoyo por parte de quien esté al frente de ese cuidado en esos momentos de partir el moribundo se sienta acompañado para poder morir bien.

CONCLUSIONES: En conclusión no existe un programa que hable a cerca de la preparación para la muerte tanto a familiares como para la persona que se encuentra terminado de acuerdo a los principios de la autonomía en el estudio realizado se ve

claramente que no son respetados tan solo por tratarse de adultos mayores, en ocasiones no son tomados en cuenta como personas como seres holísticos que son de acuerdo a los principio bioéticos.

REFERENCIAS:

Fernández, V. (2008) “Bioética. Dignidad humana y derechos del adulto mayor”. [En línea]. México, disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1074/1/Bioetica-Dignidad-humana-y-derechos-del-adulto-mayor.html> [Accesado 7 Noviembre 2013]

García, J. (2003). “Bioética y Personas Mayores”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, disponible en:

http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia_bioetica-01.pdf [Accesado 6 Noviembre 2013].

Lara, C. et al. (2013) “La bioética en el cuidado del adulto mayor”. Guatemala, Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol 5 N°3. Sección: breves, disponible en:

http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/ancianidad/BIOETICA_EN_CUIDADO_ADULTO_MAYOR.pdf [Accesado 5 Noviembre 2013].

Olmo, J. et al, (2009) “Bioética y Adulto Mayor”. [En línea]. Cuba, disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1831/2/Bioetica-y-Adulto-Mayor>. [Accesado 6 Noviembre 2013].

COMPETENCIAS TEÓRICAS DEL MODELO EDUCATIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UAEM

María Elena V. Escalona Franco¹

Silvia Cristina Manzur Quiroga

Miguel Ángel Barajas Bustamante

RESUMEN

Referente al carácter de la metodología, se trata de una investigación educativa, al intentar atribuir información sobre un aspecto educativo: Evaluar el modelo curricular por Competencias de las UA teóricas. Se realizará un estudio cualitativo; pues se usará la recolección de datos sin medición numérica; según su cientificidad: es de tipo descriptivo; ya que se describirá la congruencia del modelo curricular de la Facultad de Odontología con el Modelo Educativo Institucional (PEDROZA, 2005). Es de tipo transversal ya que se medirá solo una vez.

El modelo curricular de la Facultad de Odontología contiene siete áreas curriculares: 1) Médico biológicas con 10 unidades de aprendizaje (UA); 2) Odontopediatría y Ortodoncia con dos UA; 3) Odontología preventiva y social con tres UA; 4) Terapéutica quirúrgica con cinco UA; 5) Medicina Bucal con siete UA; 6) Investigación y Formación Básica con nueve UA; 7) Rehabilitación Odontológica con once UA; las asignaturas optativas con cuatro UA.

Del área de docencia médico biológicas cumplen en promedio 50%, del Área Odontopediatría y Ortodoncia cumplen 44.15%, el área de Odontología preventiva y social cumple en 58.97%, de Terapéutica quirúrgica cumplen en 51.50%; el área de Medicina Bucal cumple en 62.63%; el área de Investigación y Formación Básica cumple en 49.57%; Rehabilitación Odontológica cumple en 55.94%; la optativas cumplen en 53.84%.

¹ Facultad de Odontología de la UAEMéx.

Palabras clave: Desarrollo curricular, currículo basado en competencias, evaluación curricular.

INTRODUCCIÓN

La evaluación curricular, que desde principio de los ochenta hasta la actualidad, es reconocida como una necesidad en educación (Casarini, 1999), se considera como un proceso para clarificar el funcionamiento y las actividades curriculares, proceso sistemático que conlleva la determinación de las debilidades y fortalezas de una Institución Educativa, que en este caso es la Facultad de Odontología (U.A.E.M., 2005).

El propósito más importante de la evaluación no es demostrar, sino mejorar, perfeccionar y delinear las estrategias para realizar con calidad los procedimientos que la integran (U.A.E.M., 2005).

En la actualidad el programa que rige a la Facultad de Odontología es el ya conocido Plan Flexible que fue aprobado y se puso en marcha en el año 2004 ;a la fecha no se ha analizado su operatividad de acuerdo a lo que pretende el Modelo Institucional de Innovación Curricular (MIIC), a pesar de haber sido evaluado en ya dos ocasiones y acreditado por CONAEDO, este aún no ha sido evaluado por su comité curricular; misma evaluación que esta ya planeada en el Plan de Desarrollo para el año 2012, y hasta ahora no se cuenta con la matriz de comparación para Programas Educativos de la UAEM y su Modelo Educativo ;lo que se hace necesario para determinar las condiciones de operación de dicho modelo y con base a ello llevar a cabo una propuesta de intervención educativa.

Por lo tanto se plantea la pregunta ¿Las características del modelo educativo por competencias del plan de estudios de la licenciatura en cirujano dentista de la Facultad de Odontología corresponde al modelo educativo institucional en las unidades de aprendizaje teóricas?

Por lo que el objetivo de esta investigación es evaluar el Modelo Educativo de la Facultad de Odontología acorde al Modelo Educativo Institucional con las Unidades de Aprendizaje teóricas a través de la construcción de un modelo de comparación.

El Plan Rector de Desarrollo Institucional 2009-2013, en el eje denominado Proyecto: Observatorio del Desarrollo nos indica que la evaluación institucional se realiza a través del Sistema de Seguimiento y Evaluación de los Instrumentos de Planeación, herramienta que permite recabar el avance en los compromisos establecidos en los planes y programas institucionales y de los espacios académicos. Todos los espacios universitarios participan en los procesos de planeación, evaluación e información; cuya misión central deberá ser proporcionar información relevante y oportuna útil para la toma de decisiones significativa en el desarrollo de la Universidad Autónoma del Estado de México (Gasca, 2009-2013).

El Plan de Desarrollo 2009-2013 de nuestra Facultad en el eje: Un Proyecto con Visión para una Universidad Mejor en el tema Docencia de calidad y Pertinencia Social, reconoce que la a transición del plan rígido al modelo flexible de la Licenciatura de Cirujano Dentista ha encontrado diversos obstáculos durante su implementación, fundamentalmente en lo relacionado a la creación de programas de estudio basados en competencias profesionales. En este mismo sentido, los sistemas de evaluación se han visto afectados de la misma manera, haciendo complejo para el docente el diseño de mecanismos de evaluación más justos y personalizados para el estudiante. Por lo cual propone como estrategia la revisión, seguimiento y reestructuración de programas educativos de las unidades de aprendizaje por competencias y los sistemas de evaluación y acreditación (SALGADO, 2009-2013).

También el Plan General de Desarrollo 2009-2021, en el Tema Líneas de Desarrollo Institucional a 2021 establece que se promoverán evaluaciones exhaustivas de retroalimentación y mejora de contenidos, duración y perfil de egreso, desde la perspectiva de satisfacción de diversos sectores sociales. A fin de promover una

formación integral del estudiante, un mayor impacto social y una inserción laboral favorable en todas las carreras universitarias (Gasca, 2009-2021).

Estas propuestas sustentan el compromiso Educativo con un futuro académico encaminado al nuevo milenio y a la innovación curricular (U.A.E.M., 2005).

Pero a partir del año 2004 cuando se estableció en la Facultad de Odontología el Modelo Institucional de Innovación Curricular (MIIC) y hasta la fecha no se ha llevado a cabo una evaluación de este Modelo con el propósito de corroborar si está operando adecuadamente y conforme al Modelo de Innovación Curricular Institucional.

Por estas razones es necesaria la evaluación de los Modelos Educativos que rigen a la Facultad, para así reajustar estos programas para optimizar el proceso enseñanza-aprendizaje y así satisfacer las necesidades de la exigente sociedad actual.

La mitad de los conocimientos obtenidos hoy serán una obsolescencia en 10 años, se dice que para un médico el grado de conocimientos es inversamente proporcional a los años en que egresó de una carrera o una especialidad. Hablar de la excelencia educativa como ideal, no es manejar sus teorías y lenguajes, es en esencia procurar y mejorar las capacidades del conocimiento. Históricamente la educación es un espejismo filosófico del ideal humano, pues se forman en las posibilidades del educador, recordando que el conocimiento trasmite lo que somos, lo que hemos vivido, así como el pensar con independencia (U.A.E.M., 2005).

Un problema básico de las instituciones educativas es de mejorar su enseñanza y para ello se necesitan de cambios metodológicos de la enseñanza para mejorar el rendimiento escolar de los alumnos (U.A.E.M., 2005).

Uno de los elementos centrales derivados de la posibilidad de apertura es la de transformar la arquitectura de las Instituciones de Educación Superior y de sus misiones y proyectos institucionales para abordar la adecuación del sistema de educación superior a este propósito. Es preciso efectuar entonces cambios en la estructura y

manejo de las instituciones, lo cual genera, a su vez, cambios en la interrelación entre los componentes del sistema. Esto significa que es necesario repensar el paradigma actual de universidad y su relación con otros sectores, para lo cual es necesario partir de consideraciones sobre la realidad social (GUERRA, 2002).

A pesar de ello, aún se identifican diversos problemas en la articulación entre la formación profesional y el mundo del trabajo. Lo anterior constituye una limitante para la incorporación fluida de los egresados al mercado laboral. Asimismo, la carencia de estudios sobre el desempeño de los egresados en el campo profesional impide una eficaz retroalimentación a la planeación académica que facilite la actualización y el diseño de planes y programas de estudio adecuados a las nuevas exigencias sociales (ANUIES, 2014).

La valoración de la capacidad profesional ha cambiado en los últimos años. Cada vez se oyen más palabras como la certificación, acreditación, carrera profesional, competencia clínica, selección de personal (HUERTA, 2000).

Los métodos de evaluación hasta ahora utilizados, antiguos y poco contrastados desde el punto de vista científico, valoran casi exclusivamente conocimientos y no la capacidad del individuo para aplicar en la realidad esos conocimientos (JIMENEZ, 2000).

Bajo esta dinámica parece haber transitado la enseñanza en odontología desde el origen de la escuela dental hasta nuestros días, con cambios sólo en la forma pero con permanencia de una relación profesor alumno que tiende a la pasividad como característica inherente (MIRANDA, 2005).

La flexibilidad ha ganado importancia y espacio dentro de la literatura educativa, de la misma manera en que la irreversibilidad de la flexibilización en los procesos productivos. Sobre el particular se habla desde hace ya tiempo de los desafíos impuestos por la “globalización” y de la creciente necesidad de transformar las

estructuras y las diferentes formas de interacción de los sistemas educativos para hacerlos acorde al avance de la sociedad del mercado (UAEM, 2005).

A pesar de su relevancia en los debates y estudios educativos la flexibilidad se considera aún como un concepto amplio difuso, difícil de definir y analizar (PEDROZA, 2005).

La formación universitaria enfrenta hoy nuevos y mayores desafíos, fundamentalmente se espera que dé respuesta a los cuestionamientos sociales planteados en esta época de incertidumbre por la que atraviesa la educación superior (UAEM, 2005).

La integración de la Universidad en el mundo globalizado le reclama redimensionar sus funciones tradicionales de docencia e investigación, para desarrollar con mayor solidez el conocimiento en todas sus manifestaciones y formar a los profesionales que puedan hacer frente a situaciones de cambio y recreación del conocimiento, con habilidades cognitivas y capacidades sociales básicas para tomar decisiones fundamentadas y adecuadas ante una sociedad cada vez más exigente e incierta que vive cambios vertiginosos (MIRANDA, 2005).

La Facultad de Odontología a lo largo de sus cincuenta años de vida académica institucional se han instrumentado ocho planes de estudio, cuyas características más importantes son:

1. El plan de estudios que inició en 1964, cuya primer generación concluye en diciembre de 1968 (su ciclo escolar era de un año de enero a diciembre), requería para ingresar un Bachillerato general. La última promoción de este plan empieza en 1969 y termina en 1973. El perfil de egreso está orientado más hacia lo médico que a lo odontológico, básicamente por tener el plan de estudios de la UNAM y pertenecer a la Escuela de Medicina de la UAEMEX, seis generaciones se formaron con estas particularidades (PADILLA, 2010).
2. El segundo plan de estudios se inició en 1970, se observa una reducción en la duración del plan de estudios de 5 a 4 años, cuya prioridad fueron las ciencias

médicas, buscando el perfil de la medicina bucal en los egresados. Manteniendo como característica de ingreso el Bachillerato general y el ciclo escolar es de un año (enero a diciembre), en la cual se formaron siete generaciones, durante el periodo de 1970 al 1978 (U.A.E.M., 2005).

3. En 1976 se implementó el tercer plan de estudios, cuya duración fue de 4 años, se caracterizó por la integración de cinco academias, de las cuales la primera corresponde a la disciplina médica y el resto a las odontológicas; el ciclo escolar se dividió en semestres, dentro de las cuales la generación de 1977-1981, que es un grupo de transición al cambio curricular. El Bachillerato para ingresar es el especializado en Ciencias de la Salud y egresan ocho generaciones. (U.A.E.M., 2005)
4. En el periodo 1982-1983, se mantiene la misma duración de cuatro años y se reducen las academias a cuatro; con un incremento en el número de materias, presentando una orientación hacia la odontología restauradora, egresando sólo dos generaciones. (U.A.E.M., 2005)
5. El quinto plan de estudios se inició en 1984, concluyendo en agosto de 1992, le corresponden diez generaciones dentro de las cuales está la de 1984-1988 que es un grupo de transición, ya que se retoman cinco años de duración de la carrera, se respetan las cuatro academias anteriores, se incrementa el número de materias, manteniéndose la orientación de la odontología restauradora, dándole énfasis a la prevención y promoviendo de manera curricular la investigación. Los alumnos que ingresaron requerían el Bachillerato especializado en Ciencias de la Salud. (U.A.E.M., 2005)
6. Se puede caracterizar el plan de estudios que inició en septiembre de 1992 a la fecha. La principal variante es que se integra de siete ejes curriculares enriquecidos con más asignaturas, que buscan el perfil de la Odontología Integral y la consolidación de la Prevención y la Investigación Odontológica. Para ingresar es necesario el Bachillerato único de la UAEMEX y el Bachillerato de Ciencias de la salud para aspirantes de otras Entidades Federativas, egresaron tres generaciones. (U.A.E.M., 2005)

7. El plan de estudios aprobado en el 2000 es el evaluado ante CIEES y acreditado ante CONAEDO. Es el séptimo plan de estudios, inició su operativización en septiembre del 2001, se ubica como versión 04, al cual se le integran algunas características de semiflexibilización, pretendiendo en éste documento comentar brevemente algunos aspectos, lo cual se desarrolla en las etapas de semiflexibilización. (U.A.E.M., 2005)
8. Plan de estudios 2003 con adenda, se estructuró como un primer acercamiento a la flexibilización, se orientó hacia seis aspectos básicamente.

Estructurado con base en un modelo basado en la atención al alumno

Secuencia y compactación de contenidos disciplinarios.

Basado en el desarrollo de competencias profesionales.

Definición y compactación de seriación-relación de contenidos en las asignaturas.

Ampliación de los principios psicopedagógicos del Programa de Aprendizaje Basado en Problemas (PBL) conjuntado con los fundamentos del aprendizaje significativo.

Estructuración de un sistema de evaluación coherente.

Por último, son 370 horas clase en total del plan de estudios flexible de la Facultad de Odontología, de las cuales la relación es de una hora teórica por dos prácticas aproximadamente, dando un total de 450 créditos (PADILLA, 2010).

Particularidades del plan de estudio flexible 2004.

Plan de estudios con características flexibles

Basado en el desarrollo de competencias profesionales

Integrando unidades de aprendizaje en la modalidad de educación a distancia

Ubicación de contenidos disciplinarios optativos

Con tres trayectorias de duración:

La mínima: de nueve períodos más un año de servicio social,

La ideal: de 10 períodos, más un año de servicio social, y la

La máxima: de 12 períodos, más un año de servicio social para alumnos regulares.

Orientación hacia la Odontología integral.

Con un total de 71 unidades de aprendizaje 69 obligatorias y dos optativas con seis énfasis.

450 créditos.

Ejes transversales: investigación, calidad en el servicio y humanismo.

Con Bachillerato único para ingresar, reformado (desde 2003).

Estructura de 7 áreas de docencia, que son:

1. Ciencias médico biológicas
2. Odontología Preventiva y social
3. Medicina bucal
4. Rehabilitación odontológica
5. Odontopediatría y ortodoncia
6. Terapéutica quirúrgica
7. Investigación y formación básica

Simplificación en la seriación de asignaturas

Compactación de contenidos

Aplicación de principios constructivistas en el aprendizaje. (ANUIES, 2014)

Características generales del programa

- 1 Nombre del programa educativo y título que ofrece.

El nombre oficial del Programa educativo es de Licenciatura de Cirujano Dentista, el título que se registra en los documentos oficiales es de Cirujano Dentista.

- 2 Espacio académico en donde se imparte.

Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México

- 3 Área a la que corresponde y tipo de programa educativo

El Programa educativo de Cirujano Dentista se ubica en el área de Ciencias de la salud de acuerdo a los criterios de CIEES - ANUIES.

Es considerado como un Programa Científico-Práctico, tomando en cuenta la clasificación de PROMEP. (U.A.E.M., 2005)

4 Duración y sistema de créditos ⁽¹⁾

Núm.	Trayectoria	Períodos	Créditos promedio por período
01	Mínima	9	50
02	Ideal	10	45
03	Máxima	12	38

Fuente: U.A.E.M. 2005. Plan de Estudios flexible del Programa Educativo de la Licenciatura Cirujano Dentista, Editorial U.A.E.M. México.

5.- Distribución de horas y créditos por núcleos de formación ⁽¹⁾

Núcleos	Unidades de aprendizaje	HT	HP	TH	CR
Básico	15	28	43	71	99
Sustantivo	39	46	177	223	269
Integral	15	6	64	70	76
Optativas	2	0	6	6	6
TOTAL	71	80	290	370	450

Fuente: U.A.E.M. 2005. Plan de Estudios flexible del Programa Educativo de la Licenciatura Cirujano Dentista, Editorial U.A.E.M. México.

Por último, se describirá las circunstancias y entorno en los que se dará el proceso educativo, se reconoce que son 370 horas en total del Plan de estudios flexible, de las cuales la relación es de una hora teórica por dos prácticas aproximadamente, por lo tanto nos orientamos a un SABER HACER, integración teórico-práctico, que implica un conocimiento técnico y el desarrollo de ciertas habilidades, sus bases culturales, filosóficas, y científicas. Integrado con un SABER, que son los conocimientos disciplinares, y las actividades cognoscitivas para el saber hacer. (U.A.E.M., 2005)

El SABER SER, implica la formación de actitudes y juicios valorativos, que generalmente se relacionan con demandas socioculturales de la disciplina. Y al adquirir estrategias que permitan planear y regular las actividades de aprendizaje personal del participante, se establece el APRENDER A APRENDER, que significa el desarrollar

estrategias de adquisición bajo la responsabilidad del propio estudiante (U.A.E.M., 2005).

Además, en relación con el entorno en que se dará el proceso educativo, es necesario tomar medidas para impulsar aspectos de competitividad, que se orienten hacia actividades de investigación y prevención en mayor medida. (U.A.E.M., 2005)

Características de las áreas de docencia:

1. **Medico Biológicas:** La Odontología forma parte de las ciencias de la Medicina, es por ello que se hace necesario incorporar el conocimiento que ella posibilita mediante las llamadas ciencias básicas derivadas de la Biología, como son: Anatomía, Histología, Embriología, Genética, Fisiología, Patología General, Inmunología, Bioquímica, Microbiología y Farmacología. Dichos conocimientos proporcionan los principios y las bases teóricas que permiten comprender la estructura, función y relación del organismo con el aparato estomatognático. (U.A.E.M., 2005).
2. **Odontología Preventiva y Social:** La importancia de este eje consiste en desarrollar la conciencia del estudiante acerca de la trascendencia que tiene realizar un conjunto de actividades orientadas a producir un efecto de promoción de la salud y protección específica del aparato estomatognático y sus relaciones sistémicas (U.A.E.M., 2005)
3. **Medicina Bucal:** Esta área integrará los conocimientos básicos fundamentales para la identificación de las diferentes características de las enfermedades sistémicas con repercusión en al aparato estomatognático, a través de exploración clínica. (U.A.E.M., 2005)
4. **Rehabilitación Odontológica:** Este eje forma en el conocimiento de todas aquellas acciones que intentan evitar la evolución de dichos padecimientos bucales mediante el abordaje y conocimiento de las diferentes técnicas de Operatoria dental, Endodoncia y Prótesis, así como de los materiales dentales que habrán de utilizar según el caso clínico que se le presente para devolver al aparato estomatognático su funcionamiento. (U.A.E.M., 2005)

5. Odontopediatría y Ortodoncia: La odontología pediátrica tiene como objeto de estudio la estructura, función y desarrollo del aparato estomatognático en niños y adolescentes. La maloclusión es una anomalía que tiene su origen en las primeras etapas de la vida, de ahí que deben incluirse dentro de este eje curricular. (U.A.E.M., 2005)
6. Terapéutica Quirúrgica: En esta área radica la necesidad de formar al alumno en el conocimiento y habilidades de la terapéutica quirúrgica para el diagnóstico y solución de problemas parodontales, patología bucal, cirugía de terceros molares, patología periapical, biopsias, etc., así como la identificación y derivación a los especialistas de los padecimientos de competencia maxilofacial. (U.A.E.M., 2005)
7. Investigación y Formación Básica: La función de esta área, es formar en el alumno una predisposición o actitud favorable hacia la investigación en el campo de la odontología, a través de la formación de ciertos hábitos y el manejo de herramientas y recursos metodológicos que le sean de utilidad en su formación escolar y ejercicio de su práctica profesional, así como la comprensión de textos en el idioma inglés y lenguaje computacional. (U.A.E.M., 2005)

Por lo anterior las siete áreas en que se divide el plan de estudios flexible conlleva implícitamente al conocimiento médico biológico fundamental que irá de la mano con el médico odontológico para estructurar una odontología integral cuyas bases estarán en la prevención, investigación y la rehabilitación de la función bucodental, buscando lograr la salud del individuo, lo cual tiene efecto en lo social. (U.A.E.M., 2005)

Perfil de egreso, el egresado debe tener una sólida formación en conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes disciplinarios, lo que asegurará su capacidad para observar, identificar y resolver los problemas de salud bucal y las repercusiones que se puedan presentar a través de las enfermedades generales del individuo y la comunidad en que se desenvuelva. En relación con la práctica profesional del cirujano dentista de práctica general. (U.A.E.M., 2005)

✓ **Competencias Profesionales:**

- 1 Manejo de los procesos de salud-enfermedad y sus relaciones contextuales
- 2 Aplicar el método estadísticos, y epidemiológicos, en el diagnóstico bucal
- 3 Aplicar los principios de atención primaria a la salud bucal en la prevención, tratamiento a nivel individual y colectivo
- 4 Aplicar estrategias de promoción de primer y segundo nivel de prevención de la salud bucal individual y comunitaria
- 5 Aplicar el método clínico para el diagnóstico de salud bucal
- 6 Diagnosticar, los estados de salud bucal del paciente, sus alteraciones, y su relación con su estado sistémico
- 7 Elaborar programas, de tratamiento preventivo, curativo, restaurativo y de rehabilitación de salud bucal del individuo en su contexto
- 8 Realizar el tratamiento con base en el diagnóstico, respetando las normas y los valores imperantes
- 9 Fundamentar en tratamiento individual y colectivo con base en los conocimientos de la disciplina odontológica
- 10 Trabajar en equipo multidisciplinario, para el diagnóstico y tratamiento
- 11 Planear desde el punto de vista ergonómico y administrativo un establecimiento de servicio para la salud bucal
- 12 Realizar investigación formativa para profundizar y actualizar el conocimiento teórico, práctico
- 13 Actualizar su práctica cotidiana con los nuevos conocimientos que se generen con los avances científicos y las innovaciones tecnológicas. (aprendizaje autónomo)
- 14 Desarrollar un sentido bioético basado en la integridad moral en la atención del individuo y su comunidad
- 15 Aplicar las políticas y normas oficiales de salud institucionales estatales y nacionales en los programas de atención individual o colectiva.

✓ **Habilidades**

Las habilidades que se fortalecen en la formación de los egresados son de lecto, escritura comprensión, diferenciación análisis, síntesis, relación y comunicación, las cuales se reflejan en las siguientes subcompetencias:

- 1 Analizar el proceso salud enfermedad y sus determinantes
- 2 Planear desarrollar y evaluar programas de educación para la salud bucal
- 3 Aplicar medidas de protección específica para la salud bucal
- 4 Manejar los métodos de exploración clínica
- 5 Aplicar las normas para el manejo de expediente clínica, la historia clínica
- 6 Integrar el diagnóstico de salud del individuo
- 7 Emitir un pronóstico
- 8 Elaborar el plan de tratamiento
- 9 Selección y manejo de materiales dentales
- 10 Aplicación de fármacos
- 11 Aplicar selladores de fosetas
- 12 Prescripción y aplicación de fluoruros
- 13 Enseñar y evaluar las técnicas de autocuidado que realiza el paciente
- 14 Realizar diagnóstico y tratamiento simple de alteraciones pulpares
- 15 Informar al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento. Y consecución de éste
- 16 Aplicar procedimientos de restauración y rehabilitación
- 17 Realizar tratamientos quirúrgicos
- 18 Realizar tratamientos de ortodoncia preventiva
- 19 Aplicar los principios de oclusión en tratamientos restaurativos rehabilitatorios
- 20 Aplicar la norma de control de infecciones
- 21 En caso necesario referir al paciente con algún especialista u otro profesional de la salud
- 22 Identificar diferentes formas de organizar un consultorio
- 23 Realizar un protocolo de tesis
- 24 Elaborar ensayos con base a la investigación documental clínica y epidemiológica

25 Aplicar técnicas y procedimientos que permita la colaboración del paciente en su tratamiento y conservación de su salud. (ANUIES, 2014)

✓ **Valores**

Los alumnos cuentan con valores tales como el compromiso, respeto, solidaridad, integridad, honestidad, colaboración y humanismo, que son resultado de la formación previa y su interacción familiar y social, éstos se fortalecerán en su proceso formativo a través de su aplicación en la práctica profesional y se reflejan en las siguientes sub competencias:

- 1 Aplicar la norma nacional e internacional de salud
- 2 Aplicar las normas de expediente e historia clínica
- 3 Consignar en el plan de tratamiento las acciones a realizar y el costo de las mismas de acuerdo con los lineamientos de la facultad de odontología
- 4 Informar al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento. Y consecución de éste, obteniendo la firma del consentimiento informado del paciente
- 5 Participar en programas estatales de primer nivel de prevención
- 6 Respeto a la cultura y valores de los pacientes
- 7 Compartir sus conocimientos con sus pacientes, otros odontólogos y profesionales de la salud
- 8 Participar en eventos estudiantiles internos y externos
- 9 Planear desde el punto de vista ergonómico y administrativo un establecimiento de servicio para la salud bucal
- 10 Aplicar las normas y reglamentos de la institución específicos de cada área del conocimiento
- 11 Aplicar las normas y reglamentos por el manejo de especímenes y seres vivos en la investigación
- 12 Habilidad de comunicar y escuchar durante la presentación de temas en eventos estudiantiles internos y externos
- 13 Planear desde el punto de vista ergonómico y administrativo un establecimiento de servicio para la salud bucal. (ANUIES, 2014)

✓ **Conocimientos**

Los conocimientos los obtendrán a través de las unidades de aprendizaje que conforman las diferentes áreas del plan de estudios siendo estas (U.A.E.M., 2005).

Investigación y formación básica

Medico biológicas

Medicina Bucal

Odontopediatría y Ortodoncia

Terapéutica Quirúrgica

Rehabilitación Odontológica

Odontología Preventiva y Social

METODOLOGÍA

Este estudio se realizó en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México durante el periodo de diciembre 2014 a diciembre 2015.

Se consultó el Modelo de Institucional Innovación Curricular de la UAEM así como el modelo educativo de flexibilización de la Facultad, se realizaron las comparaciones entre ambos modelos a través de matrices de comparación con la finalidad de conocer si se cumplen o no las competencias institucionales.

Una vez realizó una matriz para cada área de docencia del modelo de competencias en la Facultad de odontología se evaluó la concordancia con el Plan flexible institucional.

Para esta investigación se requirió revisar el Modelo Institucional de Innovación Curricular de la Universidad Autónoma del Estado de México. El Modelo Institucional de Innovación Curricular de la Facultad de Odontología. El Plan de Estudios de la Licenciatura de Cirujano Dentista y los 73 Programas de las Unidades de Aprendizaje del semestre elegido aleatoriamente, considerando materias teóricas.

Una vez realizada la matriz con los 13 requisitos que concordaban con nuestro Plan de estudios se colocaba una (✓) si el programa contaba con este requisito, de lo contrario

se colocaba una (X); para sacar el promedio se realizó sumando el número de aciertos (✓) y se dividió entre 13 que fueron los conceptos elegidos.

RESULTADOS

Cuadro N° 1

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Médico biológicas

N°	APARTADO	Anatomía humana	Anatomía de Cabeza y Cuello	Histología General y Bucal	Fisiología	Embriología y Genética	Microbiología General y Bucal	Bioquímica	Farmacología	Inmunología	Patología General
1	Área de docencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Núcleo de formación	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
4	Seriación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
5	Propósito	X	X	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	X
6	Competencias profesionales	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X
8	Núcleo de formación	B	S	S	B	B	B	B	B	B	B
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	X	X	✓	X	X	✓	X	X	X	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Evaluación y acreditación	✓	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
13	Referencias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓
Total		7=	5=	7=	6=	7=	7=	6=	7=	6=	7=
		53.84%	38.46%	53.84%	46.15%	53.84%	53.84%	46.15%	53.84%	46.15%	53.84%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 50%

Cuadro N° 2

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Odontopediatría y Ortodoncia

N°	APARTADO	Odontopediatría I	Ortodoncia I
1	Área de docencia:	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X
3	Núcleo de formación	X	✓
4	Seriación	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	X	X
6	Competencias profesionales.	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X
8	Núcleo de formación	S	S
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓
10	Secuencia didáctica	✓	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	X
13	Referencias	✓	X
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	X	X
Total		6=	6=
		44.15%	44.15%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 44.15%

Cuadro N° 3

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Odontología preventiva y social

N°	APARTADO	Odontología preventiva I	Odontología preventiva II	Odontología preventiva III
1	Área de docencia:	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X
3	Núcleo de formación	✓	✓	✓
4	Seriación	✓	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	✓	✓	X
6	Competencias profesionales.	✓	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X	X
8	Núcleo de formación	S	S	S
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	X	✓	X
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	X	✓
13	Referencias	X	X	✓
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	✓	✓	✓
Total		7=	8=	8=
		53.84%	61.53%	61.53%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 51.50%

Cuadro N° 4

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Terapéutica quirúrgica

N°	APARTADO	Anestesiología	Periodoncia	Técnicas quirúrgicas	Exodoncia	Cirugía bucal
1	Área de docencia:	✓	✓	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X	X	X
3	Núcleo de formación	✓	✓	✓	✓	✓
4	Seriación	✓	X	X	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	✓	✓	✓	✓	✓
6	Competencias profesionales.	✓	✓	X	✓	X
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X	X	X	X
8	Núcleo de formación	S	S	S	S	S
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	X	✓	✓	X	X
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	X	✓	X	✓
13	Referencias	X	✓	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores	✓	✓	✓	X	X
Total		7=	8=	7=	6=	6=
		53.84%	61.53%	53.84%	44.15%	44.15%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 59.19%

Cuadro N° 5

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Medicina Bucal

N°	APARTADO	Patología bucal I	Patología bucal II	Radiología I	Radiología II	Semiología I	Semiología II	Odontología forense
1	Área de docencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
2	Identificación del curso	X	X	X	X	X	X	X
3	Núcleo de formación	✓	✓	✓	X	X	✓	✓
4	Seriación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
6	Competencias profesionales.	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X	X	X	X	X	X
8	Núcleo de formación	S	S	S	S	B	B	I
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	X	✓	✓	X	X	X	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X	X	X	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	X	X	□	X	□	X
13	Referencias	X	X	X	X	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Total		7=	8=	8=	7=	4=	7=	7=
		53.84%	61.53%	61.53%	53.84%	30.76%	53.84%	53.84%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 62.63%

Cuadro N° 6

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Investigación y Formación Básica

N°	APARTADO	Inglés C1	Inglés C2	Educación ambiental	Bioética	Ergonomía y administración	Metodología de la investigación	Bioestadística	Epidemiología	Taller de investigación
1	Área de docencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X	X	X	X	✓	X	X
3	Núcleo de formación	X	X	✓	✓	X	X	X	✓	X
4	Seriación	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
6	Competencias profesionales.	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X	✓	X	X	✓	X	X	✓
8	Núcleo de formación	S	S	B	B	I	I	I	I	I
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	X	X	✓	✓	✓	X	✓	X	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X	X	X	X	X	✓	X
12	Evaluación y acreditación	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
13	Referencias	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Total		1=	1=	10=	9=	7=	7=	8=	8=	7=
		7.69%	7.69%	76.92%	69.23%	53.84%	53.84%	61.53%	61.53%	53.84%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 49.57%

Cuadro N° 7
Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Rehabilitación
Odontológica

N°	APARTADO	Anatomía bucodental	Materiales dentales	Operatoria preclínica I	Operatoria preclínica II	Introducción a la clínica	Oclusión I	Oclusión II	Prótesis fija	Prótesis removible	Prótesis total	Endodoncia
1	Área de docencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Núcleo de formación	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X
4	Seriación	X	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
6	Competencias profesionales.	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	✓	X	X	X	X	X	✓	X	✓	X
8	Núcleo de formación	S	B	S	S	S	S	S	S	S	S	S
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X	X	✓	X	X	X	✓	✓	X
12	Evaluación y acreditación	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
13	Referencias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓
Total		6=	8=	8=	7=	7=	7=	8=	7=	9=	8=	5=
		46.15%	61.53%	61.53%	53.84%	53.84%	53.84%	61.53%	53.84%	69.23%	61.53%	38.46%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 51.54%

Cuadro N° 8
Análisis de las Unidades de Aprendizaje Optativas

N°	APARTADO	Fotografía clínica	Seminarios médico Odontológicos	Temas selectos de Odontología	Seminario de Investigación	Sistemas de Informática	Práctica multidisciplinaria
1	Área de docencia	✓	✓	✓	✓	✓	
2	Identificación del curso	X	X		X	X	
3	Núcleo de formación	X	✓	✓	✓	✓	
4	Seriación	✓	✓	✓	✓	✓	
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	X	✓		X	✓	
6	Competencias profesionales.	✓	✓	✓	✓	✓	
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X		X	X	
8	Núcleo de formación						
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	✓	✓	✓	
10	Secuencia didáctica	✓	X		✓	✓	
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X		X	X	
12	Evaluación y acreditación	X	X		X	X	
13	Referencias	X	X		X	X	
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	✓	✓	✓	✓	✓	
Total		6=	7=		7=	8=	
		46.15%	53.84%		53.84%	61.53%	

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 53.84%

CONCLUSIONES

El área de docencia *Médico biológicas* tiene ocho asignaturas básicas y dos sustantivas contiene 10 programas de asignatura teóricas anatomía humana que cumple el 53.84% de las competencias institucionales, Anatomía de Cabeza y Cuello cumple 38.46%; Histología General y Bucal cumple 53.84%; Fisiología cumple 46.15%; Embriología y Genética cumple 53.84%; Microbiología General y Bucal cumple 53.84%; Bioquímica cumple 46.15%; Farmacología cumple 53.84%; Inmunología cumple 46.15%; Patología General cumple 53.84%.

El área de docencia *Odontología preventiva y social* tiene tres asignaturas básicas y tres integrales contiene tres programas de asignatura teóricas Odontología preventiva I que cumple el 53.84% de las competencias institucionales, Odontología preventiva II cumple 61.53%; Odontología preventiva III cumple 61.53% de las competencias institucionales.

El área de docencia de *Odontopediatría y Ortodoncia* tiene cuatro asignaturas sustantivas y dos integrales contiene dos programas de asignatura teóricas Odontopediatría I que cumple el 44.15% de las competencias institucionales y Ortodoncia I que cumple 44.15% de las competencias institucionales.

El área de docencia *Terapéutica quirúrgica* tiene ocho asignaturas sustantivas contiene cinco programas de asignatura teóricas Anestesiología que cumple el 53.84% de las competencias institucionales, Periodoncia cumple 61.53%; Técnicas quirúrgicas cumple 53.84%; Exodoncia que cumple 44.15% y Cirugía bucal que cumple 44.15% de las competencias institucionales.

El área de docencia *Medicina Bucal* contiene cuatro asignaturas sustantivas, dos asignaturas básicas y tres asignaturas integrales, de los cuales siete son UA teóricas: Patología bucal I que cumple el 53.84% de las competencias institucionales; Patología bucal II que cumple 61.53%; Radiología I que cumple 61.53%; Radiología II cumple

53.84%; Semiología I cumple 30.76%; Semiología II cumple 53.84% y Odontología forense que cumple 53.84% de las competencias institucionales.

El área de docencia *Investigación y Formación Básica* contiene dos asignaturas sustantivas, dos asignaturas básicas y cinco asignaturas integrales, de los cuales nueve son UA teóricas: Inglés C1 que cumple el 7.69% de las competencias institucionales, Inglés C2 cumple 7.69%; Educación ambiental cumple 76.92%; Bioética que cumple 69.23%; Ergonomía y administración que cumple 53.84%; Metodología de la investigación cumple 53.84%; Bioestadística cumple 61.53%; Epidemiología cumple 61.53% y Taller de investigación que cumple 53.84% de las competencias institucionales.

El área de docencia *Rehabilitación odontológica* contiene una asignatura básica, 18 sustantivas, y dos asignaturas integrales, de los cuales once son UA teóricas: Anatomía bucodental que cumple el 46.15% de las competencias institucionales, Materiales dentales cumple 61.53%; Operatoria preclínica I cumple 61.53%; Operatoria preclínica II que cumple 53.84%; Introducción a la clínica que cumple 53.84%; Oclusión I cumple 53.84%; Oclusión II cumple 61.53% y Prótesis fija que cumple 53.84% de las competencias institucionales.

De las seis UA *optativas* todas son integrales de ellas sólo existe programa de cuatro UA: Fotografía clínica que cumple el 46.15% de las competencias institucionales; Seminarios médico Odontológicos; Seminario de investigación en 53.84% y Sistemas de Informática cumplen 61.53% de las competencias institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

- ANUIES. (25 de 07 de 2014). *La Educación Superior en el siglo XXI*. (México, Editor)
Obtenido de Líneas estratégicas de desarrollo: www.anuies.mx/21/hts/2000
- Casarini, M. (1999). *Teoría y Diseño Curricular*. Monterrey, México: Trillas.

- Gasca, P. E. (2009 - 2021). *PLAN GENERAL DE DESARROLLO*. Toluca, México: UAEM.
- Gasca, P. E. (2009 – 2013). *PLAN RECTOR DE DESARROLLO INSTITUCIONAL*. México: UAEM.
- GUERRA, M. (Julio-Septiembre de 2002). Flexibilidad curricular: mayor equidad en el acceso y permanencia en la educación superior. *Educación Superior en Línea*, Vol. XXXI (3)(123).
- HUERTA, J. P. (2000). Desarrollo curricular por competencias profesionales integrales. *Educar*(13), 101 – 105.
- IBARRA, A. (1996). *Competencia Laboral y educación basada en normas de competencia*. México: Limusa Noriega.
- JIMENEZ, M. M. (2000). Competencias clínicas de enfermeras en la atención quirúrgica. (IMSS, Ed.) *Enfermería IMSS*, 8(2), 75-80.
- MIRANDA, D. M. (2005). *Modelo de Formación Profesional de la UAEM*. México: Litho Kolor.
- PADILLA, M. A. (04 de 09 de 2010). Evaluación de las Competencias preclínicas del área de rehabilitación odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. *Tesis de Doctorado*. Toluca, , México, México: Escuel Libre de Ciencias Políticas y Administración Pública de Oriente.
- PEDROZA, F. R. (2005). *“Flexibilidad académica y curricular en las instituciones de educación superior*. México: UAEM- Porrúa.
- SALGADO, V. A. (2009 – 2013). *PLAN DE DESARROLLO*. México: UAEM.
- U.A.E.M. (2005). *PLAN DE ESTUDIOS FLEXIBLE DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE LA LICENCIATURA CIRUJANO DENTISTA*. Toluca, México: U.A.E.M.
- UAEM, U. A. (2005). *Bases para el Modelo de Innovación Curricular de la UAEM*. Toluca, México: UAEM, Secretaría de Docencia.
- UAEM, U. A. (2009-2013). *Plan Rector de Desarrollo Institucional*. Toluca.

COMPETENCIAS PRÁCTICAS DEL MODELO EDUCATIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UAEM

María Elena V. Escalona Franco¹
María Florinda Vilchis García
Brisa Azucena Vizuetz Enriquez

RESUMEN

Referente al carácter de la metodología, se trata de una investigación educativa, al intentar atribuir información sobre un aspecto educativo: Evaluar el modelo curricular por Competencias de las UA prácticas. Se realizó un estudio cualitativo; pues se usó la recolección de datos sin medición numérica; según su cientificidad: es de tipo descriptivo; ya que se describirá la congruencia del modelo curricular de la Facultad de Odontología con el Modelo Educativo Institucional (PEDROZA, 2005). Es de tipo transversal ya que se medirá sólo una vez.

El modelo curricular de la Facultad de Odontología contiene siete áreas curriculares: 1) Médico biológicas no presenta UA prácticas; 2) Odontopediatría y Ortodoncia con cuatro UA prácticas; 3) Odontología preventiva y social con tres UA; 4) Terapéutica quirúrgica con dos UA; 5) Medicina Bucal con dos UA y 6) Investigación y Formación Básica sin UA prácticas; 7) Rehabilitación Odontológica con diez UA prácticas.

Del área de docencia Odontopediatría y Ortodoncia cumplen 57.19%, el área de Odontología preventiva y social cumple en 60.87%, de Terapéutica quirúrgica cumplen en 53.84%; Medicina bucal en 65.38% Rehabilitación Odontológica cumple en 58.46%.

Palabras clave: Desarrollo curricular, currículo basado en competencias, evaluación curricular

¹ Facultad de Odontología de la UAEMéx.

INTRODUCCIÓN

La evaluación curricular, que desde principio de los ochenta hasta la actualidad, es reconocida como una necesidad en educación (Casarini, 1999), se considera como un proceso para clarificar el funcionamiento y las actividades curriculares, proceso sistemático que conlleva la determinación de las debilidades y fortalezas de una Institución Educativa, que en este caso es la Facultad de Odontología (U.A.E.M., 2005).

El propósito más importante de la evaluación no es demostrar, sino mejorar, perfeccionar y delinear las estrategias para realizar con calidad los procedimientos que la integran (U.A.E.M., 2005).

En la actualidad el programa que rige a la Facultad de Odontología es el ya conocido Plan Flexible que fue aprobado y se puso en marcha en el año 2004 ;a la fecha no se ha analizado su operatividad de acuerdo a lo que pretende el Modelo Institucional de Innovación Curricular (MIIC), a pesar de haber sido evaluado en ya dos ocasiones y acreditado por CONAEDO, este aún no ha sido evaluado por su comité curricular; misma evaluación que está ya planeada en el Plan de Desarrollo para el año 2012, y hasta ahora no se cuenta con la matriz de comparación para Programas Educativos de la UAEM y su Modelo Educativo; lo que se hace necesario para determinar las condiciones de operación de dicho modelo y con base a ello llevar a cabo una propuesta de intervención educativa.

Por lo tanto se plantea la pregunta ¿Las características del modelo educativo por competencias del plan de estudios de la licenciatura en cirujano dentista de la Facultad de Odontología corresponde al modelo educativo institucional en las unidades de aprendizaje teóricas?

Por lo que el objetivo de esta investigación es evaluar el Modelo Educativo de la Facultad de Odontología acorde al Modelo Educativo Institucional con las Unidades de Aprendizaje teóricas a través de la construcción de un modelo de comparación.

El Plan Rector de Desarrollo Institucional 2009-2013, en el eje denominado Proyecto: Observatorio del Desarrollo nos indica que la evaluación institucional se realiza a través del Sistema de Seguimiento y Evaluación de los Instrumentos de Planeación, herramienta que permite recabar el avance en los compromisos establecidos en los planes y programas institucionales y de los espacios académicos. Todos los espacios universitarios participan en los procesos de planeación, evaluación e información; cuya misión central deberá ser proporcionar información relevante y oportuna útil para la toma de decisiones significativa en el desarrollo de la Universidad Autónoma del Estado de México (Gasca, 2009-2013).

El Plan de Desarrollo 2009-2013 de nuestra Facultad en el eje: Un Proyecto con Visión para una Universidad Mejor en el tema Docencia de Calidad y Pertinencia Social, reconoce que la a transición del plan rígido al modelo flexible de la Licenciatura de Cirujano Dentista ha encontrado diversos obstáculos durante su implementación, fundamentalmente en lo relacionado a la creación de programas de estudio basados en competencias profesionales. En este mismo sentido, los sistemas de evaluación se han visto afectados de la misma manera, haciendo complejo para el docente el diseño de mecanismos de evaluación más justos y personalizados para el estudiante. Por lo cual propone como estrategia la revisión, seguimiento y reestructuración de programas educativos de las unidades de aprendizaje por competencias y los sistemas de evaluación y acreditación (SALGADO, 2009-2013).

También el Plan General de Desarrollo 2009-2021, en el Tema Líneas de Desarrollo Institucional a 2021 establece que se promoverán evaluaciones exhaustivas de retroalimentación y mejora de contenidos, duración y perfil de egreso, desde la perspectiva de satisfacción de diversos sectores sociales. A fin de promover una formación integral del estudiante, un mayor impacto social y una inserción laboral favorable en todas las carreras universitarias (Gasca, 2009-2021).

Estas propuestas sustentan el compromiso Educativo con un futuro académico encaminado al nuevo milenio y a la innovación curricular (U.A.E.M., 2005).

Pero a partir del año 2004 cuando se estableció en la Facultad de Odontología el Modelo Institucional de Innovación Curricular (MIIC) y hasta la fecha no se ha llevado a cabo una evaluación de este Modelo con el propósito de corroborar si está operando adecuadamente y conforme al Modelo de Innovación Curricular Institucional.

Por estas razones es necesaria la evaluación de los Modelos Educativos que rigen a la Facultad, para así reajustar estos programas para optimizar el proceso enseñanza-aprendizaje y así satisfacer las necesidades de la exigente sociedad actual.

La mitad de los conocimientos obtenidos hoy serán una obsolescencia en 10 años, se dice que para un médico el grado de conocimientos es inversamente proporcional a los años en que egresó de una carrera o una especialidad. Hablar de la excelencia educativa como ideal, no es manejar sus teorías y lenguajes, es en esencia procurar y mejorar las capacidades del conocimiento. Históricamente la educación es un espejismo filosófico del ideal humano, pues se forman en las posibilidades del educador, recordando que el conocimiento transmite lo que somos, lo que hemos vivido, así como el pensar con independencia (U.A.E.M., 2005).

Un problema básico de las instituciones educativas es de mejorar su enseñanza y para ello se necesitan de cambios metodológicos de la enseñanza para mejorar el rendimiento escolar de los alumnos (U.A.E.M., 2005).

Uno de los elementos centrales derivados de la posibilidad de apertura es la de transformar la arquitectura de las Instituciones de Educación Superior y de sus misiones y proyectos institucionales para abordar la adecuación del sistema de educación superior a este propósito. Es preciso efectuar entonces cambios en la estructura y manejo de las instituciones, lo cual genera, a su vez, cambios en la interrelación entre los componentes del sistema. Esto significa que es necesario repensar el paradigma actual de universidad y su relación con otros sectores, para lo cual es necesario partir de consideraciones sobre la realidad social (GUERRA, 2002).

A pesar de ello, aún se identifican diversos problemas en la articulación entre la formación profesional y el mundo del trabajo. Lo anterior constituye una limitante para la incorporación fluida de los egresados al mercado laboral. Asimismo, la carencia de estudios sobre el desempeño de los egresados en el campo profesional impide una eficaz retroalimentación a la planeación académica que facilite la actualización y el diseño de planes y programas de estudio adecuados a las nuevas exigencias sociales (ANUIES, 2014).

La valoración de la capacidad profesional ha cambiado en los últimos años. Cada vez se oyen más palabras como la certificación, acreditación, carrera profesional, competencia clínica, selección de personal (HUERTA, 2000).

Los métodos de evaluación hasta ahora utilizados, antiguos y poco contrastados desde el punto de vista científico, valoran casi exclusivamente conocimientos y no la capacidad del individuo para aplicar en la realidad esos conocimientos (JIMENEZ, 2000).

Bajo esta dinámica parece haber transitado la enseñanza en odontología desde el origen de la escuela dental hasta nuestros días, con cambios sólo en la forma pero con permanencia de una relación profesor alumno que tiende a la pasividad como característica inherente (MIRANDA, 2005).

La flexibilidad ha ganado importancia y espacio dentro de la literatura educativa, de la misma manera en que la irreversibilidad de la flexibilización en los procesos productivos. Sobre el particular se habla desde hace ya tiempo de los desafíos impuestos por la “globalización” y de la creciente necesidad de transformar las estructuras y las diferentes formas de interacción de los sistemas educativos para hacerlos acorde al avance de la sociedad del mercado (UAEM, 2005).

A pesar de su relevancia en los debates y estudios educativos la flexibilidad se considera aún como un concepto amplio difuso, difícil de definir y analizar (PEDROZA, 2005).

La formación universitaria enfrenta hoy nuevos y mayores desafíos, fundamentalmente se espera que dé respuesta a los cuestionamientos sociales planteados en esta época de incertidumbre por la que atraviesa la educación superior (UAEM, 2005).

La integración de la Universidad en el mundo globalizado le reclama redimensionar sus funciones tradicionales de docencia e investigación, para desarrollar con mayor solidez el conocimiento en todas sus manifestaciones y formar a los profesionales que puedan hacer frente a situaciones de cambio y recreación del conocimiento, con habilidades cognitivas y capacidades sociales básicas para tomar decisiones fundamentadas y adecuadas ante una sociedad cada vez más exigente e incierta que vive cambios vertiginosos (MIRANDA, 2005).

La Facultad de Odontología a lo largo de sus cincuenta años de vida académica institucional se ha instrumentado ocho planes de estudio, cuyas características más importantes son:

1. El plan de estudios que inició en 1964, cuya primer generación concluye en diciembre de 1968 (su ciclo escolar era de un año de enero a diciembre), requería para ingresar un Bachillerato general. La última promoción de este plan empieza en 1969 y termina en 1973. El perfil de egreso está orientado más hacia lo médico que a lo odontológico, básicamente por tener el plan de estudios de la UNAM y pertenecer a la Escuela de Medicina de la UAEMEX, seis generaciones se formaron con estas particularidades (PADILLA, 2010).
2. El segundo plan de estudios se inició en 1970, se observa una reducción en la duración del plan de estudios de 5 a 4 años, cuya prioridad fueron las ciencias médicas, buscando el perfil de la medicina bucal en los egresados. Manteniendo como característica de ingreso el Bachillerato general y el ciclo escolar es de un

- año (enero a diciembre), en la cual se formaron siete generaciones, durante el periodo de 1970 al 1978 (U.A.E.M., 2005).
3. En 1976 se implementó el tercer plan de estudios, cuya duración fue de 4 años, se caracterizó por la integración de cinco academias, de las cuales la primera corresponde a la disciplina médica y el resto a las odontológicas; el ciclo escolar se dividió en semestres, dentro de las cuales la generación de 1977-1981, que es un grupo de transición al cambio curricular. El Bachillerato para ingresar es el especializado en Ciencias de la Salud y egresan ocho generaciones (U.A.E.M., 2005).
 4. En el periodo 1982-1983, se mantiene la misma duración de cuatro años y se reducen las academias a cuatro; con un incremento en el número de materias, presentando una orientación hacia la odontología restauradora, egresando sólo dos generaciones (U.A.E.M., 2005).
 5. El quinto plan de estudios se inició en 1984, concluyendo en agosto de 1992, le corresponden diez generaciones dentro de las cuales está la de 1984-1988 que es un grupo de transición, ya que se retoman cinco años de duración de la carrera, se respetan las cuatro academias anteriores, se incrementa el número de materias, manteniéndose la orientación de la odontología restauradora, dándole énfasis a la prevención y promoviendo de manera curricular la investigación. Los alumnos que ingresaron requerían el Bachillerato especializado en Ciencias de la Salud (U.A.E.M., 2005).
 6. Se puede caracterizar el plan de estudios que inició en septiembre de 1992 a la fecha. La principal variante es que se integra de siete ejes curriculares enriquecidos con más asignaturas, que buscan el perfil de la Odontología Integral y la consolidación de la Prevención y la Investigación Odontológica. Para ingresar es necesario el Bachillerato único de la UAEMEX y el Bachillerato de Ciencias de la salud para aspirantes de otras Entidades Federativas, egresaron tres generaciones (U.A.E.M., 2005).
 7. El plan de estudios aprobado en el 2000 es el evaluado ante CIEES y acreditado ante CONAEDO. Es el séptimo plan de estudios, inició su operativización en septiembre del 2001, se ubica como versión 04, al cual se le integran algunas

características de semiflexibilización, pretendiendo en éste documento comentar brevemente algunos aspectos, lo cual se desarrolla en las etapas de semiflexibilización (U.A.E.M., 2005).

8. Plan de estudios 2003 con adenda, se estructuró como un primer acercamiento a la flexibilización, se orientó hacia seis aspectos básicamente.

Estructurado con base en un modelo basado en la atención al alumno

Secuencia y compactación de contenidos disciplinarios.

Basado en el desarrollo de competencias profesionales.

Definición y compactación de seriación-relación de contenidos en las asignaturas.

Ampliación de los principios psicopedagógicos del Programa de Aprendizaje

Basado en Problemas (PBL) conjuntado con los fundamentos del aprendizaje significativo

Estructuración de un sistema de evaluación coherente.

Por último, son 370 horas clase en total del plan de estudios flexible de la Facultad de Odontología, de las cuales la relación es de una hora teórica por dos prácticas aproximadamente, dando un total de 450 créditos (PADILLA, 2010).

Particularidades del plan de estudio flexible 2004.

Plan de estudios con características flexibles

Basado en el desarrollo de competencias profesionales

Integrando unidades de aprendizaje en la modalidad de educación a distancia

Ubicación de contenidos disciplinarios optativos

Con tres trayectorias de duración:

La mínima: de nueve períodos más un año de servicio social

La ideal: de 10 períodos, más un año de servicio social, y la

La máxima: de 12 períodos, más un año de servicio social para alumnos regulares

Orientación hacia la Odontología integral

Con un total de 71 unidades de aprendizaje 69 obligatorias y dos optativas con seis énfasis.

450 créditos.

Ejes transversales: investigación, calidad en el servicio y humanismo

Con Bachillerato único para ingresar, reformado (desde 2003)

Estructura de 7 áreas de docencia, que son:

1. Ciencias médico biológicas
2. Odontología Preventiva y social
3. Medicina bucal
4. Rehabilitación odontológica
5. Odontopediatría y ortodoncia
6. Terapéutica quirúrgica
7. Investigación y formación básica

Simplificación en la seriación de asignaturas

Compactación de contenidos

Aplicación de principios constructivistas en el aprendizaje ⁽¹⁾

Características generales del programa.

- 1 Nombre del programa educativo y título que ofrece.

El nombre oficial del Programa educativo es de Licenciatura de Cirujano Dentista, el título que se registra en los documentos oficiales es de Cirujano Dentista.

- 2 Espacio académico en donde se imparte.

Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México

- 3 Área a la que corresponde y tipo de programa educativo.

El Programa educativo de Cirujano Dentista se ubica en el área de Ciencias de la Salud de acuerdo a los criterios de CIEES - ANUIES.

Es considerado como un Programa Científico - Práctico, tomando en cuenta la clasificación de PROMEP (U.A.E.M., 2005)

4 Duración y sistema de créditos ⁽¹⁾

Núm.	Trayectoria	Períodos	Créditos promedio por período
01	Mínima	9	50
02	Ideal	10	45
03	Máxima	12	38

Fuente: U.A.E.M. 2005. Plan de Estudios flexible del Programa Educativo de la Licenciatura Cirujano Dentista, Editorial U.A.E.M. México.

5.- Distribución de horas y créditos por núcleos de formación ⁽¹⁾

Núcleos	Unidades de aprendizaje	HT	HP	TH	CR
Básico	15	28	43	71	99
Sustantivo	39	46	177	223	269
Integral	15	6	64	70	76
Optativas	2	0	6	6	6
TOTAL	71	80	290	370	450

Fuente: U.A.E.M. 2005. Plan de Estudios flexible del Programa Educativo de la Licenciatura Cirujano Dentista, Editorial U.A.E.M. México.

Por último, se describirá las circunstancias y entorno en los que se dará el proceso educativo, se reconoce que son 370 horas en total del Plan de estudios flexible, de las cuales la relación es de una hora teórica por dos prácticas aproximadamente, por lo tanto nos orientamos a un SABER HACER, integración teórico-práctico, que implica un conocimiento técnico y el desarrollo de ciertas habilidades, sus bases culturales, filosóficas, y científicas. Integrado con un SABER, que son los conocimientos disciplinarios, y las actividades cognoscitivas para el saber hacer (U.A.E.M., 2005).

El SABER SER, implica la formación de actitudes y juicios valorativos, que generalmente se relacionan con demandas socioculturales de la disciplina. Y al adquirir estrategias que permitan planear y regular las actividades de aprendizaje personal del participante, se establece el APRENDER A APRENDER, que significa el desarrollar

estrategias de adquisición bajo la responsabilidad del propio estudiante (U.A.E.M., 2005).

Además, en relación con el entorno en que se dará el proceso educativo, es necesario tomar medidas para impulsar aspectos de competitividad, que se orienten hacia actividades de investigación y prevención en mayor medida (U.A.E.M., 2005).

Características de las áreas de docencia:

1. **Medico Biológicas:** La Odontología forma parte de las ciencias de la Medicina, es por ello que se hace necesario incorporar el conocimiento que ella posibilita mediante las llamadas ciencias básicas derivadas de la Biología, como son: Anatomía, Histología, Embriología, Genética, Fisiología, Patología General, Inmunología, Bioquímica, Microbiología y Farmacología. Dichos conocimientos proporcionan los principios y las bases teóricas que permiten comprender la estructura, función y relación del organismo con el aparato estomatognático. (U.A.E.M., 2005).
2. **Odontología Preventiva y Social:** La importancia de este eje consiste en desarrollar la conciencia del estudiante acerca de la trascendencia que tiene realizar un conjunto de actividades orientadas a producir un efecto de promoción de la salud y protección específica del aparato estomatognático y sus relaciones sistémicas (U.A.E.M., 2005).
3. **Medicina Bucal:** Esta área integrará los conocimientos básicos fundamentales para la identificación de las diferentes características de las enfermedades sistémicas con repercusión en al aparato estomatognático, a través de exploración clínica (U.A.E.M., 2005).
4. **Rehabilitación Odontológica:** Este eje forma en el conocimiento de todas aquellas acciones que intentan evitar la evolución de dichos padecimientos bucales mediante el abordaje y conocimiento de las diferentes técnicas de Operatoria dental, Endodoncia y Prótesis, así como de los materiales dentales que habrán de utilizar según el caso clínico que se le presente para devolver al aparato estomatognático su funcionamiento (U.A.E.M., 2005).

5. Odontopediatría y Ortodoncia: La odontología pediátrica tiene como objeto de estudio la estructura, función y desarrollo del aparato estomatognático en niños y adolescentes. La maloclusión es una anomalía que tiene su origen en las primeras etapas de la vida, de ahí que deben incluirse dentro de este eje curricular (U.A.E.M., 2005).
6. Terapéutica Quirúrgica: En esta área radica la necesidad de formar al alumno en el conocimiento y habilidades de la terapéutica quirúrgica para el diagnóstico y solución de problemas parodontales, patología bucal, cirugía de terceros molares, patología periapical, biopsias, etc., así como la identificación y derivación a los especialistas de los padecimientos de competencia maxilofacial (U.A.E.M., 2005).
7. Investigación y Formación Básica: La función de esta área, es formar en el alumno una predisposición o actitud favorable hacia la investigación en el campo de la odontología, a través de la formación de ciertos hábitos y el manejo de herramientas y recursos metodológicos que le sean de utilidad en su formación escolar y ejercicio de su práctica profesional, así como la comprensión de textos en el idioma inglés y lenguaje computacional (U.A.E.M., 2005).

Por lo anterior, las siete áreas en que se divide el plan de estudios flexible conlleva implícitamente al conocimiento médico biológico fundamental que irá de la mano con el médico odontológico para estructurar una odontología integral cuyas bases estarán en la prevención, investigación y la rehabilitación de la función bucodental, buscando lograr la salud del individuo, lo cual tiene efecto en lo social (U.A.E.M., 2005).

Perfil de egreso, el egresado debe tener una sólida formación en conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes disciplinarios, lo que asegurará su capacidad para observar, identificar y resolver los problemas de salud bucal y las repercusiones que se puedan presentar a través de las enfermedades generales del individuo y la comunidad en que se desenvuelva. En relación con la práctica profesional del cirujano dentista de práctica general (U.A.E.M., 2005).

✓ **Competencias Profesionales**

- 1 Manejo de los procesos de salud-enfermedad y sus relaciones contextuales
- 2 Aplicar el método estadísticos, y epidemiológicos, en el diagnóstico bucal
- 3 Aplicar los principios de atención primaria a la salud bucal en la prevención, tratamiento a nivel individual y colectivo
- 4 Aplicar estrategias de promoción de primer y segundo nivel de prevención de la salud bucal individual y comunitaria
- 5 Aplicar el método clínico para el diagnóstico de salud bucal
- 6 Diagnosticar, los estados de salud bucal del paciente, sus alteraciones, y su relación con su estado sistémico
- 7 Elaborar programas, de tratamiento preventivo, curativo, restaurativo y de rehabilitación de salud bucal del individuo en su contexto
- 8 Realizar el tratamiento con base en el diagnóstico, respetando las normas y los valores imperantes
- 9 Fundamentar en tratamiento individual y colectivo con base en los conocimientos de la disciplina odontológica
- 10 Trabajar en equipo multidisciplinario, para el diagnóstico y tratamiento
- 11 Planear desde el punto de vista ergonómico y administrativo un establecimiento de servicio para la salud bucal
- 12 Realizar investigación formativa para profundizar y actualizar el conocimiento teórico, práctico
- 13 Actualizar su práctica cotidiana con los nuevos conocimientos que se generen con los avances científicos y las innovaciones tecnológicas. (aprendizaje autónomo)
- 14 Desarrollar un sentido bioético basado en la integridad moral en la atención del individuo y su comunidad
- 15 Aplicar las políticas y normas oficiales de salud institucionales estatales y nacionales en los programas de atención individual o colectiva

✓ **Habilidades**

Las habilidades que se fortalecen en la formación de los egresados son de lecto, escritura comprensión, diferenciación análisis, síntesis, relación y comunicación, las cuales se reflejan en las siguientes sub competencias:

- 1 Analizar el proceso salud enfermedad y sus determinantes
- 2 Planear desarrollar y evaluar programas de educación para la salud bucal
- 3 Aplicar medidas de protección específica para la salud bucal
- 4 Manejar los métodos de exploración clínica
- 5 Aplicar las normas para el manejo de expediente clínica, la historia clínica
- 6 Integrar el diagnóstico de salud del individuo
- 7 Emitir un pronóstico
- 8 Elaborar el plan de tratamiento
- 9 Selección y manejo de materiales dentales
- 10 Aplicación de fármacos
- 11 Aplicar selladores de fosetas
- 12 Prescripción y aplicación de fluoruros
- 13 Enseñar y evaluar las técnicas de autocuidado que realiza el paciente
- 14 Realizar diagnóstico y tratamiento simple de alteraciones pulpares
- 15 Informar al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento. Y consecución de éste
- 16 Aplicar procedimientos de restauración y rehabilitación
- 17 Realizar tratamientos quirúrgicos
- 18 Realizar tratamientos de ortodoncia preventiva
- 19 Aplicar los principios de oclusión en tratamientos restaurativos rehabilitatorios
- 20 Aplicar la norma de control de infecciones
- 21 En caso necesario referir al paciente con algún especialista u otro profesional de la salud
- 22 Identificar diferentes formas de organizar un consultorio
- 23 Realizar un protocolo de tesis
- 24 Elaborar ensayos con base a la investigación documental clínica y epidemiológica

25 Aplicar técnicas y procedimientos que permita la colaboración del paciente en su tratamiento y conservación de su salud ⁽¹⁾.

✓ **Valores**

Los alumnos cuentan con valores tales como el compromiso, respeto, solidaridad, integridad, honestidad, colaboración y humanismo, que son resultado de la formación previa y su interacción familiar y social, éstos se fortalecerán en su proceso formativo a través de su aplicación en la práctica profesional y se reflejan en las siguientes subcompetencias:

- 1 Aplicar la norma nacional e internacional de salud
- 2 Aplicar las normas de expediente e historia clínica
- 3 Consignar en el plan de tratamiento las acciones a realizar y el costo de las mismas de acuerdo con los lineamientos de la facultad de odontología
- 4 Informar al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento. Y consecución de éste, obteniendo la firma del consentimiento informado del paciente
- 5 Participar en programas estatales de primer nivel de prevención
- 6 Respeto a la cultura y valores de los pacientes
- 7 Compartir sus conocimientos con sus pacientes, otros odontólogos y profesionales de la salud
- 8 Participar en eventos estudiantiles internos y externos
- 9 Planear desde el punto de vista ergonómico y administrativo un establecimiento de servicio para la salud bucal
- 10 Aplicar las normas y reglamentos de la institución específicos de cada área del conocimiento
- 11 Aplicar las normas y reglamentos por el manejo de especímenes y seres vivos en la investigación
- 12 Habilidad de comunicar y escuchar durante la presentación de temas en eventos estudiantiles internos y externos
- 13 Planear desde el punto de vista ergonómico y administrativo un establecimiento de servicio para la salud bucal. (ANUIES, 2014)

✓ **Conocimientos**

Los conocimientos los obtendrán a través de las unidades de aprendizaje que conforman las diferentes áreas del plan de estudios siendo éstas: (U.A.E.M., 2005)

Investigación y formación básica

Medico biológicas

Medicina Bucal

Odontopediatría y Ortodoncia

Terapéutica Quirúrgica

Rehabilitación Odontológica

Odontología Preventiva y Social

METODOLOGÍA

Este estudio se realizó en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México durante el periodo de diciembre 2014 a diciembre 2015.

Se consultó el Modelo de Institucional Innovación Curricular de la UAEM así como el modelo educativo de flexibilización de la Facultad, se realizaron las comparaciones entre ambos modelos a través de matrices de comparación con la finalidad de conocer si se cumplen o no las competencias institucionales.

Una vez realizó una matriz para cada área de docencia del modelo de competencias en la Facultad de odontología se evaluó la concordancia con el Plan flexible institucional.

Para esta investigación se requirió revisar el Modelo Institucional de Innovación Curricular de la Universidad Autónoma del Estado de México. El Modelo Institucional de Innovación Curricular de la Facultad de Odontología. El Plan de Estudios de la Licenciatura de Cirujano Dentista y los 73 Programas de las Unidades de Aprendizaje del semestre elegido aleatoriamente, considerando materias teóricas.

Una vez realizada la matriz con los 13 requisitos que concordaban con nuestro Plan de estudios se colocaba una (✓) si el programa contaba con este requisito, de lo contrario

se colocaba una (X); para sacar el promedio se realizó sumando el número de aciertos (✓) y se dividió entre 13 que fueron los conceptos elegidos.

RESULTADOS

Cuadro N° 1

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Odontopediatría y Ortodoncia

N°	APARTADO	Odontopediatría II	Clínica Integral Infantil I	Clínica Integral Infantil II	Ortodoncia II
1	Área de docencia:	✓	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X	X
3	Núcleo de formación	✓	✓	✓	✓
4	Seriación	✓	✓	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje	X	✓	✓	X
6	Competencias profesionales	X	✓	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia	✓	X	X	X
8	Núcleo de formación	S	I	I	S
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	✓	X	✓	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	✓	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	X	✓	X
13	Referencias	X	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	X	✓	✓	✓
Total		6=	8=	9=	7=
		44.15%	61.53%	69.23%	53.84%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 57.19%

Cuadro N° 2

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Odontología preventiva y social

N°	APARTADO	Salud pública	Práctica de salud bucal comunitaria I	Práctica de salud bucal comunitaria II
1	Área de docencia:	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X
3	Núcleo de formación	X	✓	✓
4	Seriación	✓	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	✓	✓	✓
6	Competencias profesionales.	✓	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X	X
8	Núcleo de formación			
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	X	✓	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	✓	✓
13	Referencias	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	✓	✓	✓
Total		6=	9=	9=
		44.15%	69.23%	69.23%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 60.87%

Cuadro N° 3

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Terapéutica quirúrgica

N°	APARTADO	Clínica de periodoncia	Clínica de exodoncia	Clínica de cirugía bucal
1	Área de docencia:	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X
3	Núcleo de formación	✓	✓	✓
4	Seriación	✓	X	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje	✓	✓	✓
6	Competencias profesionales	✓	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia	✓	X	X
8	Núcleo de formación	S	S	S
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	X	X
10	Secuencia didáctica	✓	X	X
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	X	X
13	Referencias	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores	✓	v	X
Total		9=	5=	5=
		69.23%	38.46%	38.46

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 48.71%

Cuadro N° 4

Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Medicina Bucal

N°	APARTADO	Clínica de admisión y urgencias odontológicas I	Clínica de admisión y urgencias odontológicas II
1	Área de docencia	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X
3	Núcleo de formación	✓	✓
4	Seriación	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	✓	✓
6	Competencias profesionales.	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	✓
8	Núcleo de formación	I	I
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓
10	Secuencia didáctica	✓	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	✓
13	Referencias	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores	✓	X
	Total	8=	9=
		61.53%	69.23%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 65.38%

Cuadro N° 5
Análisis de las Unidades de Aprendizaje del Área de docencia: Rehabilitación
Odontológica

N°	APARTADO	Clínica de prótesis fija	Endodoncia	Clínica de endodoncia	Odontogeriatría	Clínica de odontogeriatría	Clínica de operatoria dental I	Clínica de operatoria dental II	Clínica integrada I	Clínica integrada II	Clínica integral I	Clínica integral II
1	Área de docencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Identificación del curso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Núcleo de formación	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Seriación	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
5	Propósito de la Unidad de Aprendizaje.	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓
6	Competencias profesionales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Naturaleza de la Competencia.	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
8	Núcleo de formación	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I	I
9	Estructura de la Unidad de aprendizaje	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Secuencia didáctica	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X	✓	✓
11	Desarrollo de la Unidad de Aprendizaje	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Evaluación y acreditación	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	✓
13	Referencias	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Ficha Académica de los Profesores que imparten la Unidad de Aprendizaje	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
		7=	5=	3=	10=	10=	7=	8=	7=	7=	8=	9=
Total		53.84%	38.46%	23.07%	76.92%	76.92%	53.84%	61.53%	53.84%	53.84%	61.53%	69.23%

Promedio global en el cumplimiento de las competencias instituciones = 58.46%

CONCLUSIONES

El área de docencia *Médico biológicas* tiene ocho asignaturas básicas y dos sustantivas contiene, no presenta UA prácticas.

El área de docencia de *Odontopediatría y Ortodoncia* tiene cuatro asignaturas sustantivas y dos integral contiene cuatro programas de asignatura prácticas Odontopediatría II que cumple el 44.15% de las competencias institucionales; Clínica Integral Infantil I que cumple 61.53%; Clínica Integral Infantil II que cumple 69.23% y Ortodoncia II que cumple 53.84% de las competencias institucionales.

El área de docencia *Odontología preventiva y social* tiene tres asignaturas básicas y tres integrales contiene tres programas de asignatura prácticas Salud pública que cumple el 44.15% de las competencias institucionales, Práctica de salud bucal comunitaria I cumple 69.23% y Práctica de salud bucal comunitaria II que cumple 69.23% de las competencias institucionales.

El área de docencia *Terapéutica quirúrgica* tiene ocho asignaturas sustantivas contiene dos programas de asignatura práctica que es Clínica de periodoncia que cumple el 69.23%, Clínica de exodoncia y Clínica de cirugía bucal con 38.46 de las competencias institucionales.

El área de docencia *Medicina Bucal* contiene cuatro asignaturas sustantivas, dos asignaturas básicas y tres asignaturas integrales, de los cuales dos son UA prácticas: Clínica de admisión y urgencias odontológicas I que cumple el 61.53% y Clínica de admisión y urgencias odontológicas II que cumple 69.23% de las competencias institucionales.

El área de docencia *Rehabilitación odontológica* contiene una asignatura básica, 18 sustantivas, y dos asignatura integral, de los cuales 11 son UA prácticas: Clínica de prótesis fija que cumple el 53.84% de las competencias institucionales, Endodoncia

cumple 38.46%; Clínica de endodoncia I cumple 23.07%; Odontogeriatría que cumple 76.92%; Clínica de odontogeriatría que cumple 76.92%; Clínica de operatoria dental I cumple 53.84%; Clínica de operatoria dental II cumple 61.53%; Clínica integrada I que cumple 53.84%; Clínica integrada II que cumple 53.84%; Clínica integral I que cumple 61.53% y Clínica integral II que cumple 69.23% de las competencias institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

ANUIES. (25 de 07 de 2014). *La Educación Superior en el siglo XXI*. (México, Editor)

Obtenido de Líneas estratégicas de desarrollo: www.anuies.mx/21/hts/2000

Casarini, M. (1999). *Teoría y Diseño Curricular*. Monterrey, México: Trillas.

Gasca, P. E. (2009 - 2021). *PLAN GENERAL DE DESARROLLO*. Toluca, México: UAEM.

Gasca, P. E. (2009 – 2013). *PLAN RECTOR DE DESARROLLO INSTITUCIONAL*. México: UAEM.

GUERRA, M. (Julio-Septiembre de 2002). Flexibilidad curricular: mayor equidad en el acceso y permanencia en la educación superior. *Educación Superior en Línea*, Vol. XXXI (3)(123).

HUERTA, J. P. (2000). Desarrollo curricular por competencias profesionales integrales. *Educar*(13), 101 – 105.

IBARRA, A. (1996). *Competencia Laboral y educación basada en normas de competencia*. México: Limusa Noriega.

JIMENEZ, M. M. (2000). Competencias clínicas de enfermeras en la atención quirúrgica. (IMSS, Ed.) *Enfermería IMSS*, 8(2), 75-80.

MIRANDA, D. M. (2005). *Modelo de Formación Profesional de la UAEM*. México: Litho Kolor.

PADILLA, M. A. (04 de 09 de 2010). Evaluación de las Competencias preclínicas del área de rehabilitación odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. *Tesis de Doctorado*. Toluca, , México, México: Escuel Libre de Ciencias Políticas y Administración Pública de Oriente.

PEDROZA, F. R. (2005). *“Flexibilidad académica y curricular en las instituciones de educación superior.* México: UAEM- Porrúa.

SALGADO, V. A. (2009 – 2013). *PLAN DE DESARROLLO.* México: UAEM.

U.A.E.M. (2005). *PLAN DE ESTUDIOS FLEXIBLE DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE LA LICENCIATURA CIRUJANO DENTISTA.* Toluca, México: U.A.E.M.

UAEM, U. A. (2005). *Bases para el Modelo de Innovación Curricular de la UAEM.* Toluca, México: UAEM, Secretaría de Docencia.

UAEM, U. A. (2009-2013). *Plan Rector de Desarrollo Institucional.* Toluca.

DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, DE COMUNIDADES DEL D.I.F., ALMOLOYA DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO, 2015

Maria Isabel Ruiz Correa¹

Livia Quiroz Benhumea²

María de los Angeles Carpio Rodríguez³

Ma. Alejandra Hernández Castañón⁴

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, entre otros aspectos, contribuyen en el incremento acelerado de la proporción de personas de 60 años y más que en cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad que debe adaptarse para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de los adultos mayores, así como la participación social y la seguridad (OMS, 2013).

Las cifras del envejecimiento demográfico indican que entre 2000 y 2050, la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones en el año 2000 a 2000 millones para el año 2050 (OMS, 2013).

Los adultos mayores padecen trastornos depresivos con mucha frecuencia y en muchos casos con serias implicaciones en la morbilidad, mortalidad, funcionalidad e integración social y familiar. La depresión es una entidad clínica con una alta tasa de respuesta al tratamiento, y que en la actualidad permanece mal diagnosticada y escasamente tratada entre la población anciana que vive en la comunidad, por lo cual es ideal la aplicación de programas preventivos. (Martín, 2010)

¹ Alumna de la Especialidad en Gerontología de la FEyO, UAEMéx.

² Docente de la Especialidad en Gerontología de la FEyO, UAEMéx.

³ Docente de la Especialidad en Gerontología de la FEyO, UAEMéx.

⁴ Docente de la Especialidad en Gerontología de la FEyO, UAEMéx.

Es por lo anterior que se realizó el presente estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, la línea de investigación en la que se insertó el estudio fue Cultura y Educación en Salud, con la finalidad de identificar el grado de depresión que presentan los adultos mayores que acudieron una vez por semana al grupo del D.I.F. (Desarrollo Integral de la Familia) de comunidades del municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, además de conocer la distribución de este padecimiento considerando algunos datos sociodemográficos como grupo de edad (por década a partir de los 60 años), género, escolaridad y ocupación, para proponer un programa de atención gerontológica dirigido a los adultos mayores con algún grado de depresión, a bien de elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS versión reducida) que contiene 15 ítems conociendo información acerca de satisfacción de vida, estado de ánimo, temor a que algo malo le pase, sentimiento de abandono, preferencia por quedarse sólo en casa en lugar de salir, entre otros.

Posterior a la obtención de los datos, se revisaron para su análisis estadístico a través del programa SPSS Versión 22.0, se analizaron e interpretaron los resultados, se elaboraron cuadros y gráficas en Excel. Finalmente se describieron las conclusiones y sugerencias de esta investigación.

OBJETIVOS

General: Identificar el grado de depresión en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México.

Específicos: Clasificar a los adultos mayores según el grado de depresión considerando datos sociodemográficos.

Proponer un programa de atención gerontológica dirigido a los adultos mayores con algún grado de depresión.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio que toma como base la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento (LGAC's): Cultura y Educación en Salud. Se clasifica de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y su objetivo es identificar el grado de depresión en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México. El universo de trabajo fueron los adultos mayores de comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, la muestra es no probabilística por conveniencia de un total de 257 adultos mayores a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) de 15 ítems (versión reducida) que contiene la cedula de identificación del adulto mayor con nombre, edad, género, escolaridad y ocupación.

Se consideraron como criterios de inclusión: Adultos mayores pertenecientes a comunidades del D.I.F. del municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, que acepten participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado. Y como criterios de exclusión: Que no pertenezcan a comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, adultos mayores que no acepten participar en el estudio de investigación y no firmen la carta de consentimiento informado.

Se identificó a la población que cumplió con los criterios de inclusión, realizándoles una invitación para participar en la investigación; una vez que aceptaron participar se les dio la carta de consentimiento informado para que la firmaran, en el caso de que no supieran leer ni escribir se les realizó la lectura de la misma y colocaron la huella, de esta forma se cumplió con los aspectos éticos previstos en el estudio. A su vez, se informó que los resultados serán anónimos y se emplearán para justificar la elaboración de un programa de atención gerontológica dirigido a los adultos mayores que presenten algún grado de depresión. El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS versión reducida), la cual fue previamente validada en estudios que han comparado los cuestionarios corto y largo de la misma para la valoración de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta. La sensibilidad de la GDS versión reducida fue del 92% y la

especificidad fue del 89%. Con la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 30 reactivos, uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene depresión mayor (Nance, 2011).

La misma prevalencia se encontró con la versión corta de 15 reactivos (versión reducida) en una población de adultos mayores hispanos y no hispanos, este instrumento incluyó la ficha de identificación de los adultos mayores con nombre, edad, género, ocupación y escolaridad.

Se visitó a los adultos mayores en sesiones semanales de trabajo, acudiendo al auditorio o los sitios de reuniones de comunidades de los grupos del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México; la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS versión reducida) se aplicó una por cada adulto mayor en una sola ocasión, explicándoles por anticipado el objetivo de la aplicación de la misma, consistió en 15 preguntas dicotómicas que contestaron de manera verbal (sí y no), se anotaron las respuestas para obtener un resultado y clasificarlo en: sin depresión (0 a 5 puntos), depresión leve (6 a 9 puntos) y depresión establecida (más de 10 puntos).

Una vez obtenidos los datos después de aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS versión reducida), se realizó su análisis estadístico a través del programa SSPS Versión 22.0 y posterior a este, se analizaron e interpretaron los resultados, se elaboraron cuadros y gráficas en Excel. Finalmente se describieron las conclusiones y sugerencias de esta investigación.

RESULTADOS:

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México que incluyó a 257 personas, de las cuales 3 de cada 4 fueron mujeres.

Con un promedio de edad de 73.8, mediana 73, moda 72, desviación estándar de 7, una edad mínima de 60 años y una máxima de 96, sin que exista una diferencia de edad media entre hombres y mujeres.

En grado de escolaridad se muestra que sin estudios se encuentra el porcentaje más alto con un 59.1%, los de primaria incompleta fueron 1 de cada 3 (34.6%), la primaria completa solo el 5.4% y 2 casos con mayor grado de escolaridad (.8%).

Según la ocupación casi 3 de cada 4 son amas de casa, los que se dedican a las labores del campo son el 17.9% y en otras actividades (comerciantes, artesanos, pirotecnia) fueron el 8.9%.

La prevalencia global de depresión en adultos mayores de comunidades de Almoloya de Juárez, México es de 1 de cada 3 (33.1%) y estratificando por grado de depresión, la leve es de 23% y la establecida representa el 10.1%.

Al agrupar la edad por décadas encontramos que el grupo de 60 a 69 hay una prevalencia global de 27.5% con un 14.5% de depresión establecida y el 13.0% depresión leve. En el grupo de edad de 70 a 79 años se encontró una prevalencia global del 37.5% siendo mayor el porcentaje en la depresión leve con el 29.4%. En el grupo de los 80 a 89 años la prevalencia fue del 28.2% de los cuales la leve fue de 21.7% y en el grupo de los 90 a 99 se encontró una prevalencia del 33.3% correspondiendo el total de los casos a depresión establecida.

Con respecto a depresión por género predominó más en la mujer con un 35.7% y para el hombre es del 24.6%.

De acuerdo a la ocupación de los adultos mayores, los que se dedican a las labores del campo tienen una depresión del 23.9% y de estos el 6.5% tienen una depresión establecida y el 17.4% una depresión leve. Para los adultos mayores que se dedican a las labores del hogar, en su mayoría mujeres tienen una depresión del 38.3% y de estos

el 12.2% tienen depresión establecida. Los que se dedican a otras actividades solo se encuentran con el 8.7% de depresión siendo todos depresión leve.

De acuerdo al nivel de escolaridad los adultos mayores que no tienen estudios obtuvieron una prevalencia de depresión del 36.2% de estos el 11.2% tenían depresión establecida. Para los que tenían la primaria incompleta la prevalencia fue de 30.3% y de éstos el 10.1% tienen depresión establecida, para los de primaria completa la prevalencia fue de 21.4% y el 100% presentaron depresión leve y para los que tienen un mayor nivel de escolaridad no se encontró depresión.

CONCLUSIONES:

La OMS calcula que, entre los mayores de 65 años, más de un 20% padece algún tipo de trastorno psiquiátrico. De estos, los de tipo depresivo son los más frecuentes, siendo sólo superados por la demencia a partir de los 75 años.

En México el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad. La depresión es una enfermedad mental frecuente, y una de las principales causas de discapacidad en adultos mayores (Secretaría de Salud, 2012). Los resultados de este estudio se relacionan de manera importante con lo que establece la literatura, pues la prevalencia de depresión en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, México fue del 33.1%, siendo la depresión leve la de mayor incidencia con el 23%.

Asimismo aumenta conforme la edad avanza y disminuye con niveles de educación más altos (Instituto Nacional de Geriátría, 2011), lo anterior respalda los resultados arrojados en este estudio pues la prevalencia de depresión fue mayor conforme aumento la edad y disminuyo a mayor grado de escolaridad.

La literatura establece que resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales, al respecto los resultados de este estudio fueron diferentes, pues el grado de depresión por género fue mayor en mujeres que en hombres (Instituto Nacional de Geriátrica, 2011).

Martin (2009) cita que en México, según la Encuesta Nacional de Psiquiatría (2002) el porcentaje de mujeres que refieren sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y en los hombres del 2.5% es decir, mayor en el género femenino, esto apoya los resultados del presente estudio donde el mayor porcentaje de depresión se presentó en mujeres en un 35.7% de los casos mientras que en los hombres fue del 24.6%. De estas el 38.3% se dedican a las labores del hogar por lo cual podría suponerse que el hecho de estar en casa conlleva mayor riesgo de caer en depresión, en comparación con los hombres que salen de casa a realizar otras actividades laborales que les sirven para socializar con los demás.

Nance D. (2011) menciona que en lo referente a la escolaridad los adultos mayores sin estudios o con primaria incompleta tienen mayor probabilidad de presentar depresión en comparación con los que tienen primaria completa o un mayor nivel de estudios y esto se puede ver reflejado en los resultados de este estudio, donde los adultos mayores sin escolaridad presentaron mayor grado de depresión (36.2%) en comparación con el 21.4% de los que tienen mayor nivel de escolaridad.

Martín (2009) dice en un estudio que la depresión es una entidad clínica con una alta tasa de respuesta al tratamiento, y que en la actualidad permanece mal diagnosticada y escasamente tratada entre la población anciana que vive en la comunidad, por lo que es ideal la aplicación de programas preventivos. Por lo anterior uno de los objetivos del presente estudio es proponer un programa de atención gerontológica dirigida a estos adultos mayores que presentan algún grado de depresión para ser aplicado y contribuir de forma significativa a mejorar la calidad de vida, autonomía, estilo de vida y el pronóstico de la población en estudio.

REFERENCIAS:

- Martin, C. M. (2010). La prevención en psiquiatría geriátrica: El momento del sentido común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Colombia. Vol. 38/ No. 4. Pp. 614-621. Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Nance, D. (2011). Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. (Artículo en internet pdf) Disponible en [URL:http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf) consultado el abril 20 de 2015.
- OMS. (2013). Centro de Prensa. La salud mental y los adultos mayores.
- OMS. (2014). Institute for health metrics and evaluation 2010. Global burden of disease study. La Salud Mental y los adultos mayores
- Ruiz, F. (2012). Metodología de la Investigación, pasos para realizar el proyecto de investigación. Editorial Jupiter C.A., Caracas.
- Secretaría de Salud. (2012). Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN (Comité Nacional de Atención al Envejecimiento) Programa Sectorial de Salud.
- Separata, J. (2010). Bases para el análisis de datos clínicos y epidemiológicos. Apuntes de Estadística. Arequipa: SPBIS.
- Yesavage, JA. Brink, TL. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat. Res*

DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE CPOD EN ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD EN LA ESCUELA PRIMARIA “JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ”, TLACOTEPEC, MÉXICO

María Elena V. Escalona Franco¹

María Florinda Vilchis García

Brisa Vizueth Enriquez

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, ha afirmado hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al anunciar las conclusiones del informe mundial sobre salud bucodental, la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental.

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

METODOLOGÍA:

Tipo de investigación: de campo, descriptivo y transversal.

¹ Docente de la Facultad de Odontología de la UAEMéx.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental en niños escolares ha sido descrito en varios documentos y es claro que en la actualidad, se ha presentado una serie de trastornos de alimentación tales como la obesidad, bulimia, anorexia, entre otros, los cuales provienen de los inadecuados hábitos alimenticios, que, debido a los estilos de vida de la población que presenta la sociedad, de los cuales los niños en edad escolar, no están excluidos.

Estos mismos hábitos no solo generan trastornos sistémicos, sino que también se ven reflejados a nivel bucal ya que presentan mayor acumulación de biopelícula, que es la causante de las principales enfermedades orales, así pues, existe una correlación entre dieta, peso y caries, nos enfocaremos en este caso en la población escolar de la escuela primaria Noé Pérez, para saber la asociación entre dichos factores a través de la obtención del índice CPOD propuesto por la Organización Mundial de la salud (OMS) y su instrumento de medición.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el estado de salud bucal de los escolares de 6 a 12 años de edad, de la Escuela Primaria “Josefa Ortiz de Domínguez” de Tlacotepec, México?

JUSTIFICACIÓN

En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse, ha declarado la Dra. Catherine Le Galès-Camus. Subdirectora general de la OMS para enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos.

Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.

«El acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos», ha dicho el Dr. Poul Erik Petersen, Coordinador del Programa Mundial de la OMS para la Salud Bucodental. Por otro lado, si bien ha habido cierto avance en la reducción de la caries dental entre la población joven de los países desarrollados, para muchas personas mayores ésta sigue siendo una de las principales fuentes de dolor y mala salud.»

La mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías), y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Entre el 5% y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes y todo lo derivado por la insuficiente masticación de los alimentos aunado a tabaquismo, alcoholismo, entre otros, incluyendo a la exfoliación dental en dentición mixta, contribuyen a la insuficiente masticación.

«Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida», ha afirmado el Dr. Petersen. «El dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida de piezas y la existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas.»

El Departamento de Estomatología de la Secretaría de Salud estatal establece un programa de Atención a la Salud Bucal, cuyo objetivo es: Contribuir a la disminución de las enfermedades bucales, a través de la aplicación de actividades educativas, preventivas y curativas en todos los grupos, con énfasis en menores de 15 años (preescolares y escolares de las escuelas en control), embarazadas y adultos mayores.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer el índice CPOD en escolares de 6 a 11 años de edad de la escuela primaria “Josefa Ortiz de Domínguez”, Tlacotepec, México.

Objetivos específicos:

Conocer la prevalencia de dentición temporal y permanente.

Conocer prevalencia de la enfermedad periodontal.

Conocer la prevalencia de maloclusiones dentales.

Conocer la prevalencia de alteraciones del esmalte.

Estimar las necesidades de tratamiento por caries, enfermedad periodontal y maloclusiones.

MÉTODO: se utilizó el índice CPOD de la OMS. La población estudiada fue de 1,162 alumnos entre 6 a 12 años de edad, distribuidos de primero a sexto grado de educación primaria. Con una muestra estratificada aleatoria de 307 niños utilizando las variables de estratificación de edad, sexo. En el Levantamiento se utilizaron los criterios diagnósticos señalados por la OMS. De estos índices y sus resultados sugerirán la necesidad de planificar programas de prevención escolar.

Índice CPOD

Las siglas significan:

C: Caries

O: Obturada

P: Perdida

D: Diente Cuantificación de Caries: Índices CPOD

Resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice. Respecto de su empleo, pueden hacerse algunas.

$$\text{Índice CPOD} = \frac{\text{Total de dientes cariados, perdidos y obturados en la población examinada}}{\text{Total de personas examinadas}}$$

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son:

5-6 años

12 años

Niveles de severidad en prevalencia de caries:

(Según COPD y COPS)

0.0 – 0.1 → Muy bajo.

1.2 – 2.6 → Bajo.

2.7 – 4.4 → Moderado.

4.5 – 6.5 → Alto.

Mayor 6.6 Muy alto.

Material

Medios desinfectantes y esterilizantes

Lámparas frontales

Abatelenguas

Sillas para sentarse

Guantes

Cubre bocas batas clínicas

INDICADORES DE RESULTADOS

- ✓ Prevalencia de caries en dentición temporal según la edad y el sexo.
- ✓ Índice COD, valores de los componentes del índice según la edad y el sexo.
- ✓ Prevalencia de caries en dentición permanente, según la edad y el sexo.
- ✓ Prevalencia de caries en el primer molar permanente según la edad y el sexo.
- ✓ Prevalencia de caries en el segundo molar permanente según la edad y el sexo.
- ✓ Índice CAOD, valores de los componentes del índice según edad y sexo.

- ✓ Índice CAOM, valores de los componentes del índice.
- ✓ Prevalencia total de caries (dentición temporal + dentición permanente).
- ✓ Prevalencia de caries activa, según el tipo de dentición, y la edad.
- ✓ Índice de restauración, según el tipo de dentición, la edad y el sexo.
- ✓ Necesidades de tratamiento, según el tipo de dentición, edad, sexo y promedio dientes según las necesidades de tratamiento.
- ✓ Necesidad de obturación de los molares permanentes según la edad, el sexo y promedio de molares permanentes que necesitan obturación.
- ✓ Prevalencia de la enfermedad periodontal, según la edad y el sexo.
- ✓ Promedio de sextantes según el tipo de afectación periodontal, según la edad y el sexo.
- ✓ Promedio de sextantes que requieren tratamiento.
- ✓ Prevalencia de la enfermedad periodontal según la edad y el sexo.
- ✓ Tipo de maloclusión según la edad y el sexo.
- ✓ Prevalencia de alteraciones del esmalte, según la edad y el sexo.
- ✓ Prevalencia de fluorosis según edad y sexo.
- ✓ Prevalencia de alteraciones del esmalte según la edad y el sexo.

MARCO TEÓRICO

La caries dental es una desmineralización de la superficie del diente causada por bacterias que se adhieren a la superficie dental (Placa bacteriana). Síntomas y signos de la caries: La caries puede manifestarse por: cambio de coloración del diente, aparición de una cavidad en el diente, dolor de dientes, dolor espontáneo, dolor al masticar, al ingerir azúcar, a estímulos térmicos (frio/calor). Siempre habrá que realizar en estos casos un diagnóstico diferencial con la hipersensibilidad dentinaria, retención de comida entre los dientes, mal aliento o halitosis, los síntomas que produce la caries, depende de la profundidad de la lesión, mientras más superficial la lesión (esmalte) es asintomático, si es más profunda (Pulpa) es sintomática.

Para determinar el grado de caries dental en dentición permanente, se calcularon los promedios de dientes cariados (CD), los dientes perdidos (PD), y los dientes obturados (OD), así como el total de experiencia de la caries dental en niños de 6 a 19 años cuyos resultados son de 3.5. Las cifras muestran un incremento en la experiencia de caries dental con la edad, encontrándose el más alto a los 19 años con un promedio de 7.3

Clasificación por tejidos que abarca la presencia de caries:

Caries de primer grado

Esta caries es asintomática, por lo general es extensa y poco profunda. En la caries de esmalte no hay dolor, ésta se localiza al hacer una inspección y exploración. Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falta la cutícula de Nashmith o una porción de prismas han sido destruidas, este presenta manchas blanquecinas granuladas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillo, café.

Caries de segundo grado

Aquí la caries ya atravesó la línea amelodentinaria y se ha implantado en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que el de la estructura del esmalte. En general, la constitución de la dentina facilita la proliferación de gérmenes y toxinas, debido a que es un tejido poco calcificado y esto ofrece menor resistencia a la caries.

Caries de tercer grado

Aquí la caries ha llegado a la pulpa produciendo inflamación en este órgano pero conserva su vitalidad. El síntoma de caries de tercer grado es que presenta dolor espontáneo y provocado: Espontáneo porque no es producido por una causa externa directa sino por la congestión del órgano pulpar que hace presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición horizontal de la cabeza y congestión

de la misma, causada por la mayor afluencia de sangre. El dolor provocado se debe agentes físicos, químicos o mecánicos, también es característico de esta caries, que al quitar alguno de estos estímulos el dolor persista.

Caries de cuarto grado.

Aquí la pulpa ha sido destruida totalmente, por lo tanto no hay dolor, ni dolor espontáneo, pero las complicaciones de esta caries, sí son dolorosas y pueden ser desde una monoartritis apical hasta una Osteomielitis.

La sintomatología de la monoartritis se identifica por tres datos que son:

- 1.- Dolor a la percusión del diente.
- 2.- Sensación de alargamiento.
- 3.- Movilidad anormal de la pieza.

La osteomielitis es cuando ha llegado hasta la médula ósea.

Clasificación de Black: clasificación de las caries dentales en las siguientes clases:

- Clase I: cavidades formadas en las fosas y fisuras, defectos de las superficies oclusales de premolares y molares, superficies linguales de incisivos superiores y surcos faciales y linguales que se encuentran ocasionalmente en las superficies oclusales de los molares.
- Clase II: cavidades en las superficies proximales de premolares y molares.
- Clase III: cavidades en las superficies proximales en incisivos y caninos que no afectan al ángulo incisal.
- Clase IV: cavidades en las superficies proximales de incisivos y caninos que afectan al ángulo incisal.
- Clase V: cavidades en el tercio gingival de los dientes (no en fosas) y por debajo del contorno máximo en las superficies vestibulares y linguales de los dientes.
- Clase VI: (que no forma parte de la clasificación original de Black): cavidades en los bordes incisales y en las superficies lisas de los dientes por encima del contorno máximo.

- 1- Superficie dental sin caries.
- 2- Los primeros signos de desmineralización, es una mancha blanca. No es aún una cavidad, la superficie es todavía uniforme. Con medidas apropiadas, (las aplicaciones de flúor realizadas por el profesional y la indicación de usar una pasta con pH bajo y alto contenido de flúor) el proceso de caries puede ser parado aquí y hasta invertido.
- 3- La superficie de esmalte se ha estropeado. Tenemos una lesión, con un piso blando. Ahora es una caries dental superficial de fácil restauración por el profesional.
- 4- Una obturación o relleno ha sido hecho, pero como se puede ver, el proceso de desmineralización a continuado y la lesión de caries rodea el relleno. Esto se llama Caries Secundaria; pero de hecho, esto es por lo general, la misma enfermedad que está en progreso.
- 5- La desmineralización continúa y destruye la pieza dental infectando al órgano pulpar más conocido como nervio.
- 6- Si el proceso continúa se produce la fractura de la pieza dental.

RESULTADOS

Se revisaron 308 alumnos de la escuela primaria “Josefa Ortiz de Domínguez”, Tlacotepec, México, el porcentaje de la población femenina fue de 53% (164) y del sexo masculino de 47% (144).

Con respecto al número de dientes cariados fue de 1846; dientes perdidos 148; dientes obturados 236 incluidos, dientes con sellador y barniz, pilar de un puente o una corona especial y obturados sin caries; dientes sano.

En la evaluación de los resultados podemos encontrar que en la Determinación de dientes cariados, perdidos, obturados en escolares de 6 a 11 años de edad en la escuela primaria “Josefa Ortiz de Domínguez”, Tlacotepec, México, tenemos un resultado general de 7.24026 que de acuerdo a COPD y COPS se encuentra Muy Alto.

Evaluando a los escolares por grupo encontramos que en el grupo de primer año se encuentran en una determinación de dientes cariados, perdidos y obturados de la escuela ya mencionada de 1.853896 que de acuerdo a COPD y COPS es Bajo.

Así mismo evaluados los alumnos de segundo grado de la escuela primaria encontramos un Índice CPOD de 1.616883 que de acuerdo a COPD y COPS es Bajo.

En los alumnos de tercer grado encontramos un Índice CPOD de 1.834416 que de acuerdo a COPD y COPS es Bajo.

En los alumnos de cuarto grado podemos encontrar un Índice CPOD de 0.863636 que de acuerdo a COPD y COPS es Muy Bajo.

En los alumnos de quinto grado podemos encontrar un Índice de CPOD de 1.071429 que de acuerdo a COPD y COPS es Bajo.

CONCLUSIONES

En cuanto a la necesidad de tratamiento dental, este estudio indica que un alto porcentaje de los escolares requiere un tratamiento odontológico específico a caries dental, lo cual permite ver hacia dónde dirigir la promoción de tratamiento. Con relación a la pérdida dental, se determinó que los dientes perdidos son, en la mayoría de los casos, por caries, lo cual puede indicarnos que se requiere dar una plática especial a padres y tutores acerca de la importancia de llevar al niño a sus citas periódicas con el especialista de la salud bucal, para ser diagnosticado a tiempo y prevenir dicha situación. Los problemas odontológicos pueden ser abatidos con programas de prevención y de atención oportuna, a fin de evitar mayores consecuencias, cómo perder a temprana edad piezas dentarias y con ello desequilibrar las funciones de estética, fonética y masticación, que derivan en problemas del orden fisiológico, psicológico, sociológico y económico. Por lo tanto, este trabajo contribuirá para crear programas de atención específicos de acuerdo con las necesidades observadas, ya que proporciona datos de las condiciones bucales de los escolares de 6 a 11 años de edad. El resultado de la Determinación de dientes cariados, perdidos, obturados en escolares de 6 a 11

años de edad en la escuela primaria "Josefa Ortiz de Domínguez", Tlacotepec, México, no lo encontramos óptimo, y es necesario reforzar el conocimiento en dicho tema para disminuir significativamente el problema. Por tanto debemos hacer más conscientes a padres, maestros y alumnos sobre la importancia del conocimiento acerca de estos temas que son de gran relevancia hoy en día.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias. La Salud Bucodental de la población Infantil Canaria: 199 1. Documento Mimeografiado.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Estudio epidemiológico sobre Salud Bucodental en escolares asturianos. Asturias: Consejería de Sanidad y Servicio Sociales; 1994.
- Consejería de Sanidad. Encuesta de salud bucodental infantil en la Comunidad de Castilla-La Mancha. Toledo: Consejería de Sanidad; 1994.
- Encuesta de salud bucodental en escolares de la Región Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad: 1990. Serie informes 6.
- Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil en la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco: 199 1. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental Serie B, número 2.
- Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España. Estudio epidemiológico sobre las necesidades de atención bucodental en la población española. Rev Act Odontoestomat Esp 1995. Número Monográfico.
- Instituto Nacional de la Salud. Encuesta de salud bucodental en los escolares del área 4 de Madrid. Madrid: Instituto Nacional de la Salud: 1994.
- La salud bucodental de la población infantil en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud: 1992. Documentos Técnicos de Salud Pública. número 3.
- La salud bucodental en la Comunidad Valenciana. Encuesta de prevalencia en población infantil. Valencia: Consellería de Sanitat i Consum; 1987.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. La Salud Bucodental en España. OMS-Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985. Documento Mimeografiado.

Monografías Sanitarias, Serie A (9).

Salud Pública Méx 1997; Vol. 39(2):133-136

Servicio Regional de Salud de Navarra. Estudio epidemiológico de la salud bucodental en la población escolar 1987. Pamplona: Servicio Regional de Salud; 1987.

World Health Organization. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: WHO, ORH/EIS/EPID.93.1; 1993.

World Health Organization. Oral health surveys: Basic Methods. Third edition. Geneva: WHO; 1987.

Mesografía:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf perfil epidemiológico de la salud bucal secretaria de salud 2010

http://salud.edomex.gob.mx/html/saludbucal/sbucal_principal.html

https://4tousac.files.wordpress.com/2012/02/documento__indice_cpo1.pdf

DIAGNÓSTICO DE SALUD EN TRABAJADORES EN UNA EMPRESA ALIMENTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO

Claudia Concepción Santana González¹

Miriam Gómez Ortega²

Andrea Guadalupe Sánchez Arias³

RESUMEN

Objetivos. Determinar el estado de salud en los trabajadores en una empresa en el área de transportes en una alimenticia del Estado de México. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, con una muestra no probabilística, por conveniencia de 74 trabajadores.

El instrumento de recolección de la información se integró por una ficha de identificación y exámenes de laboratorio. **Resultados.** La media de edad que predomina en los trabajadores es de 36 a 40 años. El 10% presentaron peso normal, el 16% sobrepeso y 74% obesidad; el 100% de no realiza actividad física, el 34% tienen hipercolesterolemia, el 76% hipertriglicéridemia, el 18% hiperglucemia. El 38% consumen tabaco.

Conclusiones: La educación para la salud es significativa para las personas que laboran en una empresa, pero de mayor importancia para los trabajadores para prevenir enfermedades cardiovasculares. El diagnóstico de salud coadyuva a disminuir los riesgos de comorbilidad en obesidad y promover el autocuidado del sobrepeso y obesidad en los trabajadores.

Palabras clave: Diagnostico, salud, trabajadores.

¹ Especialista en Enfermería en Salud Familiar. Profesora de Asignatura en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. love_for410@hotmail.com

² Dra. en Educación .P. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. miriamgo29@hotmail.com

³ Maestra en Administración de los. Servicios de Salud. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. vicnal74@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y Secretaría del trabajo y previsión social refiere que la salud ocupacional es como una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. (OMS, 2015, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2015)

La obesidad incluyendo el sobrepeso es definida como un estado premórbido, que se caracteriza por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal.¹ La obesidad tiene un origen multifactorial, los factores de riesgo como genética, sedentaria, alimentación y psicológicos. (Secretaría de Salud 2008, 2014)

El sobrepeso y obesidad son un riesgo a la salud que presenta las comorbilidades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata. (Secretaría de Salud, 2013, Barrera, 2013)

Según los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y la Organización Mundial de la Salud, México ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad, con un 32.8% en adultos; en segundo lugar Estados Unidos con un 31.8%. (Suverza, 2012, OMS, 2015, OCDE, 2014)

Cada año fallecen 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad (Barrera, 2013). La prevalencia en México de la obesidad fue de 32.4% y el sobrepeso de 38.8%, ambas fue de 71.28%. La obesidad fue más alta en el género femenino con el 37.5% y en el masculino 26.8%, al contrario del sobrepeso, donde el género masculino fue de 42.5% y el femenino de 35.9%. Según la Encuesta Nacional

de Salud y Nutrición para determinar riesgo cardiovascular es a través de la circunferencia de cintura en la mujer es ≤ 80 cm. (Feliciano, 2014)

De acuerdo con Rivera, el presupuesto para atender estos padecimientos, el costo total de tratamiento de enfermedades relacionadas al sobrepeso y la obesidad se duplicó en el 2008 estimándose en 42,000 millones de pesos y los costos directos por pérdida de productividad se evaluó en 25,000 millones de pesos y un total de los costos directos e indirectos para el 2008 fue de 67,000 millones de pesos. Se consideró el costo directo 7,800 millones y 101,000 millones de pesos de 2008 y el indirecto 73,000 millones y 101,000 millones de pesos en 2017. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012)

Por tanto es indispensable implementar intervenciones educativas de enfermería con el objetivo de enseñar y apoyar a los trabajadores, proporcionando los conocimientos en las actividades de autocuidado, promoviendo los estilos de vida saludable. Para todo esto es importante tomar en cuenta que la función para la salud es la promoción y prevención de enfermedades ayudando a las personas alcanzar la salud por sí mismos. (Dommarco, 2012, OPS, 2012)

A través de los estilos de vida se originan aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgo para la salud y están relacionados con los patrones de consumo del individuo, así como con el desarrollo o no de actividad física. (Quirantes, 2009, NOM-043-SSA2-2012, OIT, 2012)

De acuerdo con la Organización internacional del trabajador es importantes una alimentación saludables es un factor importante en las condiciones de salud de los trabajadores, mostrando que los programas que proporcionan un acceso cómodo a una alimentación saludable pueden contribuir a prevenir enfermedades crónicas, como obesidad, diabetes y cardiovasculares. (OIT, 2012)

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar el estado de salud en los trabajadores en una empresa alimenticia del Estado de México.

Objetivos específicos

- Identificar el grado de sobrepeso y obesidad en trabajadores.
- Detectar los riesgos a la salud por obesidad en trabajadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con un enfoque de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. La participación en esta investigación fueron trabajadores de una empresa alimenticia del Estado de México. Se tomó la muestra de 74 trabajadores. el muestreo no probabilística por conveniencia.

Para realizar esta investigación se le informó, en primera instancia a la enfermera de la empresa y posteriormente a los trabajadores los cuales firmaron un consentimiento informado explicándoles los objetivos del mismo y el posible riesgo de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación. (Secretaría de Salud, 1990)

El instrumento de recolección de la información se integró por una ficha de identificación y exámenes de laboratorio. Con ayuda de un laboratorio se obtuvo una muestra sanguínea para detectar glucosa, colesterol, triglicéridos, posteriormente se le solicitó su autorización para medir su presión arterial y toma de IMC. Se realizó mediante la medición antropométrica se determinaron, peso, talla y se calculó el IMC con su respectiva fórmula, la medición de presión arterial; para el análisis estadístico de los datos se aplicó el programa Excel. El cual permitió realizar la determinación de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

El género masculino es el que prevalece el 100% de los trabajadores estudiados.

La media de edad que predomina en los trabajadores es de 36 a 40 años. De acuerdo con el Índice de Masa Corporal, presentaron peso normal 10%, 16% sobrepeso y 74% obesidad. Hay presencia de hipercolesterolemia 34 y el 66% normal. Los trabajadores que presentaron hipertriglicéridemia el 76%, mientras el 24% es normal. Se presentaron cifras de hiperglucemia 18% y el 82% fue normal. La hipertensión arterial fue de 5% y el 95% normal. El 100% de los trabajadores no realiza actividad física. El 38% consumen tabaco y el 62% no.

DISCUSIÓN

De acuerdo con Álvarez, es importante la adaptación y creación de programas de salud que ayuden a la promoción de la misma dentro de las empresas y brinden espacios que atiendan de forma integral al trabajador, dando así motivación e impulsando a los trabajadores para mejorar su estado nutricional, al igual que vigilando la calidad de la alimentación que se brinda a los trabajadores dentro de los comedores industriales de las empresas, en el cual también se vio mejoría durante el período del estudio en esta empresa.

CONCLUSIONES

La obesidad es hoy en día un grave problema de salud pública a nivel nacional o internacional, por considerar factores de riesgo para diversas enfermedades y mortalidad. La mayor parte de los trabajadores llevan una dieta inadecuada, son sedentarios, por tal motivo hay presencia de obesidad. El género masculino es el que predomina en los trabajadores. La edad con mayor factor de riesgo que contribuye al desarrollo de obesidad o alguna complicación de riesgo cardiovascular, fue de 36-40 años de edad aunque se puede presentar en edades más tempranas. Todos los

trabajadores han presentado hiperglucemia algunos participantes ya tenían el diagnóstico de diabetes y están en tratamiento, pero la minoría no sabe que son propensos a desarrollar esta enfermedad. Así mismo se identificó hipercolesterolemia y hipertriglicéridemia en los trabajadores, nos indica que debido al puesto de trabajo no se alimentan adecuadamente. De acuerdo a los datos la presión arterial el 38% es normal. El 38% consume el cigarro.

La educación para la salud busca un proceso de cambio; es decir una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidos: si estos son negativos, hay que cambiárselos por acciones favorables a la salud. La obesidad es la principal obesidad que afecta la producción dentro de una empresa, ya que los costos de atención de salud se ven incrementados a causa de esta y sus complicaciones, debido a las afecciones en la capacidad productiva las empresas practican políticas de responsabilidad.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud en el Trabajador, Enero de 2015. [Fecha de acceso 20 de Febrero 2014]. [Fecha de acceso 20 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social del 2014. [Fecha de acceso 1 de Febrero 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Santander-2011.pdf>
- Norma Oficial en Mexicana. Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y Obesidad. (NOM-008-SSA3-2010). [Fecha de acceso 1 de Febrero 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>.
- Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica en México 2008. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento y Prevención, Diagnóstico de sobrepeso y la obesidad en el Adulto. Consejo de Salubridad General; [Fecha de acceso 1 de Febrero 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMastro/046_GPC_Obesida Adulto/IMSS_046_08_GRR.pdf.

Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la diabetes; 2013. México. D.F. [Fecha de acceso 12 de Febrero 2014]. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf.

Barrera-Cruz A., Rodríguez-González A, Molina-Ayala M.A. [Revista de Internet].2013.Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Social. [Fecha de acceso 4 Febrero 2015]; 51(3), 292. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>

Suverza, A., Haua K. (2012).Obesidad Consideraciones desde la Nutriología. México D.F: Editorial Mc Graw Hill.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Obesidad y Sobrepeso, Enero de 2015.[Fecha de acceso 20 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre>.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización, la estrategia de México para hacer frente a la obesidad es prometedora. Mayo de 2014, [Fecha de acceso 20 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/>.

Feliciano Alfonso JE, Aguilar Salinas C. Sobre la obesidad en Latinoamérica. ALAD. [Revista de Internet]. 2014. [Acceso 2 Mayo 2015]; 1 (4), 9. Disponible en:http://www.revistaalad.com/pdfs/Revista_de_la_ALAD_V4N1.pdf#page=20.

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.2012. [Acceso 1 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>.

Dommarco J.A., Hernández-Ávila M, Aguilar-Salinas C.A., Vadillo-Ortega, F., Murayama-Rendón, C. (2012). Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).México D.F.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor Abril del 2012. [Acceso 22 de Febrero 2014]. Disponible en:http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id

- Quirantes Moreno A J., López Ramírez M, Hernández Meléndez E., Pérez Sánchez A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. Rev Cubana Salud Pública. [Revista de Internet]. [Acceso 4 Abril 2015]; 35(3)0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662009000300014&script=sci_arttext
- Norma Oficial Mexicana. Servicios básicos de salud. Promover la educación de salud en materia alimentaria. (NOM-043-SSA2-2012). [Acceso 1 de Abril 2014]. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010. [Acceso el 3 Abril de 2015]. Disponible en: <http://whqlidoc.who.int/publication/2010/92435999777sps.pdf>.
- Organización internacional del trabajador (2012). Un enfoque integral para mejorar la alimentación y nutrición en el trabajador: estudio en empresas chilenas recomendaciones adaptadas [Internet]. 2012. [Acceso 4 Abril 2015]; Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_201138.pdf
- Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. México, D.F.SSA; 1990.
- Álvarez-Ávila, M. B., del Rosario Tolentino-Ferrel, M., Padilla-Raygoza, N., & del Carmen Delgado-Sandoval, S. (2015). Impacto de la intervención nutricional del Programa de Atención Interdisciplinar a la Salud en la población trabajadora de una empresa de autopartes en Cortázar, Gto. Jóvenes en la ciencia, 1(1), 455-458. [Acceso 4 Abril 2015]; Disponible en: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/686>
- Alvear Viteri, C. A. (2015). Prevalencia de los factores de riesgo y estilo de vida para el desarrollo del síndrome metabólico en los trabajadores de *la Empresa Total TEK* (Doctoral dissertation, Quito/PUCE/2015). [Acceso 4 Abril 2015]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8033>

DISEÑO Y APLICACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ Y DEL APRENDIZAJE

Jesús Gómez Hernández¹

Valeria Melisa González García²

Laura Cecilia Méndez Guevara³

RESUMEN

Se ha diseñado un material educativo para educación básica que resulta relevante puesto que este es el medio con el cual el niño/a desarrolla las diferentes capacidades que la educadora pretende desarrollar a lo largo de la planeación de las actividades en diferentes campos; tales como: el desarrollo personal y social, desarrollo físico y de la salud, pensamiento matemático, exploración y conocimiento del mundo, lenguaje y comunicación, expresión y apreciación artística; en cada campo se utilizan diferentes materiales que permitan el cumplimiento de las actividades y el desarrollo de las capacidades apropiadas.

El material educativo diseñado consiste de una serie de actividades con los que se pretende fortalecer la habilidad cognitiva en los niños/as a partir de la resolución de situaciones “problema” a través de la ejecución de habilidades psicomotrices; los cuales pueden ser utilizados como instrumentos de aprendizaje significativo; donde, el profesor que los utilice en clase debe seguir un programa-guía de actividades de papel y lápiz que permita orientar la actividad y la reflexión del niño/a en cada sesión de trabajo.

Para el diseño de material didáctico se requiere un conocimiento adecuado de los objetivos de la enseñanza en cada situación concreta. Este tipo de trabajo complementario puede resultar difícil pero a la vez puede ser creativo y puede servir para involucrar al profesorado de las escuelas técnicas en tareas de investigación

¹ CU UAEM Valle de Teotihuacán. jgh310386@hotmail.com

² CU UAEM Valle de Teotihuacán. melisa_valeri@hotmail.com

³ CU UAEM Valle de Teotihuacán. lceci_l@yahoo.com.mx

educativa, a la vez que permitirá avanzar en la utilización eficaz de la informática aplicada a la educación científica y tecnológica.

Palabras clave: Psicomotricidad, Educación, Aprendizaje, Tecnología.

INTRODUCCIÓN

El aspecto psicomotor del ser humano integra interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensomotrices que le permiten la capacidad de expresarse dentro del contexto psicosocial. La evaluación del desarrollo psicomotriz ha sido ampliamente abordado en el campo de la educación y otras ciencias afines; no obstante, con el auge del desarrollo de las tecnologías y su implementación en el campo de la educación se hace imprescindible el trabajo colegiado entre diversas disciplinas del conocimiento. En este trabajo participan estudiantes de las licenciaturas en informática administrativa y psicología para diseñar material educativo que permita desarrollar habilidades de psicomotricidad fina en niños que cursan la educación básica.

Sobre el ámbito de las TIC se puede resaltar que en la actualidad el buen uso de ellas, facilita el desarrollo de las habilidades psicomotrices de los estudiantes. Consisten básicamente en una serie de actividades en *software* en la *web* realizado en HTML.

Psicomotricidad y el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la educación.

En México, las TIC, han cobrado un lugar relevante dentro de la educación básica, lo que facilita a profesores y alumnos su labor dentro del aula en el proceso enseñanza-aprendizaje, cuyos resultados pueden advertirse también en el ámbito social en el que se desarrollan. Para que la educación tenga los resultados que se esperan de las TIC no sólo es necesario partir de una metodología que implica la formulación de propósitos derivados de los planes y programas de educación, sino también tener en cuenta el tipo de estrategias a seguir, así como los materiales didácticos a emplear y, finalmente,

evaluar los diferentes aspectos que intervienen en el proceso para constatar la eficacia y eficiencia del uso de los medios en la educación y así, contar con los elementos que permitan corregir y/o mejorar los lineamientos generales para desarrollar proyectos educativos de los que se obtengan mejores resultados. (Cituk, 2010)

En cuanto a la psicomotricidad, se siguen manteniendo las mismas nociones respecto a su significado y desarrollo, dentro de ellas señalaremos algunas:

- La psicomotricidad es la técnica o conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo, por consiguiente, de la psicomotricidad es aumentar la capacidad de interacción del sujeto con el entorno. (García y Fernández,1994)
- Psicomotricidad es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral. (Muniáin, 1997)
- La psicomotricidad es un planteamiento global de la persona. Puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea. Puede ser entendida como una mirada globalizadora que percibe las interacciones tanto entre la motricidad y el psiquismo como entre el individuo global y el mundo exterior. Puede ser entendida como una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada. (Lièvre y Staes,1992)

Por lo tanto, basado en una visión global de la persona el término “psicomotricidad”, retomaremos el concepto señalado por Berruezo (1996) que lo entiende como la integración de las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del campo educativo, el área psicomotriz específicamente el desarrollo de la psicomotricidad fina tiene una gran importancia en las primeras etapas de la vida del niño/a, y por tanto es necesaria su inclusión dentro de la etapa primaria; llevándolo a un elevado nivel para lograr una adecuada preparación del niño/a previa para dominar la habilidad de escribir y otras habilidades manuales importantes.

Entre las dificultades que interfieren en el aprendizaje del niño/a se encuentra el retraso psicomotriz; tal es el resultado en reportes de países desarrollados, así como lo señala Talero (2008), cuando expresa que el 30% de los sujetos identificados con problemas de aprendizaje tienen dificultad psicomotriz.

Aunado a lo anterior, se sabe que la inclusión de nuevas tecnologías en la educación ha cambiado la forma de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Es por ello que surge el siguiente cuestionamiento.

- **Pregunta de investigación**

¿El desarrollo de material educativo basado en las TIC y actividades manuales, influye positivamente en el proceso de aprendizaje en niños de 6 años de edad?

Objetivo general: Diseñar material educativo que implique la puesta en marcha de habilidades de psicomotricidad fina en niños de 6 años de edad que cursen el primer nivel de educación básica.

Objetivos específicos:

- a) Identificar los propósitos generales de la educación para alumnos del primer grado de educación primaria.
- b) Diseñar material didáctico que coadyuve a alcanzar los propósitos generales de la educación en los que se impliquen habilidades de psicomotricidad fina.
- c) Evaluar inicialmente las habilidades de psicomotricidad en 1 niño/a de 6 años de edad que curse el primer grado de educación primaria.
- d) Implementar el material educativo en donde se promuevan diferentes actividades enfocadas al desarrollo psicomotriz del niño
- e) Evaluación posterior de las habilidades de psicomotricidad presentes en el participante.
- f) Evaluar el proceso de práctica del material para realizar mejoras en el mismo.

METODOLOGÍA

Participantes:

Sera aplicado, en esta ocasión a un niño/a de 6 años de edad.

Escenario:

Se realizara en la Escuela Primaria Dr. Héctor Pérez Martínez, ubicada en el municipio de San Juan Teotihuacán, Estado de México.

Materiales:

- ✓ Pelotas
- ✓ Matatena
- ✓ Juego de piezas de madera
- ✓ Placa perforada
- ✓ Tapete didáctico

Instrumento:

Software interactivo. Éste es el material educativo, está orientado a las TIC, en donde el niño va a desarrollar su psicomotricidad fina.



Figura 1. Muestra el diseño realizado para la interfaz de *hardware*. Fuente: propia.
Posteriormente el niño/a le dará clic en la abejita y con esto accederá a un menú de actividades.



Figura 2. Visualiza la bienvenida y es la primera interacción con el niño/a. Fuente: propia.

Consta de cinco actividades:

I. Memorama

Consiste generalmente en una serie de cartas con diversas figuras en cada una de ellas; las cuales están en par, es decir cada dibujo está repetido en dos cartas. El niño/a es donde tiene que completar el juego, al descubrir todas las parejas de cartas.



Figura 3 y 4. Ilustra el diseño del memorama antes y después de ser completado. Fuente: propia.

II. Álbum imagen-palabra

En esta actividad el niño/a tiene que identificar el dibujo y su nombre, colocándolas donde corresponde; ya que el niño/a este seguro de lo que relacionó; enseguida le da clic en el icono donde está el signo de interrogación para que sepa si contestó correctamente.



Figura 5. Muestra la interfaz del álbum imagen palabra. Fuente: propia.

III. Ordena números

El niño tratara de ordenar los números del uno al diez y al igual que la actividad anterior, deberá darle clic en el icono del signo de interrogación para que sepa si contestó correctamente.



Figura 6. Diseño de la actividad para ordenar números del 1 al 10. Fuente: propia.

IV. Rompecabezas

El niño/a tendrá que formar una figura combinando correctamente las partes

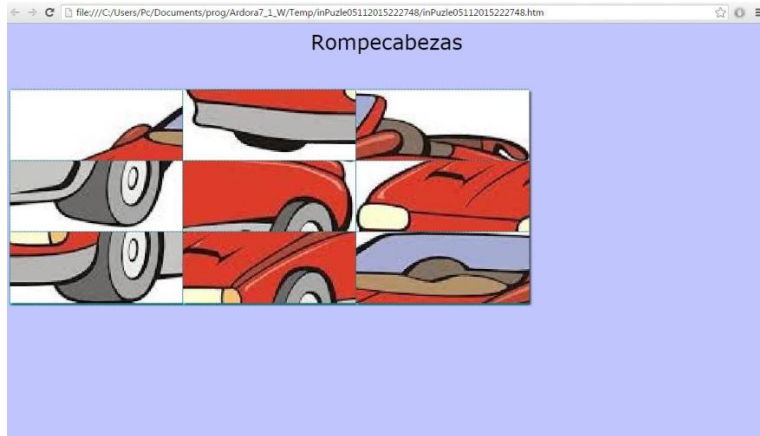


Figura 7. Diseño del rompecabezas antes de armarse. Fuente: propia.

V. Ordenar las vocales

Como última actividad es ordenar las vocales, el niño/a acomodara las letras como corresponde pero al momento de ordenarlas también tendrá que identificar las mayúsculas y las minúsculas, esto podría ser como un grado de dificultad para que las pueda ordenas correctamente.

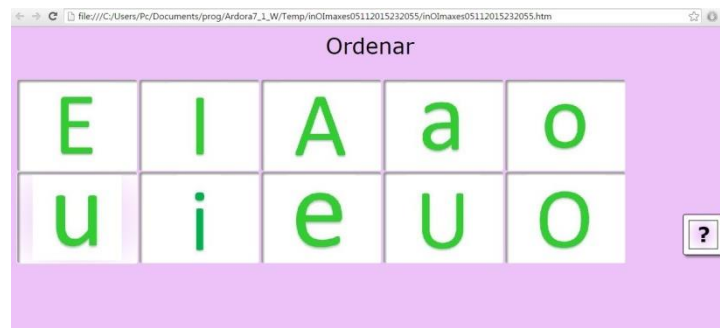


Figura 8. Diseño de la actividad ordenar vocales. Fuente: propia.

Procedimiento:

1. *Realización de un test de psicomotricidad.*

En este primer paso se asignaran las siguientes actividades que son:

La práctica de atrapar una pelota de hule que rebote, esto consiste en que el niño/a agarre una pelota, y lo arroje contra una pared exterior. Enfocándose en atrapar la

pelota mientras rebota dando vuelta en él/ella. Una vez que su tiempo de reflejo mejore, que tire la pelota con más fuerza, forzándolo a brincar y moverse para atraparla.



Figura 9. Muestra un ejemplo de cómo hay que realizar la actividad. Fuente: propia.

La siguiente actividad es el juego de las matatenas; este juego clásico para niños viene con una pelota pequeña y doce piezas de metal. Se empieza por rebotar la pelota ligeramente y recogiendo tantas matatenas como sea posible. A medida que mejore, haciendo que el niño/a rebote la pelota con más velocidad. También se puede esparcir las matatenas más lejos para incrementar la dificultad del juego.



Figura 10. Juego didáctico de matatena. Fuente: propia.

Otra actividad es el juego de las piezas de madera, este tablero está compuesto por una base de madera en la que se pueden insertar 8 piezas de diferentes colores y figuras; también tiene incluido los nombres de los colores y de las figuras geométricas en inglés. Aquí es donde el niño/a tiene que reconocer cada una de estas figuras y los colores, colocándolos en los huecos que les corresponde. Otro tablero será donde conoce los diferentes instrumentos musicales al igual que los colores.



Figura 11 y 12. Materiales didácticos complementarios. Fuente: propia.

Por último será la placa perforada, es una placa de plástico irrompible e indeformable con 192 agujeros grandes para realizar ejercicios de cosido y de destreza manual en general con los cordones, los botones y las agujas de lado. El niño tendrá que formar las figuras que se muestran en las hojitas, insertándole el hilo en los huecos que sea necesario.



Figura 13. Juego de figuras. Fuente: propia.

Con esto se evaluará, lo principal que son los reflejos del niño/a, el tiempo en que realiza cada actividad, así como la agilidad que tiene para hacerlo. Desarrollando la atención, el orden y la concentración en el proceso de aprendizaje del niño/a.

2. Aplicación de material educativo para reforzar las habilidades de psicomotricidad fina.

Aquí el niño se le va a indicar que realice cada paso de las actividades del material educativo, observando el tiempo en que se tarde en cada una de ellas, al igual que identificar qué actividad se le facilita o cual se le dificulta.

3. Realización del mismo test de psicomotricidad.

En este paso se le volverá a realizar las actividades anteriores al niño/a, con esto se espera observar una mejoría en cada actividad, ya después de haber aplicado el material educativo. Dando a conocer si hubo un reforzamiento o cambio con la ayuda de este material.

4. Análisis de resultados.

Con base los resultados obtenidos se podrá observar una comparación del antes y después del test, al igual que observar en qué áreas sensomotrices les beneficio o afecto en el proceso de aprendizaje del niño/a.

5. Mejoras al material realizado.

Después de observar los primeros resultados, se tendrá que modificar ciertas actividades en base a las necesidades de cada niño/a; ya sea agregar más actividades, aumentar o disminuir la dificultad de las mismas, o en su caso eliminarlos.

RESULTADOS

Una vez aplicado el material educativo serán comparadas con las actividades que se realizaron al principio con las actividades finales. Con esto se podrá apreciar la efectividad del material, al igual que saber si los resultados fueron positivos para el desarrollo de la psicomotricidad fina en los niños/as.

Con la realización de este material se quiere dar a demostrar que aumente el porcentaje de niños/as a los que se le va aplicar para ver si realmente hubo un cambio en beneficio al proceso de aprendizaje en los niños/as.

CONCLUSIONES

El presente proyecto incluye como elemento fundamental la propuesta de actividades a desarrollar a través de la orientación tanto individual como grupal, en tal sentido para que posibilite el desarrollo de la psicomotricidad fina en los niños/as.

Con la puesta en práctica de las actividades se pretende obtener los resultados finales corroborando la factibilidad y validez del material educativo para el desarrollo de la psicomotricidad fina en los niños/as.

Con relación al aprendizaje de conceptos en ciencia y tecnología, un aspecto importante en el desarrollo de *software*, es que el programa proporcione un acceso rápido y fácil a cualquier tipo de información y que formule actividades sugerentes para que sea más accesible y entendible de acuerdo al desarrollo en el proceso de aprendizaje en los niños/as.

Con el apoyo de este material se logrará ayudar a los niños/as en algunas de sus materias, como español, las matemáticas, es necesario incluir cuestiones capaces de originar conflictos cognitivos, que puedan ser superados por el niño/a con ayuda del material para que se favorezca el proceso de aprendizaje.

Adicionalmente en la investigación realizada se pudo determinar que este tipo de actividades, ayuda también a las personas de la tercera edad debido a que permite reafirmar su psicomotricidad fina.

BIBLIOGRAFÍA

- Berruezo, P. P. (1996). *La psicomotricidad en España de un pasado de incompreensión a un futuro de esperanza. Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, volumen 2, número 53 (57-64)
- Blázquez, D. y E. Ortega. (1984). *La actividad motriz en el niño de 3 a 6 años*. España: Editorial Cincel.
- Cituk, Dulce Ma. y Vela. *México y las Tic, en la Educación Básica*. Revista e-Formadores.
- Durivage, J. (1987). *Educación y Psicomotricidad*. México: Editorial Trillas.
- Fidalgo, A. (1992). *La informática educativa de hoy a mañana*. Revista de Enseñanza y Tecnología, 7, pp.11-17.
- García Núñez, J.A.; Fernández Vidal, F. (1994). *Juego y Psicomotricidad*. Madrid: CEPE.
- Lièvre, I. y Staes L. (1992). *Psicomotricidad: Evolución, corrientes y tendencias actuales*. Sevilla: Wanceulen.
- Lora Risco, J. (1989). *Psicomotricidad. Hacia una educación integral*. Perú. Editorial Desa. S. A.
- Muniáin, J. L. (2006). *Manual de Educación Psicomotriz para educadores creativos. Psicomotricidad de Integración*. Barcelona: Edición propia.
- Talero, C. (2008). *Dificultades de Aprendizaje*. Barcelona: Ediciones Ceac.
- Vaquero, A. (1992). *Fundamentos pedagógicos de la enseñanza asistida por computadora*. Revista de Enseñanza y Tecnología, 6, pp.14-24.

EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE TAREA DEL PROFESOR UNIVERSITARIO

Gloria Ángeles Ávila¹

Alejandra del Carmen Maciel Vilchis²

Teresita de Jesús Escobar Chávez³

RESUMEN

Hoy en día es muy común encontrar un sinnúmero de anuncios, discursos, y frases muy elaboradas sobre el cuidado al medio ambiente, sin embargo, sin acciones, realmente no son más que frases vacías y al aire. Lamentablemente aún nos falta mucho trabajo para sensibilizar a nuestra sociedad de la importancia del cuidado al medio ambiente, del daño criminal que le hacemos a la naturaleza con el consumo exagerado de materiales desechables, y muchas veces innecesarios, la razón de esta reflexión, sobre la experiencia en el ámbito de la educación y salud; el objetivo es señalar que los adultos somos quienes tenemos que iniciar con una campaña de ejemplo viviente, ya que los jóvenes, y afortunadamente no todos, solo ven como una moda la campaña de “salvemos al mundo”, simplemente porque observan a su alrededor teniendo las mismas actitudes y comportamientos irresponsables, con respecto al medio ambiente.

Producto de una observación que inició de forma no intencionada, se registró que en un lapso no mayor de un mes, no se logra que en un departamento de un organismo académico de la universidad, se tenga el hábito del uso de una tasa en lugar del consumo diario de un vaso desechable; por otro lado se hizo la invitación formal ante un grupo de treinta alumnos de licenciatura, para dejar de consumir alimentos envasados

¹ . Dra. en Alta Dirección. Profesor de Tiempo Completo, PRODEP, Líder del CA Proceso de Enfermería en el Área Clínica de la Facultad de Enfermería y Obstetricia con registro de la Universidad Autónoma del Estado de México. E mail: gloangelesavila@gmail.com

² Dra. en Alta Dirección. Profesor de Tiempo Completo, Integrante del CA Proceso de Enfermería en el Área Clínica de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. E mail: ale_maciel2005@yahoo.com.mx

³ Mtra. En A.M. Profesor de Tiempo Completo, de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. E mail: kadimo06@hotmail.com

de forma innecesaria, que retomaran el uso de “topers”, se obtuvo la respuesta negativa aproximadamente de un 70%.

INTRODUCCIÓN

El tema de la contaminación atmosférica y el deterioro del medio ambiente ha estado presente en las diferentes etapas del desarrollo de la humanidad como se aprecia en artículos del Código de Hamurabi, en el derecho griego y romano, derecho bizantino; un claro ejemplo, se dio durante el año de 1272, el rey Eduardo I de Inglaterra prohibió el uso de una variedad de carbón que producía humo, posteriormente se hicieron esfuerzos por mantener limpio el cielo de Londres. La preocupación por el medio ambiente se ha observado hasta nuestros días adquiriendo grandes proporciones.

Es a partir de la revolución industrial que los efectos de las acciones humanas adquieren magnitudes y características cuyos efectos se empiezan a notar y a preocupar por sus graves consecuencias. El tema ambiental es de naturaleza global y no está circunscrito a un particular territorio. Las emanaciones y vertimientos tóxicos en un país afectan el medio ambiente de los países vecinos hasta grandes áreas que abarcan continentes enteros.

El medio ambiente, entorno de vida y los recursos naturales para la satisfacción de las necesidades humanas así como la construcción del progreso han sido objeto de la protección de estados y gobernantes mediante normas que han tenido una perspectiva, economicista, consideraciones de protección de derecho fundamentales hasta de seguridad nacional.

Las normas de protección del medio ambiente se han incorporado en el nivel más alto del ordenamiento jurídico, es decir, en las constituciones de muchos países. (Bartra, 2002:6)

La vida del hombre se desenvuelve básicamente en sociedad y en esas relaciones sociales es donde la convivencia humana plantea a menudo conflictos y problemas que

en cierta medida el derecho está llamado a resolver, cuando esas relaciones se determinan por la proximidad o intermediación se está en presencia de las relaciones de vecindad calificadas por su carácter conflictual.

Uno de sus más típicos problemas, de gran actualidad son las inmisiones por humos, malos olores, vapores, radiaciones, trepidaciones, en tanto son el resultado de la actividad de explotaciones industriales o agrícolas y aún de la vida doméstica, entre otras, con afectaciones a las propiedades involucradas, a la salud humana y al medio ambiente en general en que están insertos el causante y los afectados, esta es una conducta lesiva regulada con esta consideración en Ley 81 de 1997 de Medio Ambiente.

Hoy en día la sociedad ha desarrollado en gran medida insumos industriales y científicos, los que han originado fuentes de contagio que deshonran el medio ambiente y crean peligros para la salud humana, poniendo en peligro la supervivencia de la especie. Paralelamente la humanidad se ha beneficiado de la tecnología y se esperan aún más beneficios, por lo que la solución no es restringir o eliminar el progreso técnico, sino tratar de hacer coexistir este con condiciones ambientales suficientes que permitan un crecimiento armónico y saludable del ser humano, por otro lado existe una tendencia a tratar de establecer relaciones económicas sin llevar en cuenta con la madurez y sensatez requerida para evitar lacerar la especie humana y los seres vivos que constituyen una fuente inagotable de subsistencia para la especie humana.

OBJETIVO

Describir la función de educación para el desarrollo sostenible del profesor universitario

METODOLOGÍA

Para la presente se realizó una investigación bibliohemerográfica sobre la educación para el desarrollo sostenible, identificando las estrategias y acciones propuestas por la UNESCO, para alcanzar dicha meta.

La educación superior, es responsabilidad de todas las partes interesadas, en particular de los gobiernos. Por otro lado, ante la complejidad de los desafíos mundiales, presentes y futuros, la educación superior tiene la responsabilidad social de hacer avanzar nuestra comprensión de problemas polifacéticos con dimensiones sociales, económicas, científicas y culturales, así como nuestra capacidad de hacerles frente. De ésta forma, la educación superior debería asumir el liderazgo social en materia de creación de conocimientos de alcance mundial para abordar retos mundiales, entre los que figuran la seguridad alimentaria, el cambio climático, la gestión del agua, el diálogo intercultural, las energías renovables y la salud pública.

Por lo tanto, los centros de educación superior, en el desempeño de sus funciones primordiales (investigación, enseñanza y servicio a la comunidad) en un contexto de autonomía institucional y libertad académica, deberían centrarse aún más en los aspectos interdisciplinarios y promover el pensamiento crítico y la ciudadanía activa, contribuyendo así al desarrollo sostenible, la paz y el bienestar, así como a hacer realidad los derechos humanos, entre ellos la igualdad entre los sexos. En este tenor, la educación superior debe no sólo proporcionar competencias sólidas para el mundo de hoy y de mañana, sino contribuir además a la formación de ciudadanos dotados de principios éticos, comprometidos con la construcción de la paz, la defensa de los derechos humanos y los valores de la democracia.

Por todo lo anteriormente expuesto, existe la necesidad de lograr más información, apertura y transparencia en lo tocante a las diversas misiones y actuaciones de cada establecimiento de enseñanza. En el mismo orden de ideas, la autonomía es un requisito indispensable para que los establecimientos de enseñanza los puedan cumplir con su cometido gracias a la calidad, la pertinencia, la eficacia, la transparencia y la responsabilidad social. Desde 2000, el año 2015 ha representado el horizonte hacia el cual el mundo ha proyectado sus aspiraciones de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la Educación para Todos. Al tiempo que redoblan los esfuerzos para alcanzar esos objetivos, las Naciones Unidas han venido movilizand

los países del mundo para definir los programas de desarrollo del periodo posterior a 2015. En este proceso, la UNESCO y el UNICEF han colaborado con una amplia gama de interesados en la reflexión en torno a la educación después de 2015 (UNESCO, 2009). Para todo lo anterior considera diez grandes ejes de la Educación para el Desarrollo Sostenible: Biodiversidad, Educación sobre el cambio climático, reducción de riesgo de desastres, Diversidad cultural, Reducción de la pobreza, Igualdad de género, Promoción de la salud, Estilos de vida sostenibles, Paz y Seguridad Humana y Agua, de los cuales sólo se abordarán dos de ellos, por considerar que incide directamente el profesor universitario y por ende el individuo que los ha de adquirir en el ámbito universitario.

Educación para el Desarrollo Sostenible (EDS)

Educación para el desarrollo sostenible significa incorporar los temas fundamentales del desarrollo sostenible a la enseñanza y el aprendizaje, por ejemplo, el cambio climático, la reducción del riesgo de desastres, la biodiversidad, la reducción de la pobreza y el consumo sostenible. Asimismo, la EDS exige métodos participativos de enseñanza y aprendizaje que motiven a los alumnos y les doten de autonomía, a fin de cambiar su conducta y facilitar la adopción de medidas en pro del desarrollo sostenible.

Por consiguiente, la EDS promueve la adquisición de competencias tales como el pensamiento crítico, la elaboración de hipótesis de cara al futuro y la adopción colectiva de decisiones. La EDS exige cambios de gran calado en los métodos pedagógicos que se aplican actualmente.

La UNESCO es la Organización encargada de coordinar el Decenio de las Naciones Unidas de la Educación para el Desarrollo Sostenible (2005-2014). (UNESCO 2004-2015)

Estilos de vida Sostenibles

La globalización ha convertido a los consumidores en agentes poderosos de la economía mundial. Nuestras elecciones diarias como consumidores afectan a la vida de trabajadores en lugares lejanos y la manera en que las personas viven. El consumo sostenible significa comprar bienes y servicios que no dañen el medio ambiente, la sociedad y la economía. Aunque esto concierne principalmente a los países de altos ingresos o de economías emergentes, el consumo es una buena introducción a la enseñanza del Desarrollo Sostenible. La educación del consumidor es algo práctico que afecta a la vida de personas cerca y lejos. Las acciones de los consumidores locales pueden tener un impacto social, económico y ambiental a nivel internacional tanto hoy como en el mañana.

Por tanto, de acuerdo a la UNESCO (UNESCO, 2015) la educación es importante para los consumidores en términos de:

- Aprender a conocer los productos que compramos, fomentar la curiosidad sobre cómo y dónde se producen nuestros bienes al igual que las condiciones de trabajo del país de origen. ¿Cuánto viajan los productos para llegar hasta las estanterías del supermercado? ¿Cuál es la huella ecológica de la producción y el transporte de ciertos bienes?
- Aprender a cambiar el comportamiento y los hábitos de consumo utilizando el conocimiento sobre el impacto de nuestras decisiones económicas. Sin embargo, el conocimiento no es suficiente. La EDS promueve el aprendizaje transformador con el objetivo de cambiar la manera en que las personas interactúan con el mundo.

EDS y estilos de vida sostenibles en la UNESCO

Es importante resaltar que a la par con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), la UNESCO ha llevado a cabo actividades de concienciación y proporcionado recursos educativos sobre el consumo sostenible mediante el proyecto Jóvenes por el Cambio. Jóvenes por el Cambio (JxC) es un

módulo de “formación de formadores” diseñado para ayudar a los grupos de jóvenes, ONG, docentes y educadores a concienciar y aprender sobre las posibilidades de un consumo más sostenible de manera atractiva para los jóvenes. JxC es un proceso participativo que se basa en la interacción y la cooperación entre los docentes y los jóvenes, en la discusión y en el aprendizaje a través de las experiencias. Situación que proporciona una ventana de oportunidad de interacción universitaria, donde el sector salud, tiene que inyectarse de sangre nueva, jóvenes impetuosos convencidos con el compromiso social, al conservar los recursos naturales que le han heredado generaciones con excesos y descuidos con el planeta tierra, antes de que se acelere el cobro de la factura.

Promoción de la Salud

La salud se define según todas las características ambientales y humanas de la vida cotidiana de las personas y las relaciones entre ellas. La salud incluye el impacto de las actividades humanas en la salud de otros individuos y grupos, su economía y su medio ambiente.

En el ámbito de formadores de capital humano en el área de la salud, es indispensable que los profesores tengamos claros algunos puntos en los cuales debe ir dirigida nuestra acción para lograr trastocar la educación para el desarrollo sostenible. El hambre, la desnutrición, la malaria, las enfermedades de transmisión hídrica, el abuso de alcohol y drogas, la violencia y las lesiones corporales, el embarazo no planificado, el VIH y el SIDA, además de otras enfermedades de transmisión sexual son sólo algunos de los problemas que tienen grandes consecuencias para la salud.

La concienciación y la educación son maneras muy poderosas de provocar un cambio en el comportamiento relativo a la salud:

- La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud;

- La meta de la educación universal no se puede alcanzar mientras las necesidades de salud de todos no sean satisfechas;
- La educación también debería permitir a las personas vivir saludablemente en un mundo donde el VIH, el SIDA y otras pandemias son un verdadero riesgo para la salud;
- Las políticas, la gestión y los sistemas deben proporcionar orientación, supervisión, coordinación, seguimiento y evaluación para asegurar una respuesta efectiva, sostenible e institucionalizada a los asuntos de salud;
- La educación debe permitir a los educandos adoptar una actitud solícita y comprensiva hacia los demás como también comportamientos protectores y saludables para sí mismos. (UNESCO, 2015)

EDS y promoción de la salud en la UNESCO

Equipo de Trabajo Interinstitucional (ETI) del ONUSIDA sobre la Educación, los cuales se consideran mecanismos clave para fortalecer el esfuerzo del ONUSIDA por alcanzar el acceso universal a programas de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo.

La UNESCO apoya las respuestas al VIH y el SIDA que son inclusivas y sensibles a las necesidades y situaciones de todos, pero sobre todo las poblaciones clave vulnerables al VIH y los jóvenes en las escuelas. La UNESCO también apoya respuestas que sean adaptadas según la edad y el género, culturalmente apropiadas, basadas en evidencias empíricas y centradas en los derechos humanos.

Las penosas situaciones descritas tienen su origen en la pobre protección y regulación que emana de la Constitución Política, ley de leyes, cúspide del ordenamiento jurídico nacional. La Constitución entrona a la persona humana como el centro y la razón de ser del Estado; el punto central es que el fin del Estado es el bienestar general y para ser coherentes, sólo un medio ambiente saludable nos permitirá gozar de la vida, salud y desarrollo; sí como el adecuado cuidado del patrimonio natural garantizará nuestra viabilidad económica.

Por otro lado uno de los problemas más graves que sufren nuestras ciudades es la generación y gestión inadecuada de los residuos sólidos. Generación es cuando se "hace" la basura y gestión es la forma en que se actúa una vez que ya ha sido generada. Cada una de estas dos grandes etapas involucra muchos otros factores que hacen que el daño para el ambiente y la población sea mayor o menor.

Su disposición final (ver dónde poner tantos residuos) es uno de los problemas principales de las ciudades modernas. Por lo general existen tres caminos a tomar: arrojarla a fuentes de agua, que produce contaminación acuática; incinerarla, que si bien es barato produce contaminación del aire y cenizas tóxicas; o enterrarla, que si no se hace apropiadamente puede contaminar el suelo y las napas de agua subterránea.

No hay una solución ideal para la basura una vez que ha sido generada pero, como algo hay que hacer con ella, se debe buscar la alternativa que sea menos perjudicial para la población y el ambiente y que a la vez sea posible desde el punto de vista económico.

En América el método más utilizado para los residuos sólidos urbanos es la disposición en rellenos sanitarios, es decir, enterrarla. Pero ocurre que no siempre se hace de la manera adecuada y el ambiente y la población sufren las consecuencias. (Ecopibes.com)

Aunado a lo anterior, también tiene importancia la responsabilidad y participación de las Instituciones de educación superior en donde los individuos parte de una sociedad, y futuros profesionistas se están preparando para dar respuesta a las diversas problemáticas de la comunidad a la que pertenecen.

Hoy más que nunca nuestra sociedad reclama de sus instituciones de educación superior, una formación de sus jóvenes, en el rubro de los valores como ejes transversales dentro de los planes de estudio, ante estas exigencias se deben asumir de forma obligatoria y con sentido de responsabilidad para los alumnos universitarios una educación que incluya estos ejes, La universidad como rectora del saber y del conocimiento tiene como fin divulgar valores morales, mismos que no deben quedar

solo enmarcados puramente en conceptos, sino que se lleven a la praxis trasladándolos a la acción inmediata. (Montesinos, 2010:10)

CONCLUSIÓN

La labor del tutor y grupo de profesores universitarios no radica en ayudar a pensar, o bajarse a la altura del estudiante sino hacer subir a los estudiantes a la verdad que ellos mismos deben descubrir. El profesor universitario debe ayudar al estudiante a descubrir por él mismo lo que él ya descubrió, y aún si se puede, ayudar al estudiante a descubrir más que lo que él ha descubierto, porque únicamente de ese modo tendremos cultura ambiental. Pero ahora tendremos que descubrir ¿cómo hacerlo? Si aún los mismos profesores no han descubierto o no han querido reconocer la gravedad del problema del medio ambiente. Nuestra labor va más allá de lo meramente académico, también radica en la **responsabilidad social** que adquirimos inherentemente a nuestra labor docente y tutorial.

El profesor universitario debe ayudar al estudiante a descubrir por él mismo lo que él ya descubrió, y aún si se puede, ayudar al estudiante a descubrir más que lo que él ha descubierto, porque únicamente de ese modo tendremos cultura ambiental. Pero ahora tendremos que descubrir ¿cómo hacerlo? Si aún los mismos profesores no han descubierto o no han querido reconocer la gravedad del problema del medio ambiente. Nuestra labor va más allá de lo netamente académico, también radica en la **responsabilidad social** que adquirimos inherentemente a nuestra labor docente y tutorial.

La formación de los valores éticos y morales en los estudiantes universitarios; es una necesidad irrevocable, que cobra fuerza cuando la universidad cumple con su cometido activando la conciencia del alumno, atrae a la construcción de su identidad en relación de los valores asumidos a partir de sus creencias imprimiéndole el sello de disposición de servicio. Sin embargo la identidad del alumno universitario no es sólo pertenencia, es

sentir orgullo de sostener el compromiso, contribuyendo con creatividad, apreciar lo que representa el conocimiento. (Montesinos, 2010:13)

Es precisamente la Universidad el lugar en el que debe pensarse y transmitirse la verdad. Es en la Universidad en donde hay que enseñar a aprender y hay que enseñar a pensar. Desafortunadamente en este contexto liberal, la Universidad reducida a empresa, ya no sirve a los ideales de verdad y de cultivo o cultura sino que al someterse a las “leyes” del libre mercado que determina la escala de valores económicos o materiales como el fin de toda actividad, la “Universidad contemporánea” se limita, en el mejor de los casos, a producir profesionales medianamente útiles a la sociedad y en muchas ocasiones se ha convertido en fábrica de mercaderes que utilizan la educación exclusivamente como medio de lucro, realizando con sus títulos y grados académicos toda clase de acciones y empresas en las que, todos o casi todos los medios son considerados como lícitos con tal de que se generen utilidades. (Ocampo, 2006)

Numerosos han sido los planteamientos que se han realizado sobre la importancia de la emergencia planetaria en la que vivimos y que se ha “consensuado” en tratados, protocolos y cartas que mundialmente se conocen y se difunden por diversos medios de comunicación. Sin embargo, y a pesar de la divulgación y el llamado “boom” de los últimos años por el ambiente y el desarrollo sustentable, desafortunadamente en países como el nuestro, los resultados que se supone deberían traer estas múltiples reflexiones, no se evidencian en los contextos urbanos ni rurales, y mucho menos en los currículos del sistema educativo vigente. En concordancia con esto, la llamada Década de la Educación para el Desarrollo Sostenible no ha tenido en Latinoamérica, en general, la aceptación que necesita para lograr, concentrar los esfuerzos de docentes, estudiantes y organizaciones sociales en profundos cambios para la transformación de los modelos de desarrollo imperantes, posibles desde la EDS.

Se trata, en definitiva, de contribuir a formar ciudadanas y ciudadanos conscientes de la gravedad y del carácter global de los problemas, y preparados para participar en la toma de decisiones adecuadas”

Por último, la Educación para el Desarrollo y la Educación Ambiental, se han convertido de pronto en grandes mitos de la educación en la actualidad. Por un lado, se les ve como las heroínas que salvarán al pobre mundo lacrado por seres humanos inclementes, pero en el momento de darle el estatus de disciplinas del conocimiento con cuerpos teóricos organizados y postulados científicos claros, simplemente se les otorga el derecho a ser incluidas en los currículos escolares como asignaturas, como generadoras de proyectos y en el peor de los casos como disciplinas transversales, que a la larga, no hace nadie, no le corresponde a nadie y nadie comprende ni por qué ni para qué. El reto de las personas que nos vanagloriamos del compromiso con la educación cada vez es mayor: por un lado, se trata de desmitificar la educación como “remedio” para todo, en cuyo seno reposan todas las responsabilidades para salvar al mundo y demás, y por otro, se trata de cuestionar y actuar fuertemente frente al dominio de países industrializados, el capitalismo salvaje, el modelo neoliberal, la doble moral y la crisis de identidad generada por la globalización mercantil aplastante. (Molaño, 2010)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bartra Abensur Valentin (2002). Revista del Instituto de Investigación de la Facultad de Ingeniería Geológica, Minera, Metalúrgica y Geográfica.

http://www.unesco.org/education/WCHE2009/comunicado_es.pdf. Consultado el 4 nov 2015

<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/browse/2/> Consultado el 4 nov 2015

<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/> Consultado el 4 nov 2015

<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/health-promotion/> Consultado el 4 nov 2015

Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable. Ecopibes. La generación de basura. <http://www.ecopibes.com/problemas/basura/gestion.htm>

Montesinos Salazar Elda Irazema (2010). Los valores en la formación de los universitarios desde la construcción de su identidad.

Ocampo Ponce Manuel, (2006). Valores universitarios en la actualidad y su perspectiva hacia el futuro. Torreón, México.

Molano Niño Alba Carolina, Vásquez Rodríguez Karol Marcela, (2010) Educación para el Desarrollo Sustentable: desafíos para la Educación Superior en América Latina Universidad Antonio Nariño. Bogotá María Elizabeth Galarza Universidad Autónoma Gabriel René Moreno.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Kepowics M. Barbara Valores en los Estudiantes Universitarios. Un tema con Muchas Variaciones. UAM. D.F.

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/340/34003807.pdf>

Carrizales Cesar. Paisajes Universitarios. Cuernavaca, Morelos. UAEM. 2001 www.somece.org.mx/virtual2003/.../uaq/formaciondocente.pdf.

<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/sustainable-lifestyles/>

<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/world-education-forum-2015/regional-conferences/>

<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/world-education-forum-2015/>

UNESCO julio de 2009, Conferencia Mundial sobre la Educación Superior - 2009: La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo (Sede de la, París, 5-8 de)

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO DE TOXICOMANÍAS EN FAMILIAS DE UNIVERSITARIOS

Bárbara Dimas Altamirano¹

Miriam Gómez Ortega²

Andrea Guadalupe Sánchez Arias³

Genoveva González González⁴

María Elena Columba Meza Zamora⁵

RESUMEN

La toxicomanía es la adicción del consumo de sustancias dañinas, que producen efectos adversos en la salud física y psicológica. Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios a un medicamento y la exposición de tóxicos. **Objetivo:** Implementar programas de educación para la salud a partir del diagnóstico de toxicomanías en familias de universitarios. **Metodología.** Estudio: transversal exploratorio-descriptivo, población de estudio: 74 familias; muestreo: aleatorio por conglomerados; tamaño y selección de la muestra: 658 personas, técnica de obtención de datos: cédula familiar, con variables nominales y categóricas; procedimiento de análisis: a través del programa estadístico SPSS. **Resultados.** El 59% son de sexo femenino y 41% masculino; 18% de 15 a 19 años, 35% de 20 a 29 años, 16% de 30 a 39 años, 16% de 40 a 49 años; y 15% más de 50 años; el 7% con carrera técnica, 18% primaria, 23% secundaria, 20% preparatoria y 32% licenciatura; se presentaron las siguientes toxicomanías: 18% alcoholismo, 25% tabaquismo, 41% automedicación, 8% drogas y otras. **Conclusión.** Las toxicomanías se presentan con

¹ Dra. en A. D. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Integrante del cuerpo académico Educación para la salud y de la Red Nacional Salud y Educación. (barby041508@gmail.com)

² Dra. en Ed. P. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Líder del cuerpo académico Educación para la salud y de la Red Nacional Salud y Educación. (miriamgo29@hotmail.com)

³ Mtra. en A.S.S. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Integrante del cuerpo académico Educación para la salud y de la Red Nacional Salud y Educación.

⁴ Mtra. en E. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Colaboradora del cuerpo académico Educación para la salud y de la Red Nacional Salud y Educación.

⁵ Esp. Profesor de asignatura

mayor frecuencia en el grupo de edad de 20 a 29 años, con mayor incidencia la automedicación, tabaquismo y alcoholismo. La automedicación puede llegar a provocar reacciones alérgicas, resistencia bacteriana a los antibióticos, efectos cardíacos, dermatológicos, nerviosos y gastrointestinales, pero sobre todo de adicción. El tabaquismo y alcoholismo causan morbilidad y mortalidad a corto o largo plazo. Alrededor de 150 personas fallecen en México diariamente a causa de alguna de las 40 enfermedades relacionadas con el tabaquismo, lo que representa una muerte cada diez minutos. Se ha estimado que el país gasta aproximadamente 30 mil millones de pesos anuales en la atención de estos problemas. La implementación de programas de educación para la salud permite disminuir la automedicación, tabaquismo y alcoholismo, a través de campañas masivas de promoción y prevención de estas prácticas.

Palabras clave: Educación para la salud, toxicomanías.

INTRODUCCIÓN

Las toxicomanías, constituyen un problema de salud que algunos países desarrollados superan en morbilidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas.

Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo y tráfico de drogas afecta a más de 190 millones de personas en el mundo, fenómeno que además es el responsable de más del 50% de la delincuencia mundial.

El uso de alcohol y otras drogas está muy relacionado con el aumento de la mortalidad en los adolescentes y las causas principales de esta morbilidad son los accidentes, suicidio y homicidio.

Las toxicomanías en nuestro medio, son el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

El alcoholismo no es sólo la drogadicción más generalizada, sino que además, abre las puertas para el consumo de otras drogas. (Bandera, 2010)

Desarrollo

El término toxicomanía proviene del griego “toxicon”, que significa “veneno” y del latín “manía”, que vendría a ser, locura caracterizada por delirio y agitación. Es decir, etimológicamente, la toxicomanía sería una alteración mental que induce al individuo al consumo de un veneno. (Bandera, 2010)

La toxicomanía es la adicción del consumo de sustancias dañinas, que producen efectos adversos en la salud física y psicológica. Los factores que desencadenan las adicciones son de orden biológico, psicológico y social. Las adicciones son un proceso enfermizo crónico, progresivo y contagioso. Es causa de problemas no sólo para la calidad de vida del afectado, sino también para la familia y la sociedad. Por ejemplo el abuso de las drogas ha ido perfilándose como un problema importante en los últimos años, hasta convertirse en una verdadera epidemia.

Las consecuencias físicas y psicológicas del consumo de sustancias son preocupantes. Las reacciones consisten en cambios en el estado de ánimo, trastornos sensoriales o deterioro de la función motora. También ocasionan trastornos mentales que alteran la capacidad de juicio, concentración y cognición. El adicto puede llegar a padecer problemas de atención, pérdida de memoria, agitación, delirios y alucinaciones. (Esquivel, 2015)

Por otro lado, se tiene el enfoque psiquiátrico de la toxicomanía, se lee desde el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, contempla la toxicomanía o drogodependencia como una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y las sigue consumiendo, a pesar de sus consecuencias adversas. Para el diagnóstico se requiere que el consumo de la sustancia haya sido efectuado repetidamente durante un periodo de 12 meses. (Bandera, 2010)

Los efectos crónicos del abuso de alcohol y las drogas incluyen padecimientos como: cáncer, cirrosis, patologías respiratorias, trastornos reproductivos y trastornos psicológicos crónicos entre otros. (Esquivel, 2015)

La clasificación de las toxicomanías de Porrot, parte de la idea de que se cae en una adicción por alguna de las siguientes razones:

Toxicomanías iatrogénicas: Son aquellas que tienen una justificación. Están ligadas a una persona que padecen una enfermedad grave y muy dolorosa, el dolor se trata con morfina y algunas veces el paciente se engancha a esta sustancia.

Toxicomanías por persistencia: Al principio son justificadas por un tratamiento pero después se convierten en una dependencia. Este es el ejemplo de las personas que empiezan un tratamiento con ansiolíticos y siguen consumiéndose porque creen que no pueden vivir sin esa sustancia que les ayuda a estar mejor.

Toxicomanías primitivas por perversión: El individuo se droga para olvidar una pena, para buscar nuevas sensaciones o por placer. Un factor importante en este tipo de toxicomanías es que el sujeto tiene una personalidad débil o padece algún trastorno psicológico.

Toxicomanías psicopatológicas: Presentan una enfermedad psiquiátrica previa que propicia la toxicomanía.

Toxicomanías socioculturales: El consumo se debe a factores de moda o con fines místico-religiosos. (Esquivel, 2015)

En México, la Secretaría de Salud estimó que de 2001 a 2004 se podrían haber evitado 122 760 muertes por cirrosis hepática y otras enfermedades asociadas al consumo de alcohol. Además, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de hombres de 12 a 65 años que algunas vez en su vida ha ingerido bebidas alcohólicas es de 61.6% y de 27.0% entre las mujeres. Entre los adolescentes (10 a 19 años de edad) el 21.4% de hombres y 13.9% de mujeres han tomado alcohol

alguna vez en la vida, cifra que se incrementa conforme aumenta la edad, por ejemplo, entre los jóvenes de 19 años del sexo masculino más de la mitad han bebido alcohol alguna vez en la vida, mientras que entre las mujeres el porcentaje es del 34.4%.

Un 46.6% de los hombres de 20 a 65 años de edad del país reportaron haber ingerido, al menos una vez durante el último mes, cinco o más copas en la misma ocasión - consumo considerado de alto riesgo, destacando que en el grupo de 20 a 34 años el porcentaje alcanzó el 50% del total. Entre las mujeres el 19.9% tuvo un consumo riesgoso durante el último mes, observando que, al igual que en hombres, el consumo es más frecuente entre los 20 y 34 años de edad.

De acuerdo con diversos estudios realizados en el país, el consumo de bebidas alcohólicas entre la población femenina se ha incrementado; sin embargo, y debido a factores socioculturales, dicha conducta tiende a ocultarse, ocasionando se subestime el problema entre este grupo de población.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, un total de 16,371,601 personas consumen tabaco de forma regular en México (fumadores activos), afectando a 17,860,537 individuos que involuntariamente inhalan el humo del tabaco (fumadores pasivos), con altos riesgos para su salud. (Salud S. d., 2002)

Alrededor de 150 personas fallecen en México diariamente a causa de alguna de las 40 enfermedades relacionadas con el tabaquismo, lo que representa una muerte cada diez minutos. Se ha estimado que el país gasta aproximadamente 30 mil millones de pesos anuales en la atención de estos problemas de salud. (IMSS, 2007)

En México, de acuerdo con la ENSANUT 2006, el porcentaje de jóvenes entre 10 y 19 años que han fumado alguna vez en su vida es poco más del 19%. Entre los adolescentes de 10 a 14 años el porcentaje es casi del 9%, mientras que en la población de 15 a 19 años de edad esta cifra alcanza el 30%. (Salud, 2007)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en México existen 3, 508,641 personas entre 12 y 65 años de edad que han consumido drogas ilegales “alguna vez” en su vida. Ello quiere decir que en relación con el total de la población urbana y rural incluida en el estudio, el 8.6% de los hombres y el 2.1% de las mujeres han usado drogas ilegales en alguna ocasión, con un total para ambos sexos de 5.03%. (Salud S. d., 2002)

El antecedente de haber usado tabaco o alcohol previo a consumir una droga es constante. En promedio, cada usuario consume 1.3 drogas.

En las zonas urbanas, la población con consumo adictivo es más común, sobre todo del sexo masculino, sin embargo, en las mujeres el índice se acerca cada vez más al de ellos. En las zonas rurales, este problema es menor, no obstante, resulta más preocupante debido a que cuentan con menos servicios para enfrentar este problema. (CONADIC, 2007)

Hasta 88 por ciento de la población en México recurre a la automedicación, principalmente de antibióticos y antigripales, lo que representa un grave riesgo para la salud. (Cruz Martínez, 2009)

De acuerdo con una encuesta de la Universidad del Valle de México (UVM), el 14 por ciento de los encuestados atribuye la automedicación a la publicidad que promueve el consumo de fármacos, siendo para el 70 por ciento, la televisión el medio que más fomenta esta práctica. (OEM, 2014)

Las toxicomanías en nuestro medio, son el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

Alcoholismo: padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo manifestado por ingestas repetidas, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor. (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2002)

El alcoholismo provoca diversos daños a la salud como cirrosis hepática, pancreatitis, diabetes, alteraciones cardíacas y lesiones por accidentes y violencias, entre otros; además, de los efectos sociales, económicos y psicológicos a los que está asociado. (Kregar & Filinger, 2004)

Tabaquismo: enfermedad adictiva cuyo agente productor es la nicotina, comúnmente se origina en la persona que consume tabaco en exceso. (Sánchez Hernández & Pillon Cristina, 2011)

Los daños a la salud provocados por el consumo de tabaco son ampliamente conocidos, destacan la bronquitis crónica, enfisema, asma, cáncer de pulmón y de otras partes del cuerpo, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Además, el tabaquismo es un factor que incrementa el riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino y de mama, y que afecta el desarrollo y crecimiento de los recién nacidos. (Salud, 2007)

El cáncer de pulmón encabeza la lista de los tipos de cáncer causados por el tabaco. El hábito de fumar también está asociado con el cáncer de la boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñones, uretra, vejiga y leucemia mieloide aguda. (NIH, 2010)

Drogadicción: enfermedad que puede padecer cualquier ser humano y que consiste en la dependencia de la ingesta de sustancias que afectan directamente al sistema nervioso central. (Velázquez, 2015)

Entre las consecuencias del abuso de drogas podemos señalar: Trastornos fisiológicos y psicológicos: entre los trastornos fisiológicos tenemos el síndrome de abstinencia, convulsiones, cambios en el ritmo cardíaco, deterioro del sistema nervioso central, etc. Entre los trastornos psicológicos tenemos: alucinaciones, tendencias paranoicas, depresión, neurosis. (Tangamanga, 2011)

Automedicación: uso de medicamentos, sin receta (sin la asistencia de profesionales de la salud), por iniciativa propia de las personas. (Kregar & Filinger, 2004)

Puede llegar a provocar reacciones alérgicas, resistencia bacteriana a los antibióticos, efectos cardiacos, dermatológicos, nerviosos y gastrointestinales importantes en el individuo. Puede, incluso, volverse una adicción. (Domínguez, 2014)

De acuerdo con una encuesta de la Universidad del Valle de México (UVM), el 78 por ciento de los mexicanos recurren a esa práctica, principalmente por usos y costumbres en el seno familiar y entre amigos que se recomiendan los tratamientos.

Señalaron que los principales problemas o síntomas de salud por los que se recurre a la automedicación, son dolores, gripas, diarreas y falta de sueño, siendo los antiinflamatorios y analgésicos los que registran más abuso, aunque también resaltaron que en el caso de los diabéticos, se sabe que un 40 por ciento ha recurrido a esta práctica. (OEM, 2014)

OBJETIVO: Implementar programas de educación para la salud a partir de las toxicomanías en alumnos universitarios.

METODOLOGÍA

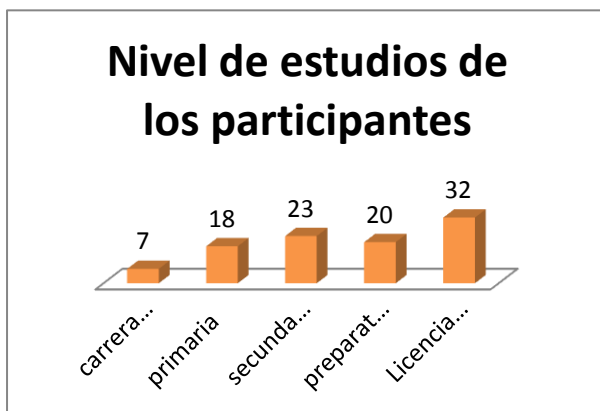
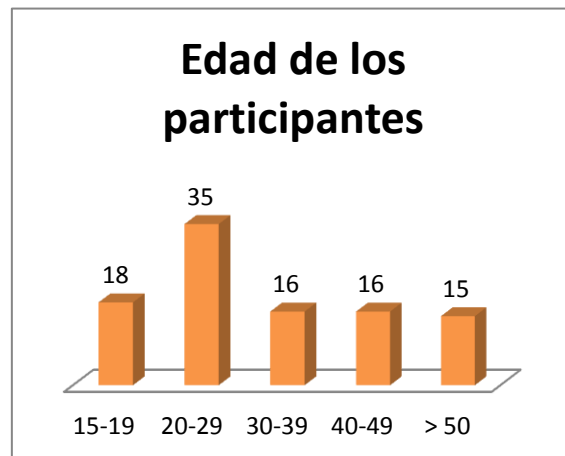
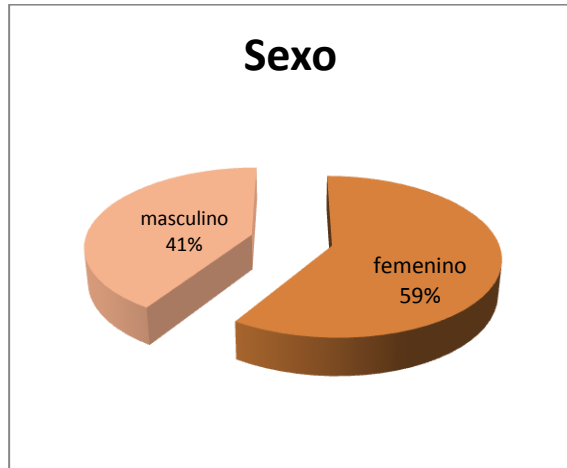
Población de estudio: 74 familias de los estudiantes de segundo periodo de la Licenciatura en Enfermería

Muestreo: aleatorio por conglomerados

Tamaño y selección de la muestra: 658 personas, integrantes de las 74 familias estudiadas.

Procedimiento de análisis: a través del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

Las toxicomanías se presentan con mayor frecuencia en el grupo de edad de 20 a 29 años, con mayor incidencia la automedicación, tabaquismo y alcoholismo.

La automedicación puede llegar a provocar reacciones alérgicas, resistencia bacteriana a los antibióticos, efectos cardiacos, dermatológicos, nerviosos y gastrointestinales, pero sobre todo adicción.

El tabaquismo y alcoholismo causan morbilidad y mortalidad a corto o largo plazo.

Alrededor de 150 personas fallecen en México diariamente a causa de alguna de las 40 enfermedades relacionadas con el tabaquismo, lo que representa una muerte cada diez minutos.

Se ha estimado que el país gasta aproximadamente 30 mil millones de pesos anuales en la atención de estos problemas.

La educación empieza en casa, por ello es importante implementar programas de educación para la salud para evitar la automedicación, tabaquismo y alcoholismo, a través de campañas masivas de promoción y prevención de estas prácticas.

REFERENCIAS

- Bandera, Rosell Antonio. (2010) Toxicomanía: conceptualización. Disponible en: <http://www.sld.cu/libros>
- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (22 de enero de 2002). *SciELO*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002003000100004&script=sci_arttext
- CONADIC. (2007). *Comisión Nacional contra las Adicciones*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap3.pdf
- Cruz Martínez, Á. (11 de noviembre de 2009). *La automedicación, práctica generalizada en México, grave riesgo para la salud: especialista*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/11/11/sociedad/042n1soc>
- Dominguez, J. (2014). *Sura*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/peligros-automedicacion.aspx>
- IMSS. (31 de mayo de 2007). En México mueren más de 55 mil fumadores al año. *Boletín del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: Boletín del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Kregar, G., & Filinger, E. (11 de diciembre de 2004). *Latin American Journal of Pharmacy* . Recuperado el 18 de junio de 2015, de http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_6_2_5ROG2AU4L2.pdf

- NIH. (marzo de 2010). *National Institute on Drug Abuse*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-las-consecuencias-medicas-del-uso-del-tabaco>
- OEM. (14 de junio de 2014). *Organización Editorial Mexicana*. Recuperado el 19 de junio de 2015, de <http://www.oem.com.mx/elmexicano/notas/n3428124.htm>
- Salud, S. d. (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México.
- Salud, S. d. (2007). *Dirección General de Evaluación del Desempeño*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/sm2006.pdf>
- Sánchez Hernández, C. M., & Pillon Cristina, S. (2011). *SciELO*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/10.pdf>
- Velosa Forero, Jaime. (2009). Las toxicomanías. Algunas consideraciones críticas sobre cómo se ha comprendido el fenómeno, se han diseñado las políticas y los tratamientos. *Tesis Psicológica*, Noviembre-Sin mes, 102-115.
- Tangamanga, U. (1 de julio de 2011). *Universidad Tangamanga*. Obtenido de http://www.utan.edu.mx/~sanluis/index.php?option=com_content&view=article&id=141&Itemid=118
- Velázquez, F. (2 de junio de 2015). *Prezi*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <https://prezi.com/gmzed18f6twr/adicciones/>

EL ROL DEL DOCENTE EN EL APRENDIZAJE COOPERATIVO

Beatriz Moreno Guzmán¹

Isela Mendoza Lorenzo²

Yolanda Rojas Quintana³

RESUMEN

El aprendizaje cooperativo es una estrategia didáctica que permite implicar a los alumnos en su propio aprendizaje, lo cual conlleva a cambiar el esquema de educación tradicional memorística. Para ello, el docente debe motivar al alumno a involucrarse en el proceso promoviendo un conjunto de competencias que favorezcan su aprendizaje permanente a lo largo de toda su vida.

El papel del docente dentro del aprendizaje cooperativo es fundamental ya que debe emplear estrategias didácticas que involucren al alumno en su propio aprendizaje. La sociedad actual en muchos casos aún ve al profesor como el centro del proceso de enseñanza aprendizaje; por su parte, también observa al estudiante como el individuo sin conocimientos que al entrar al aula se llena de la sabiduría que le imparte el docente, cuando sabemos que esto se ha ido modificando a través del tiempo, por las mismas necesidades de la educación.

El aprendizaje cooperativo por lo tanto es una de las metodologías que los docentes actuales debemos emplear para la construcción social del conocimiento y la obtención del aprendizaje significativo, aprovechando las potencialidades individuales y en equipo.

Palabras clave: Aprendizaje, cooperación y docencia.

¹Lic. en Psicología y Maestra en Ciencias de la Educación Familiar, con 21 años de experiencia en el nivel medios superior de la UAEM; actualmente Profesora de tiempo completo en el Plantel "Lic. Adolfo López Mateos". Correo electrónico: morenoguzmanb@yahoo.com.mx

²Lic. en Derecho, docente del Plantel "Lic. Adolfo López Mateos". ise_ml@hotmail.com yoroqi@yahoo.com.mx

³ Docente del Plantel "Cauhtémoc"

INTRODUCCIÓN

En la actualidad no se puede negar que la educación tradicional que reciben todavía algunos alumnos por parte de los docentes, no genera en ellos un aprendizaje significativo, por el contrario forma alumnos pasivos, con una intervención muy limitada e individualista, este tipo de educación considera al alumno como un recipiente vacío al que hay que llenar con conocimientos, que solo el profesor trasmite a través de sus clases magistrales.

Las investigaciones (Díaz y Hernández, 2002; Ferreiro y Espino, 2014) entre otros, han demostrado que para que el alumno aprenda de manera significativa, es necesario que el docente lo involucre en su propio aprendizaje, utilizando estrategias que le permitan resolver problemas y desarrollar su creatividad, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos.

El aprendizaje cooperativo es una estrategia didáctica que permite implicar a los alumnos en su propio aprendizaje, pero que a su vez genera otro tipo de competencias como son la aplicación práctica de los conocimientos, la resolución de problemas y sobre todo aprender a trabajar con otros para una meta común, pues la sociedad así lo exige, el hombre no puede vivir aislado pues pertenece a un grupo en el que influye y recibe influencias decisivas.

Por otra parte la práctica del docente requiere la utilización de diferentes dinámicas grupales que se vean reflejadas en la formación de los alumnos y que sean propias del aprendizaje cooperativo, que guíen a los alumnos a un trabajo en el que todos los estudiantes se involucren y trabajen para alcanzar metas comunes; el rol del docente no puede limitarse únicamente a la transmisión de conocimientos es necesario que contribuya a la articulación de la teoría con la práctica para integrar el saber conocer, con el saber hacer y el saber ser, y erradicar las practicas individualistas, competitivas; transformándolas en acciones cooperativas en la que los estudiantes descubran que

pueden lograr sus metas sólo si otros de sus compañeros alcanzan las suyas, aprendiendo unos con otros y construyendo su conocimiento.

Es así que en el currículum del bachillerato 2015 se implementa el trabajo cooperativo a través de la estrategia de proyectos, en el que se pretende involucrar tanto a docentes como alumnos en esta actividad. Actualmente se está llevando a cabo, y como experiencia podemos darnos cuenta que en el plantel “Lic. Adolfo López Mateos” los alumnos en su mayoría no cuentan con las herramientas necesarias y suficientes para involucrarse en este tipo de actividades.

El contexto en que se desarrolla esta experiencia es el Plantel “Lic. Adolfo López Mateos” de la Escuela Preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México. El Plantel se encuentra ubicado en una zona céntrica de la ciudad de Toluca, y cuenta con un total de 2688 alumnos, 1562 en el turno matutino y 1126 en el turno vespertino. La mayoría los alumnos son residentes de la Ciudad de Toluca, pero también acuden alumnos procedentes de los municipios de Zinacantepec, Metepec, San Mateo Atenco, Tenango del Valle, Villa Guerrero, Xalatlaco entre otros, las edades de los alumnos fluctúan entre los 14 y los 19 años, perteneciendo en su mayoría a la clase media.

OBJETIVO

Conocer los fundamentos teóricos del aprendizaje cooperativo y el papel que juega el docente en esta estrategias, para en una segunda fase proceder a realizar una investigación de campo y verificar si lo que los autores marcan en teoría se lleva a cabo en la práctica.

Antecedentes del aprendizaje cooperativo y el rol docente

Díaz y Hernández (2002) mencionan que es necesario que el alumno aprenda de manera significativa, pero para ello el docente debe estar dispuesto, capacitado y motivado para enseñar significativamente, así como tener los conocimientos y

experiencias previas pertinentes tanto como especialista en su materia como en su calidad de enseñante.

Así mismo afirman que la enseñanza no puede centrarse en la recepción repetitiva de información factual o declarativa, sino que se requieren experiencias de aprendizaje significativas, que permitan no sólo adquirir información valiosa, sino que incidan realmente en el comportamiento de los alumnos, en la manifestación del afecto o emoción moral, en su capacidad de comprensión crítica de la realidad que los circunda, en el desarrollo de habilidades específicas para el diálogo la autodirección, la participación activa, la cooperación o la tolerancia.

Y señalan que entre las metodologías de orientación constructivista que intentan promover aprendizajes significativos está el aprendizaje cooperativo y situado, y el entrenamiento en habilidades sociales y autorregulatorias.

Por otra parte, Sánchez (2013) complementa lo anterior, al mencionar que el profesor tiene la responsabilidad implícita de generar un aprendizaje significativo en los alumnos, en las diferentes materias de estudio, empleando estrategias didácticas que involucren al alumno en su propio aprendizaje y dejen de estigmatizarlo como el individuo sin conocimientos que al entrar al salón de clase se llena del conocimiento que le imparte el docente.

Entre las estrategias didácticas de aprendizaje cooperativo que señalan, se encuentran las que llevan al alumno a la obtención de competencias a través de conocimientos construidos e integrados por él mismo, están la del aprendizaje cooperativo en la que el papel del docente debe ser ante todo el de un guía, dinamizador y mediador, para que los estudiantes aprendan y refuercen las competencias.

Finalmente estos autores señalan que el profesor debe cambiar su papel en el salón de clases y pasar de ser el centro del proceso a ser un facilitador dentro del aula, diseñando cursos donde se trabaje de manera cooperativa, donde la adquisición del

conocimiento y el desarrollo de habilidades vayan siendo logradas de manera conjunta y explícita para los alumnos durante el curso.

De igual manera, Ferreiro y Espino (2014) afirman que el papel del docente es fundamental para cumplir los principios del aprendizaje cooperativo y hacer posible el proceso de mediación en el aula al principio, durante y después de las actividades orientadas por el maestro.

Señalan también que el papel del docente debe ser el de un mediador que favorezca el aprendizaje, estimule el desarrollo de potencialidades, y propicie el movimiento de un estado inicial de no saber, poder o ser a otro cualitativamente superior de modo que trascienda el aquí y el ahora.

El docente debe preocuparse por enseñar a los alumnos a relacionarse y a participar con sus semejantes, lo que se logrará a través del aprendizaje cooperativo.

Por su parte, Maldonado (2014) señala en su tesis que el aprendizaje cooperativo es un método creado para mejorar los aprendizajes, desplazando a los modelos educativos tradicionales, que se basa en un proceso de aprendizaje llevado a cabo en equipos, utilizando como eje la cooperación, y guiado en todo momento por el docente.

El objetivo de su investigación fue comprobar en qué medida el rol docente genera el aprendizaje cooperativo en el ciclo de educación básica, de los cuatro institutos nacionales del municipio de La Esperanza, departamento de Quetzaltenango.

Los sujetos del estudio de la investigación antes citada, fueron: 24 docentes que constituyen la población total y una muestra de 183 estudiantes de los tres grados del ciclo básico los institutos nacionales del municipio de La Esperanza. El método de investigación utilizado fue el descriptivo.

Obteniendo como resultado que el rol docente genera aprendizaje cooperativo en los estudiantes del ciclo básico en un 67% ya que afirman practicar el método frecuentemente y un 17% de docentes lo aplican de manera cotidiana en las diferentes áreas académicas.

La autora concluye diciendo que es necesario fortalecer el rol docente para lograr el aprendizaje cooperativo en las diferentes actividades académicas.

En su tesis doctoral Velázquez (2013) menciona que en la actualidad ya no se plantea una educación orientada a generar una serie de conocimientos básicos, sino que busca promover en el alumnado un conjunto de competencias que favorezcan su aprendizaje permanente a lo largo de toda su vida, para lo cual se necesita abandonar enfoques de enseñanza centrados en el docente y el aprendizaje memorístico, promoviendo en su lugar enfoques centrados en el estudiante, como el aprendizaje cooperativo, que está orientado al desarrollo de un conjunto de competencias que permita a todo el alumnado una preparación para la vida y favorece su aprendizaje permanente.

El objetivo de su estudio fue conocer el modo en que el aprendizaje cooperativo es concebido y aplicado en las clases de Educación Física en la educación obligatoria.

La investigación fue cualitativa con un el diseño de casos; la entrevista fue la técnica principal de obtención de información.

En los resultados encontraron que el docente debe ser un facilitador para la realización de las actividades académicas por parte de los alumnos.

Esto conlleva que el docente abandone o minimice algunas funciones propias de las metodologías directivas y asuma otras que se derivan de las características específicas del aprendizaje cooperativo.

Como se puede observar la mayoría de los autores coinciden en que el papel del docente es fundamental para el trabajo cooperativo, así mismo destacan las ventajas de trabajar y promover el trabajo en equipos de manera cooperativa.

Marco Teórico

El aprendizaje cooperativo no es algo nuevo, lo que es nuevo son los resultados, que esta estrategia ha demostrado tener en la educación, su implicación radica en que se puede llegar al aprendizaje significativo utilizando de forma adecuada esta estrategia, en la que sin duda alguna, el docente juega un papel primordial.

El aprendizaje cooperativo es según Ferreiro (2014) aquel método que satisface la necesidad de hacer participar a los alumnos en sus aprendizajes, trabajando con otros y persiguiendo una meta común.

Por otro lado Slavin (1997) señala que el aprendizaje cooperativo hace referencia a un conjunto de estrategias de enseñanza donde los estudiantes trabajan juntos, en pequeños grupos, ayudándose mutuamente para aprender un determinado contenido curricular.

Es importante destacar la diferencia entre aprendizaje colaborativo y aprendizaje en equipo, ya que en algunas ocasiones se utilizan como sinónimos, sin embargo hay diferencias en ambos términos. Ferreiro (2009) afirma que colaborar es contribuir con algo, ayudar a otros al logro de un fin, mientras que cooperar es obrar conjuntamente con otro para un mismo fin.

Por su parte Sánchez (2013) señala que en el aprendizaje cooperativo el docente ejerce gran control sobre las metas, tareas, procesos y recompensas al grupo, mientras que en el aprendizaje colaborativo el grupo es el que ejerce mucha mayor autonomía en la selección de sus metas, tareas, roles y procesos.

Por lo que el trabajo cooperativo implica mirar hacia un mismo punto y trabajar en conjunto para lograr una misma meta, cabe aclarar que no se descarta el trabajo individual, sin embargo lo que una sola persona logre se verá reflejado en los resultados de cada uno de los integrantes del equipo.

El constructivismo es el fundamento teórico del aprendizaje tanto colaborativo como del aprendizaje cooperativo, se basa en la idea de que lo esencial en la enseñanza es la participación activa del estudiante en el proceso del aprendizaje.

Dentro del Enfoque Constructivista, el profesor, más que ser el “trasmisor” de la información, se convierte en un promotor de las capacidades del alumno para aprender por sí mismo. (García, 2010)

El docente es un mediador, su tarea según Ferreiro y Espino (2014), debe darse en tres momentos; como se observa en la tabla siguiente:

MOMENTOS		
Al principio	Durante la actividad	Después de la actividad
Señala las metas de la lección, en lo académico y lo social.	Observa las habilidades sociales de los estudiantes	Evalúa la participación de cada alumno y de los equipos
Solicita a los integrantes de equipo que establezca criterios para pedirse cuentas entre sí.	Monitorea las actividades de los equipos	Hace preguntas sobre el contenido y las habilidades sociales en los equipos.
Distribuye el material que debe ser utilizado por los equipos	Proporciona ayuda a los equipos	Ofrece comentarios de actividades y conductas positivas y negativas, evitando mencionar personas o equipos específicos
Explica su papel como mediador		En privado, realimenta al equipo y a sus integrantes, en los casos negativos, señala lo que hay que superar para la próxima ocasión.
Decide el número óptimo de integrantes para cada equipo		
Organiza el salón de clases y asigna un lugar a cada equipo para trabajar en orden		

El constructivismo se plantea el desarrollo personal poniendo de relieve la actividad mental constructiva, actividad autoconstructiva del sujeto, para lo cual insiste en lograr un aprendizaje significativo mediante la creación previa de situaciones de aprendizaje por parte del maestro que permiten a los alumnos una actividad mental y social que favorece su desarrollo.

Las principales aportaciones a esta corriente son, entre otras, las de Piaget, Vigotsky y Ausubel, que permiten fundamentar el proceso de enseñanza aprendizaje, desplazando el Enfoque Tradicional para dar cabida a una labor en la que el educando no solo acuda a sus clases presenciales, sino que desarrolle un estudio personal de su situación, analice información, resuelva problemas, haga ejercicios, trabaje con las nuevas tecnologías, y reciba la orientación del docente. (Moncada y Gómez, 2012)

Por otra parte, Vigotsky afirma que el aprendizaje se da cuando la persona interactúa socialmente. Una de las principales aportaciones de Vigotsky al Constructivismo es el planteamiento de la Zona de Desarrollo Próximo, en donde hay una situación en la que tanto el alumno como el docente actúan de manera conjunta para cumplir ciertos propósitos; el docente ayuda a llegar al alumno más lejos de lo que él podría hacer sólo. (García, 2010)

Estas teorías destacan el papel fundamental que tiene el docente en el aprendizaje. Para L. S. Vigotsky, el aprendizaje depende de la presencia de otra persona más diestra y conocedora, de la interacción social entre uno y otro, de la negociación que se logra en el proceso de comunicación entre ellos.

Este autor señala además que la existencia en la sociedad, el vivir y compartir con otros, son fuente y condición del desarrollo de los procesos psicológicos superiores, distintivos y comunes al hombre.

Tomando en cuenta lo anterior el trabajo de los alumnos en grupos cooperativos facilita la identificación, por parte del maestro y también de los miembros de cada equipo, de la

zona de desarrollo potencial de cada uno y del equipo en su totalidad, no solo de la precisión del nivel de entrada, sino que dadas ésta y la meta que se quiere lograr, el planteamiento de la estrategia que se ha de seguir para alcanzarla, el diálogo entre los miembros del equipo, es un proceso interpersonal que se trasforma en un proceso intrapersonal. (Vigotsky citado por Ferreiro, 2009)

Sánchez afirma que el papel del docente en el aprendizaje cooperativo es el de generar en los estudiantes confianza en los buenos resultados que se pueden lograr con el trabajo en equipo, cambiar la metodología de enseñanza donde el alumno participe activamente en su aprendizaje, a través de dinámicas grupales diferentes, innovadoras, y en algunos casos hasta divertidas.

El aprendizaje cooperativo sin duda involucra al docente en la guía y orientación de actividades, este funge como un mediador, estimulando el desarrollo de las potencialidades de los alumnos y corrigiendo las funciones cognitivas deficientes, y lo más importante, favorece la construcción social del conocimiento, además, crea las condiciones para una formación en valores. (Véase fig. 1)

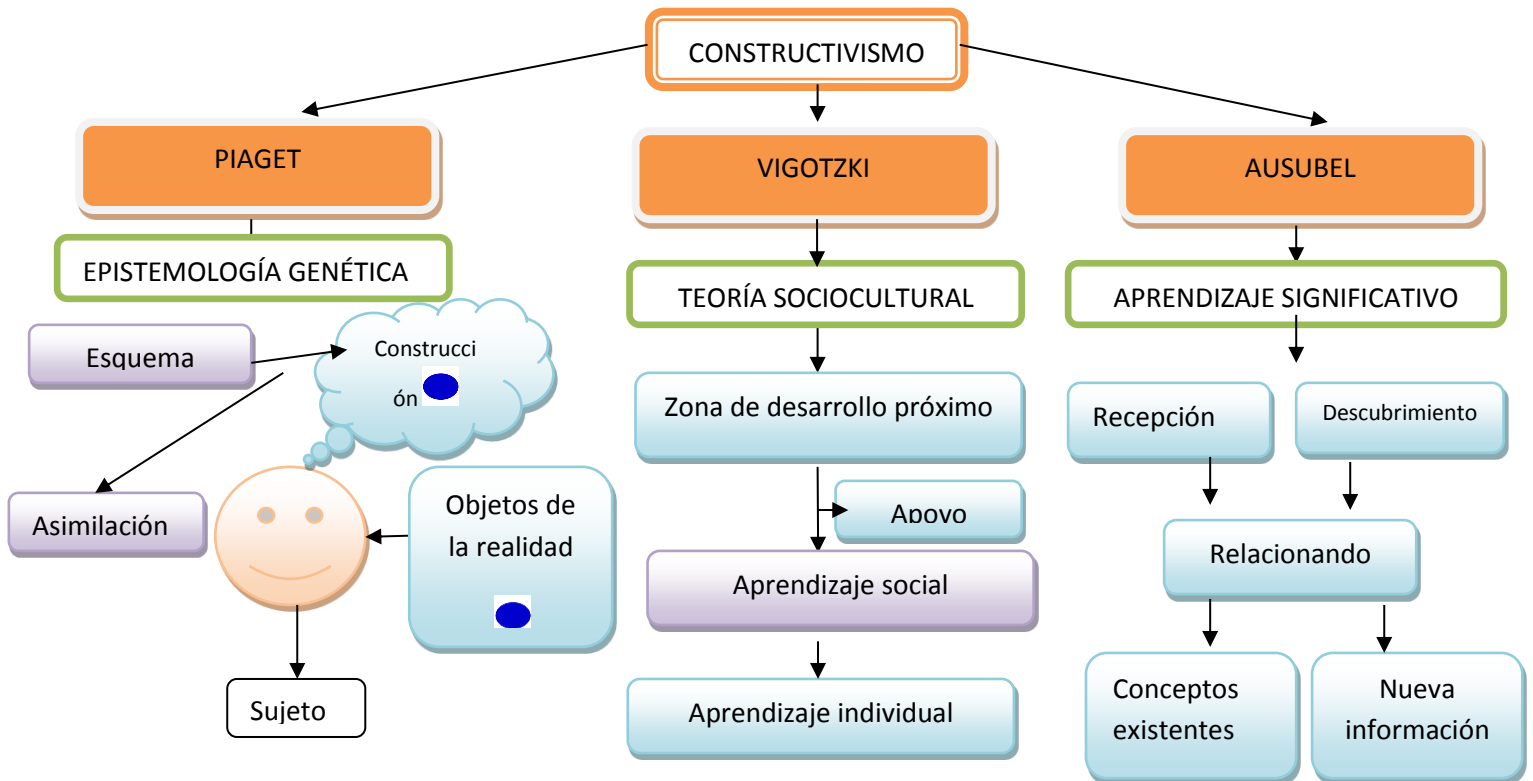


FIG. 1 EL CONSTRUCTIVISMO

El esquema anterior nos muestra cómo se da el aprendizaje cooperativo, en un primer momento el alumno de manera individual construye su conocimiento después es apoyado por otras personas para ampliar su información, su percepción y finalmente descubre que esto lo puede aplicar generándose el aprendizaje significativo.

Ahora bien, tomando en cuenta a nuestra experiencia podemos decir que los docentes siguen aplicando los métodos tradicionales del trabajo en equipo, en el que los alumnos se reparten las actividades y las realizan por separado, la comunicación, que juega un papel importante en el trabajo cooperativo, no es puesta en práctica, dando pie a malos entendidos y a las confusiones, si bien los alumnos entregan finalmente su proyecto, manifiestan no estar totalmente de acuerdo con los resultados. En un ejercicio en el que se les pidió a los alumnos hacer una evaluación de su trabajo la mayoría coincidió en que no aplican las estrategias efectivas de comunicación y existen malos entendidos entre ellos que afectan las relaciones interpersonales y el trabajo, manifestaron también que no se organizan y no distribuyen su tiempo de manera adecuada, por otra parte señalan que el liderazgo es poco aplicado y no se comparte entre los integrantes del equipo, confundiendo al líder con el responsable del trabajo y los resultados del mismo.

CONCLUSIONES

Como se mencionó con antelación, el trabajo cooperativo es fundamental en el nuevo sistema educativo. Las generaciones han ido cambiando, ocasionando como consecuencia que el sistema también evolucione. Si bien es cierto, en años atrás la educación basada en el aprendizaje memorístico y la repetición era lo considerado como eficaz y viable, también lo es que actualmente los estudiantes desean vivir el conocimiento para crear un aprendizaje significativo para su vida. Si no hay una verdadera interiorización del conocimiento, viviendo su uso, no hay una adjudicación del mismo.

En el Plantel “Lic. Adolfo López Mateos” de la Escuela Preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México, se está implementando el trabajo cooperativo a través de la estrategia de proyectos, en el que participan tanto alumnos como docentes, sin embargo, nos hemos dado cuenta que a los estudiantes aún se les dificulta trabajar el aprendizaje cooperativo en equipos, pues se confunde la labor con dividirse una tarea y conjuntarla al final sin haber existido una interacción entre ellos, ni un verdadero liderazgo, ni mucho menos una correcta toma de decisiones.

Muchos alumnos carecen de herramientas para trabajar cooperativamente, lo que ocasiona confusión en la elaboración de proyectos. Se observa las carencias en la administración de los recursos como el tiempo, los conocimientos y el esfuerzo.

Por otro lado, también existe apatía por algunos de los docentes. La tarea que el profesor tiene no es sencilla, pues debe cambiar con el esquema tradicional, modificando la metodología de enseñanza para que los alumnos participen no solo como espectadores; sus clases deben ser dinámicas, con el apoyo de diferentes estrategias como trabajo en equipos, en las que los alumnos creen e innoven en su aprendizaje, sin embargo, algunos docentes también carecen del dinamismo necesario para lograr tal tarea.

Es necesario buscar las estrategias convenientes para fortalecer tanto el rol del docente como el de los estudiantes y lograr que se dé el aprendizaje cooperativo, eliminando así la barrera de la confusión en el desarrollo de las actividades académicas.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez –Gayou, J. L (2006). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.

Coolican, Hugh (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.

Díaz, F. y Hernández, R. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: McGraw-Hill.

- Ferreiro, R. (2009). *Estrategias Didácticas del Aprendizaje Cooperativo*. México: Trillas.
- Ferreiro, R. y Espino, M. (2014). *El ABC del Aprendizaje Cooperativo*. México: Trillas.
- Maldonado, A. (2013). *Rol del docente en el aprendizaje cooperativo*. Tesis. Guatemala.
- Martínez, M (2011) *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas
- Moncada C. y Gómez B. (2012). *Tutoría en Competencias para el Aprendizaje Autónomo*. México: Trillas.
- Rodríguez, G. Gil, J. y García E. (1996) *Metodología de la investigación Cualitativa*. Málaga: ALJIBE.
- Sánchez, M. E. (2013). *Estrategias Didácticas para Bachillerato y Nivel Superior*. México: Trillas.
- Velázquez, C. (2013). Tesis Doctoral: “Análisis de la implementación del aprendizaje cooperativo durante la escolarización obligatoria en el área de Educación Física. Valladolid”.

MESOGRAFÍA

- Slavin, R. (2013) Grupo de estudio sobre aprendizaje cooperativo. Recuperado desde el día 2 de octubre de 2015 desde:
<http://apoclam.org/archivosrecursosorientacion/Educacion%20inclusiva/Estrategias/slavin-el-aprendizaje-cooperativo.pdf>

NIVELES DE EMPODERAMIENTO EN ESTUDIANTES Y PERSONAL DE ENFERMERÍA

Cristina Hortensia Saavedra Vélez¹

María Elena Columba Meza Zamora

Maricela González Montiel

RESUMEN

Empoderamiento en enfermería es parte de los retos profesionales del nuevo milenio, buscando posicionarse en los ámbitos donde se ejerza el cuidado enfermero (Caro y cols, 2002). Implica para cada enfermera (o) elección y control ante decisiones diarias y conlleva compromiso. Si bien el empoderamiento es individual, para enfermería, requiere respuesta colectiva. Ya que “las (os) enfermeras (os) empoderadas (os) benefician a las organizaciones, usuarios, a sí mismas y a la propia enfermería” (Sánchez, 2002). Situación que determina búsqueda de alternativas para lograrlo, por ello, se plantea que asociado a desarrollo, pudiese constituir estrategia de transformación de la práctica profesional. **Objetivo:** Comparar niveles de empoderamiento entre estudiantes y personal de enfermería, midiendo factores: participación, temeridad, influencias externas, independencia, igualdad, satisfacción social y seguridad. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo. **Universo y muestra:** Estudiantes de licenciatura y enfermeras de un hospital de 3er nivel de Xalapa, Veracruz, México. **Muestra:** No probabilística al azar, 154 estudiantes y 96 enfermeras. **Técnica e instrumentos:** Entrevista utilizando cuestionario para medición del empoderamiento en la mujer (IMEM) de Hernández y García (2008). **Resultados:** Empoderamiento nivel alto en estudiantes fue de 68% en contraste con 41% registrado en enfermeras; niveles medio y bajo fueron superiores en enfermeras registrando 49% y 10% respectivamente, mientras que en estudiantes fueron 27% y 5%. **Conclusión:** Los resultados permiten proponer e implementar estrategias para que

¹ Integrante del Cuerpo Académico Enfermería y Salud CA-UV 204. Profesor de tiempo completo en Facultad de Enfermería, región Xalapa, de la Universidad Veracruzana.cindyenfe@hotmail.com, csaavedra@uv.mx. (autor corresponsal)

estudiantes y personal de enfermería transiten hacia niveles altos de empoderamiento, en la idea de que empoderamiento alto, pudiese ser factor de éxito en el desarrollo personal y profesional.

Palabras clave: Empoderamiento, enfermería, niveles de empoderamiento.

INTRODUCCIÓN

Hablar de empoderamiento en enfermería, significa hacerlo de un reto presente desde sus orígenes y que, en tiempos actuales, se inscribe como parte de los retos del nuevo milenio para enfermería, toda vez que, como profesión, debe y busca posicionarse en todos los ámbitos donde se ejerza el cuidado enfermero, de manera acorde a los avances tecnológicos y dando respuestas a demandas de la población, desarrollando políticas de salud que ubiquen a las comunidades como el eje central para recibir atención para el cuidado de la salud. (Caro y Cols, 2002)

Sánchez (2002), en *Identidad y empoderamiento de la profesión de enfermería*, menciona que el empoderamiento implica para cada enfermera (o) elección y control ante la vida y ante las decisiones que toma a diario, pero que, además conlleva compromiso para cumplir las responsabilidades, y que, si bien el empoderamiento es individual, en el caso de enfermería, requiere de una respuesta colectiva. Asimismo hace referencia a que “las (os) enfermeras (os) empoderadas (os) benefician a las organizaciones, a sus usuarios, a sí mismas y a la propia enfermería”. Señala que “una mayor autoestima y un proceso de transformación interna de la propia conciencia puede vencer las barreras externas para el acceso de los recursos”.

Situación que ha determinado una búsqueda constante de opciones o alternativas para lograrlo de manera más ágil y efectiva, por ello, en este trabajo se plantea que el empoderamiento, en tiempos actuales asociado a desarrollo, pudiese constituir una estrategia de transformación de la práctica de enfermería que contribuya a lograr esos cambios pretendidos.

En ese sentido, se retoma de acuerdo a Batliwala (1994) el concepto de empoderamiento femenino que refiere “tanto al proceso, como al resultado del proceso a través del cual las mujeres ganan un mayor control sobre los recursos intelectuales y materiales, y desafían la ideología del patriarcado y la discriminación por género”.

Analizándolo en dos dimensiones, la primera a nivel individual, toda vez que implica cambios profundos en las personas, y a nivel colectivo ya que cuando se desarrolla y potencializa al interior de un grupo o colectivo, tiene implicaciones a nivel social, es decir puede impactar en la familia, los colegas, las organizaciones y la comunidad.

Si se parte de la dimensión colectiva del empoderamiento, basada en el hecho de que las personas unidas por objetivos comunes, tendrán más capacidad de participar y defender sus derechos, se puede decir que un colectivo de enfermeras empoderadas puede perseguir y lograr objetivos que incidan directamente en el desarrollo de la enfermería como profesión.

Planteándose, por ello la pregunta de investigación: *¿Cuál es el nivel de empoderamiento en estudiantes de la Universidad Veracruzana y personal de enfermería de una institución de 3er nivel de Xalapa, Veracruz?*

Teniendo como objetivo general: Comparar niveles de empoderamiento entre estudiantes y personal de enfermería, midiendo factores: participación, temeridad, influencias externas, independencia, igualdad, satisfacción social y seguridad.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, durante el periodo abril-junio 2014, en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por la matrícula femenina de la carrera de licenciatura en enfermería y enfermeras de un hospital de 3er nivel de Xalapa, Veracruz, México. La muestra fue no probabilística, por conveniencia, constituida por 154 estudiantes que representa el 31% de la matrícula y 56 enfermeras.

Criterios de inclusión

- Estudiantes del sexo femenino, inscritas en el programa educativo de licenciatura en Enfermería de la Universidad Veracruzana, campus Xalapa.
- Enfermeras de un hospital de 3er nivel de Xalapa, Veracruz, México.
- Que aceptaron participar.

Criterios de exclusión

- Estudiantes y personal de enfermería del sexo masculino.
- Estudiantes inscritas en el programa educativo de licenciatura en Enfermería de la Universidad Veracruzana, de un campus perteneciente a las regiones Veracruz, Poza Rica, Orizaba o Coatzacoalcos.
- Estudiantes de enfermería procedentes de otras universidades.
- Enfermeras de otros hospitales diferentes al seleccionado.
- Que no aceptaron participar.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios no contestados en su totalidad.

Instrumento

Se utilizó el cuestionario para medición del empoderamiento en mujeres (IMEM) de Hernández y Cols (2004), que consta de 34 reactivos tipo Likert y explora los factores de participación, temeridad, influencias externas, independencia, igualdad, satisfacción social y seguridad.

Procesamiento de la información

Los datos se concentraron en una plantilla de Excel, los resultados de cada uno de los factores fueron interpretados de acuerdo a lo establecido para la calificación del (IMEM), asignando primeramente valor numérico de acuerdo a rangos ya establecidos y ubicando en la categoría de nivel bajo, medio o alto, como se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Niveles de factores de empoderamiento por rangos de valor numérico

FACTOR	RANGO NIVEL BAJO	RANGO NIVEL MEDIO	RANGO NIVEL ALTO
Participación	-20	21-24	+25
Temeridad	-8	9-12	+13
Influencias externas	-15	16-19	+20
Independencia	-7	8-11	+12
Igualdad	-9	10-13	+14
Satisfacción social	-10	11-14	+15
Seguridad	-10	11-14	+15

Una vez efectuado el paso anterior, para obtener la calificación total de empoderamiento, se sumaron las calificaciones de todos los factores y el total se evaluó de acuerdo a la escala que se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Categorías de empoderamiento por rango

Rango	Categoría
Mayor de 105	Empoderamiento Alto
De 90 a 104	Empoderamiento Medio
Menor de 89	Empoderamiento Bajo

Posteriormente fueron representados en cuadros generales a través de frecuencias y porcentajes, acompañándolos de descripción y análisis correspondiente.

RESULTADOS

Los resultados de nivel de empoderamiento en los factores participación, temeridad, influencias externas, independencia, igualdad, satisfacción y seguridad, de acuerdo a Hernández y Cols (2004), se concentran en la tabla 3.

Tabla 3. Nivel de factores de empoderamiento en estudiantes y personal de enfermería. Xalapa, Veracruz, México 2014.

FACTOR	NIVEL DE EMPODERAMIENTO											
	BAJO				MEDIO				ALTO			
	Estudiantes		Enfermeras		Estudiantes		Enfermeras		Estudiantes		Enfermeras	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Igualdad	29	19	20	21	57	37	39	41	68	44	37	38
Independencia	8	5	22	23	102	66	47	49	44	29	27	28
Influencias externas	59	38	56	58	71	46	36	38	24	16	4	4
Participación	21	14	12	12	65	42	22	23	68	44	62	65
Satisfacción social	9	6	18	19	84	54	63	65	61	40	15	16
Temeridad	4	3	1	1	10	6	10	10	140	91	85	89
Seguridad	9	6	4	4	47	30	40	42	98	64	52	54

Fuente: IMEM, 2104

Los resultados correspondientes a nivel alto de empoderamiento registraron mayores porcentajes para el factor temeridad siendo de 91% en las estudiantes y de 89% en las enfermeras. Seguido del factor participación, 65% para las enfermeras y, 64% de seguridad en las estudiantes y 54% en enfermeras.

Datos que se corresponden, en el primer caso con una mujer valiente, sin temor a tomar decisiones y segura en sus acciones, en la segunda situación se relaciona con poseer percepción de la mujer líder como una persona muy activa, con alta participación en actividades, emprendedora y autosuficiente, en tanto que en lo referente a seguridad se

corresponde con una persona segura de sí misma, con confianza para realizar acciones y buscar mejores posiciones en cualquier ámbito (Tabla 3).

En tanto que el factor influencias externas reflejó niveles de empoderamiento bajo con porcentajes de 38% y 58% en estudiantes y enfermeras, respectivamente, lo que es indicativo de una persona que considera que el liderazgo está en función de situaciones ajenas a ella (Tabla 3).

Para el factor satisfacción social, relacionada con percepción de la persona respecto a su entorno social, se registró nivel medio en el 54% de estudiantes y 65% de las enfermeras. Lo que las ubica en un punto intermedio entre una persona con alto grado de confianza respecto a su entorno social (se siente respetada y valorada) y una persona que se siente desvalorada por su entorno (con poco reconocimiento hacia su persona y/o su trabajo) (Tabla 3).

El factor independencia registró nivel medio en el 66% de los estudiantes y 49% de enfermeras, reflejando indefinición entre una persona independiente y una persona con un alto grado de dependencia, ya sea para con su familia o con otros (Tabla 3).

Finalmente, de manera integral, considerando la evaluación de los siete factores, se encontró que las universitarias en mayor porcentaje (68%) poseen nivel alto de empoderamiento en comparación al 41% de las enfermeras. En tanto que el empoderamiento bajo, es mayor en las enfermeras (10%) que en las estudiantes (5%) Situación similar, se encontró para el empoderamiento medio, 49% contra 27% (Tabla 4).

Tabla 4. **Nivel de empoderamiento global en estudiantes y personal de enfermería Xalapa, Veracruz, México 2014.**

NIVEL DE EMPODERAMIENTO	Estudiantes		Enfermeras	
	Núm.	%	Núm.	%
ALTO	104	68	39	41
MEDIO	42	27	47	49
BAJO	8	5	10	10
TOTAL	154	100	96	100

Fuente: IMEM, 2104.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos para niveles altos de empoderamiento, permiten identificar en la población de estudio, un grupo con fortalezas representadas a través de mujeres sin temor a tomar decisiones y segura en sus acciones, que poseen una percepción de mujer líder como una persona muy activa, emprendedora y autosuficiente, segura de sí misma, con confianza para realizar acciones y buscar mejores posiciones en cualquier ámbito.

Características individuales de mujeres empoderadas que potencializan la oportunidad de lograr como respuesta colectiva un gremio empoderado fuertemente, que beneficie a las instituciones de salud, a los usuarios, a ellas mismas y a la profesión. (Sánchez, 2002)

Sin embargo, para lograrlo, es necesario atender los factores con nivel medio de empoderamiento, en la idea de que transiten hacia niveles altos, a la vez que se busque alcanzar cambios significativos en las áreas que registraron niveles bajos, con tendencia a minimizarlos y erradicarlos; requiriendo de un proceso paulatino toda vez que implica cambios personales internos.

CONCLUSIONES

Enfermería es una profesión ejercida predominantemente por género femenino, que aún transita hacia una verdadera profesionalización y reconocimiento social, en ese sentido es que se considera que el empoderamiento en niveles altos pudiese ser un factor de éxito para alcanzar mejores grados de desarrollo.

Por lo que se hace indispensable implementar estrategias de intervención que coadyuven a elevar el número de enfermeras empoderadas, con el consecuente impacto en lo personal, social, profesional y laboral. Teniendo como espacios idóneos los recintos universitarios, para incluir estas iniciativas como parte de la formación integral del estudiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batliwala, S. (2010), citado por Casique, I. en " Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia". Revista mexicana de Sociología 72, núm. 1 (enero-marzo, 2010. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. pp 37-71.
- Caro, C. (2002), El empoderamiento de y con enfermería. Cuidado y práctica de enfermería, Bogotá: UNIBIBLOS.
- Hernández, S.(2008), Instrumento para medir .el empoderamiento de la mujer, Villahermosa, Tabasco: Ed. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Sánchez H. (2002), Identidad y empoderamiento de la profesión de enfermería. Revista avances en enfermería (en línea). Vol. 20, 2002. Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Consultada por internet en enero 2014. Dirección de internet http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx1_3.pdf

ESTRÉS LABORAL DOCENTE DE Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO

Laura Verónica Reyes Gómez¹

José Antonio Karam Calderón²

María Elena Rolanda Torres López³

RESUMEN

Bajo una perspectiva biopsicosocial esta investigación permitirá identificar niveles de estrés, en los que se encuentra el profesional de la docencia, toda vez que de acuerdo con estudios realizados, la actividad docente es una de las más estresantes debido a que se trabaja directamente con las personas, lo que conlleva a un excesivo cansancio y fatiga. Factores de contextos exógenos y endógenos que influyen en la salud de los docentes, las repercusiones en su desempeño académico. La muestra incluyó 40 profesores de nivel superior que contestaron un cuestionario de 51 reactivos adaptado al MBI-Educators Survey. Los resultados muestran que variables como el sexo y el estado civil son significativas, ya que por el hecho de realizar actividades de docencia les hace propensos a padecer estrés. Más del 50% califica el quehacer docente como generador de estrés, la influencia de otros factores como; horas frente a grupo, tipo de contrato, prestaciones, ambiente laboral, horas de desplazamiento a su trabajo, logro de alumnos, el contexto familiar, entre otros, aparecen como generadores de este padecimiento. Propiamente con base en los resultados se podría decir que el estrés docente es un problema de género.

Palabras clave: Estrés, profesor, factores estresores, género.

¹ Centro de Investigación en Ciencias Médicas, UAEM. gomez_vero27@yahoo.com.mx

² Centro de Investigación en Ciencias Médicas, UAEM. jakaramc@uaemex.mx

³ Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, UAEM. medielena@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Se cree que la presencia de estrés en el área laboral y su relación con el deterioro de la salud es consecuencia de circunstancias externas al hombre, empero sus respuestas cognitivas, emocionales y físicas son resultado de un proceso de interacción entre los entornos laboral, familiar y social que menoscaba la salud, repercutiendo en su desempeño profesional, en sus relaciones personales y de pareja y en general con un descenso en su productiva, sea cual sean el ron. Los profesionales de la docencia constituyen un grupo de personas vulnerables fuertemente afectadas por el estrés laboral, resultado de diversos factores psicosociales que inciden negativamente en su salud, y que repercuten directamente en enfermedades crónico degenerativas, como las cardiovasculares, respiratorias, inmunitarias, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicas, músculo esqueléticas y mentales, padecimientos que pueden en un momento determinado, provocar incapacidad parcial o total.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en un análisis de la situación actual de la salud de los trabajadores, reconocen la importancia de desarrollar entornos laborales saludables que ayuden a lograr buena salud en los trabajadores mediante la motivación laboral, al espíritu y satisfacción en el trabajo, así como a la calidad de vida en general, ya que existe el riesgo de padecer la enfermedad denominada estrés, una de las principales causas de abandono de la profesión por las repercusiones en la salud del trabajador.

En este contexto y ante el aumento en los índices de estrés laboral en el mundo, La Organización Internacional del Trabajo muestra preocupación por esta problemática que enfrenta desafíos y que deben ser atendidos con oportunidad tanto por los gobiernos, como por los empleadores y sindicatos. Los factores estresores o también denominados factores psicosociales, son definidos como los elementos internos que afectan la relación de la persona con su grupo y cuya presencia o ausencia puede producir daño en el equilibrio psicológico del individuo. Tratar de precisar cuáles son los factores psicosociales que más afectan al maestro, no es sencillo pero es necesario.

Sin duda el estado físico y psicológico del individuo influye en el suceso perturbador así como una variedad de condiciones ambientales positivas como negativas y cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante la vida puede tener vínculo especial de amenaza, así como si no se está preparado física y psicológicamente para afrontarlos podrían convertirse fácilmente en factores estresores.

No obstante lo anterior, aportaciones realizadas por Zijlstra (2007) ponen énfasis en el impacto que tiene el estrés en el ausentismo laboral y en la clasificación de las profesiones, señala como de alto riesgo las de maestro, enfermero, policía y médico, las bajas laborales ocasionadas por el estrés están causadas por situaciones inherentes al propio trabajo y no por incidentes estresantes ocasionales, se ha analizado la influencia de las estructuras sociales sobre el estrés y la calidad de vida, identificado la influencia de los cambios ocurridos en la sociedad en las últimas décadas que han incrementado los índices de estrés.

Así como las características genéticas, físicas, los estilos de vida del trabajador pueden ser factores estresores, así mismo el tipo de profesión que se ejerza influirá considerablemente en este padecimiento, como lo señala. La profesión docente como actividad ambivalente muestra profesores que viven la enseñanza con alegría, convirtiéndola en el eje de su autorrealización personal, que piensan en cada hora de clase como una franca aventura a la que acuden dispuestos a dar lo mejor de sí mismos, justifican el valor de su propia vida pensando que han ayudado a miles de alumnos a lo largo de varias generaciones, a ser mejores personas y a entender mejor el mundo que les rodea, haciéndoles más libres, más inteligentes, más críticos, más fuertes y más preparados para vivir una vida propia.

En este sentido de acuerdo con lo señalado por Kyriacou, (2003) la docencia implica un desgaste físico considerable, hay que pasar mucho tiempo de pie y con posturas corporales inadecuadas, el cansancio puede aumentar la sensación de estrés y hacer a la persona más vulnerable. En la profesión docente a diferencia de otras profesiones se trabaja con personas las cuales poseen ideas, emociones, sentimientos diferentes,

propios de cada individuo, lo que implica aceptar una interrelación personal en la que las personas se someten a prueba ya que poseen capacidad para interrogar y elaborar juicios o pre-juicios de los docentes.

Por otra parte, desde la perspectiva del profesor, no siempre resulta fácil tomar decisiones sobre personas, hay ocasiones en que los profesores descubren que con sus evaluaciones, pueden afectar de manera importante el futuro de un alumno, lo que implica una de las fuentes de tensión siempre permanentes en su quehacer, deriva entonces de este carácter interpersonal del profesional que se obliga a asumir e integrar con equilibrio el juicio externo sobre su actuación en la enseñanza.

OBJETIVO

Investigar el nivel de estrés a los que están expuestos los profesores del nivel medio superior y su relación con el género.

Experiencia

Hoy por hoy los docentes de los diferentes niveles tanto de escuelas públicas y privadas se encuentran en situaciones complejas y delicadas, basta una simple observación de cómo los medios de comunicación les responsabilizan de la problemática tan compleja en la educación, atribuyéndoles problemas de diversa índole que surgen en el contexto escolar docente- alumno; como aquellos que dan cuenta del detrimento en la asimilación de contenidos curriculares entre estudiantes, carencia de valores, las actitudes escabrosas de los jóvenes estudiantes y no solo eso, sino también lo referente a cuestiones de tipo social como violencia juvenil, adicciones, malos hábitos, los cuestionamientos a los que están sujetos propicia que los profesionales de la educación se sientan personal y profesionalmente agobiados, desconcertados, con ciertas contradicciones entre sus derechos y deberes, pues hasta dónde son culpables o responsables de la educación de la sociedad o parte de ésta (Steve, 2003). Por lo tanto es necesario que las autoridades educativas volteen en torno a esta problemática que repercute directa y negativamente en los resultados de la educación.

En este contexto Balseiro (2010). Señala que el estrés laboral trastorna categóricamente el desarrollo del profesor, llegando incluso a afectar a nivel colectivo por ausentismo, desmoralización, agobio, agotamiento emocional más, que físico, desilusión, abandono de la responsabilidad profesional, disminución de la calidad en el trabajo, baja productividad y pérdida de la identidad institucional de manera crónica y cíclicamente agudizada El estrés laboral o síndrome de burnout, aun cuando parecieran conceptos distintos, se trata de realidades que no se pueden comprender distorsionadas una de la otra. Freudenberger (1974) el Burnout puede entenderse como sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada, resultado de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador que sitúan las emociones y sentimientos negativos producidos en el contexto laboral, incluso el Burnout es el síndrome que produce la "adicción al trabajo" que provocaba un desequilibrio productivo y como consecuencia la pérdida de la motivación.

Por otra parte y bajo una perspectiva tridimensional Maslach y Jackson (1981) definen al síndrome en tres dimensiones: agotamiento emocional reflejado en cansancio físico y psicológico que se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales que embarga al trabajador de que nada puede ofrecer a otras personas a nivel afectivo; la despersonalización que se conoce como actitudes deshumanas aisladas negativas, frías, cínicas y duras que da la persona a los beneficiarios de su propio trabajo y finalmente la baja autoestima como falta de realización personal en su trabajo, abandono de logros personales y labores con un rechazo de sí mismo. Además exponen que existen profesionistas que elabora altas expectativas de éxito personal, profesional y económico y que el profesional que se dedica al trabajo de ayuda, como por ejemplo los médicos, enfermeras, el trabajador social, los psicológicos, los abogados y los docentes, son grupos de profesionista con altas expectativas sobre el mejoramiento de la condición de vida de otros por ende son proclives al fracaso profesional en consecuencia a padecer estrés.

En este sentido, las consecuencias que pueden producir estrés laboral o síndrome de Burnout referidas al aspecto laboral son; disminución de la calidad del propio trabajo,

ausentismo, cambio de trabajo frecuente, tardanzas, abandono antes de hora, escasa creatividad, desmotivación para la superación, deterioro de las relaciones interpersonales, deficientes relaciones con los compañeros de trabajo, amigos y familiares, parva comunicación, dificultades para el trabajo en equipo (Buendía, 2001). Respecto a la salud del trabajador la presencia de fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas del sueño, desórdenes gastrointestinales y recrudecimiento de desórdenes médicos preexistentes como diabetes, asma, dolor muscular, incremento del consumo de cafeína, alcohol, drogas y otros. Así mismo López (2006) consolida estas ideas al señalar que la presencia de estrés profesional indica que hay una relación directa entre el estrés laboral y el síndrome metabólico y sus consecuencias como la diabetes, presión alta, colesterol alto, triglicéridos altos y obesidad, desencadenantes todos de enfermedades cardiovasculares.

En este contexto el presente estudio tiene como objetivo identificar si existen diferencias significativas en la presencia de factores de riesgo causantes del estrés laboral, sus efectos en la salud y repercusiones en el desempeño académico entre mujeres y hombres.

METODOLOGÍA

La muestra considerada fue de 40 docentes que mostraron disponibilidad e interés para contestar el instrumento, los criterios de inclusión considerados son los siguientes: docentes hombres y mujeres que imparten clases a nivel superior tanto en instituciones públicas (50%) como privadas (50%) de sistemas escolarizados, docentes que laboraron, durante el segundo semestre del 2010, del grupo participante el 55% son hombres y el 45% son mujeres, la edad promedio oscila entre 26 y 64 años, siendo la media de 25 años. El instrumento para la recogida de datos empleado fue un cuestionario de 51 reactivos adaptado al MBI-Educators Survey, para el análisis de datos se empleo el programa estadístico SPSS versión 14.

La información de este estudio tiene como base los datos obtenidos mediante el cuestionario de 51 reactivos del MBI-Educators Survey, que se adaptó y complemento, dividido en cuatro grupos; el primero integrado por 10 *ítems* que miden los factores estresores y que representan al conjunto de factores biopsicosociales tanto externos como internos que permiten visualizar posibles alteraciones a la salud de los docentes por motivos laborales y la repercusión de estos en el desempeño académico. El segundo grupo lo constituyen 10 *ítems* que miden el desempeño académico y permitieron observar la capacidad del docente para realizar eficiente y eficazmente su trabajo. El grupo tres considera 6 preguntas relacionadas con las condiciones laborales y clima organizacional. El último grupo con 5 reactivos de carácter demográfico que permiten identificar de qué manera influye el género en la presencia de factores estresores. El cuestionario se entregó a los diferentes profesores una semana posterior con la ayuda de dos alumnas de la licenciatura en Comercio Internacional se recogió.

CONCLUSIONES

Del total de profesores entrevistado 22 son hombres (55%) 18 mujeres (45%), que fluctúan entre 26 y 64 años siendo la media de 25, de los cuales el 35% son solteros, el 47.5% casados, el 2.5% separados, 5% en unión libre y 10% divorciados, que laboran en instituciones públicas el 57.5%, el 17.5% en privadas y un 10% en ambas, cuyo ingreso mensual se obtuvo de un rango que oscila entre los \$1,500.00 a más de \$10,000.00, obteniéndose un 50% con ingreso promedio mensual de \$10,000, como respecto al grado de estudios el 45% cuenta con nivel de licenciatura, el 30% maestría, el 17.5 doctorado y sólo un 3% tiene alguna especialidad, también se consideró las áreas del saber entre las que se encuentran administración y economía con el 35%, seguidas de las sociales y humanidades con un 32.5%, un 27.5% físico matemáticas y un 5% químico biológicas. Así mismo se determinó el nivel de estrés que presentan los profesores entrevistados, medido en tres niveles:

1. BAJO,
2. MODERADO
3. ALTO

Teniendo los siguientes resultados: 42.5% de los profesores calificaron con nivel bajo, de los cuales el 27% correspondía a sexo femenino, 55% con nivel moderado correspondiendo un 25% al sexo femenino y sólo el 2.55 con nivel de estrés alto representado el 100% por el sexo masculino. A simple vista los resultados parecieran no ser alarmantes sin embargo el 52% de los profesores que padecen determinado nivel de estrés está representado por el sexo femenino, lo que llevaría a admitir que el estrés si es un problema de género.

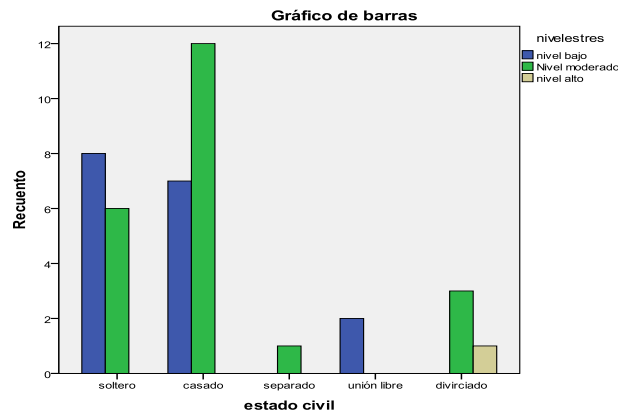
Sin embargo, aun cuando sólo el 2.5% presentan nivel alto de estrés está representado por varones, es decir los docentes que padecen mayor grado de estrés son hombres, en consecuencia no se podría asegurar que el estrés es un problema de género. Así mismo se analizaron otras variables como la edad, grado de estudios, horas frente a grupo, fuente de ingresos, no calificaron como factores de riesgo. Sin embargo la variable estado civil resulta ser un factor de riesgo, del 64% que representa a los maestros casados el 35% tienen estrés bajo, del 42% que representa a los solteros tienen estrés moderado y del 57% que representa a los divorciados el 75% presenta nivel medio y el otro 25% nivel alto de estrés, dado que no se preguntaron condiciones de vida relacionadas con el estado civil se desconoce qué factores influyen para que los profesores divorciados sean los más propensos a padecer estrés laboral.

Por otra parte las dimensiones de mayor relación con el padecimiento son; la despersonalización del docente, la fatiga frecuente, la falta de interés en su labor docente, la discriminación, deplorable clima organizacional, además de los síntomas como insomnio, dolor frecuente de cabeza, problemas de digestión y la presencia de alguna enfermedad crónica degenerativa. Como se dijo anteriormente el estrés es un padecimiento que si no se trata a tiempo las repercusiones serian inclusive fatales.

En la actualidad en México el sector salud reconoce al estrés como una enfermedad que debe tratarse como un problema de salud pública por las dimensiones que ha alcanzado, sin embargo, la realidad es que no existen programas preventivos que ayuden a contrarrestar este padecimiento.

Así mismo se desconoce el número de personas que sufren este padecimiento, por lo que se hace necesario profundizar más en investigaciones que permitan proporcionar a las autoridades los elementos necesarios para que se replanteen políticas en materia de salud y sobre todo en salud preventiva, porque si bien es cierto los modestos resultados obtenidos de esta investigación no son suficientes y exigen profundizar más en el tema, sería inaceptable soslayar el resultado que el 100% de los maestros que participaron en la investigación, sufren de estrés en diferentes niveles por lo que realmente este padecimiento si es característico de los profesionales de la docencia.

Gráfico 1. Nivel de estrés



DISCUSIÓN

Como se observa en el análisis de los datos es preciso profundizar mucho más en el tema para identificar los factores que están presentes e influyen en la salud del trabajador de la docencia, convirtiéndolo en el candidato perfecto a padecer las consecuencia del síndrome de burnout. Por la trascendencia de la figura del profesor en el desarrollo no sólo de hombres y mujeres que debe darse con el maestro y pese al maestro, sino por el propio desarrollo del país, es conveniente seguir indagando al respecto.

La labor docente como puesto de trabajo, obliga a la realización simultanea de innumerables actividades “docencia, tutoría, gestión educativa,” que van desde el

cuidado y mantenimiento de la escuela, orden en su salón de clases, planeación de actividades académicas, elaboración de materiales didácticos, entre otras, al tiempo de mantener constantes relaciones con: padres de familia, autoridades, compañeros y alumnos, lo que implica un duro esfuerzo y una significativa carga psíquica en el trabajo.

Además otro tipo de condiciones identificadas con el trabajo del docente universitario, como la carga física que incluye muchas horas de sedentarismo, transporte de materiales académicos, constantes viajes, la sobrecarga mental requerida por los distintos trabajos a realizar en una actividad académica, la cantidad de tiempo durante la cual la persona deben elevar las respuestas en su memoria necesarias en los procesos cognitivos y las relaciones emocionales involucradas, así como los factores ambientales de iluminación, ruido físico y mental, condiciones térmicas, que también pueden alterar el funcionamiento del sistema nervioso y que a medio plazo, generarán situaciones deficitarias en la vida de un profesor en ocasiones difíciles de recuperar. (Caramés, 2001)

Finalmente la investigación reporta que el 100% de profesores padecen estrés y aún cuando el 42.5% sea nivel bajo requiere de cierto tipo de tratamiento y atención, obviamente el 57.5% que es la población mayoritaria con niveles de estrés medio y alto, por lo tanto los profesores universitarios que se desempeñan tanto en universidades públicas como privadas sufren estrés en porcentaje muy significativo de la misma forma significativo es que existan un mayor porcentaje de profesoras que profesores que tienen determinado nivel de estrés.

BIBLIOGRAFÍA

- Balseiro, L. (2010). *El síndrome de Burnout. Como factor de riesgo laboral en el personal de enfermería* 1era. ed. México: Trillas.
- Buendía, J, Ramos, F. (2001). *Estrategias de afrontamiento saludables frente al estrés ocupacional*. Madrid: Ediciones Pirámides; 2001.

- Caramés-Balo, R. (2001) *Causas del core of burnout del profesorado universitario*. VII Congreso Español de sociología en salamanca. 2001. URL: <http://WWW.ase.es>
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout* *Journal of occupational Behaviour*, 2,99-113.
- Pando, M., Castañeda, J., Gregoris, M., Aguila, A., Ocampo, L., Navarrete, R. (2006) *Factores psicosociales y síndrome de Burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac*, Guadalajara, México. Salud en Tabasco, septiembre-diciembre, año/vol.12, número 003. Secretaría de Salud en tabasco.
- Zijlstra, F. (2007). *The Effect of Aggressive Versus Conventional Lipid-lowering Therapy on Markers of Inflammatory and Oxidative Stress*. *Cardiovasc Drugs Ther.* 2007 April; 21(2): 91–97. Published online 2007 March 7. doi: 10.1007/s10557-007-6010-x.
- Astells, M. (2010), *Comunicación y poder*, Madrid: Alianza Editorial.
- Eddine, J. (2009), “Educación en medios ante la brecha digital en los países del Sur”, *Comunicar*, XVI (32), pp. 41-50.

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO MATERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Cuevas Peñaloza María Antonieta ¹

Monroy Martínez María de Los Ángeles ²

Blanca Díaz Bernal ³

INTRODUCCIÓN

Los Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados (PLACE), son un instrumento que documenta y comunica la situación del enfermo, los resultados que se esperan, intervenciones de enfermería y evaluación. La Comisión Permanente de Enfermería (CPE), elaboró dos catálogos de PLACE, para otorgar cuidados de enfermería, con calidad y seguridad para el enfermo y profesional. (Catálogo Nacional de Planes de Cuidados, <http://es.scribd.com/doc>.)

Los PLACE, tienen como objetivo mejorar la práctica asistencial y evitar las diferencias de criterios de los profesionales en la atención al enfermo. Para Vidal referido por Puigvert (2005), un plan de cuidados ayuda a unificar criterios entre los profesionales que participan en el proceso de enfermería y, a la vez sirve de guía. En ese sentido, la presente investigación aborda la evaluación de la implementación de los planes de cuidados de puerperio fisiológico y preeclampsia, propuestos por la Secretaría de Salud a través de la Dirección de enfermería y la CPE.

¹ Facultad de Enfermería y Obstetricia Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Maestría en Enfermería con énfasis en Administración en los Servicios de enfermería. Dra. En Alta Dirección. Integrante del CA Proceso de Enfermería en el área clínica. Registro interno en la UAEM. nenuco6104@hotmail.com

² Facultad de Enfermería y Obstetricia Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Maestría en Enfermería con énfasis en Administración en los Servicios de Enfermería. Integrante del CA Proceso de Enfermería en el área clínica. Registro interno en la UAEM. moma2009@hotmail.com

³ Facultad de Enfermería y Obstetricia Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Maestría en Enfermería con énfasis en Administración en los Servicios de Enfermería. Integrante del CA Proceso de Enfermería en el área clínica. Registro interno en la UAEM. blandiber@yahoo.com.mx

Palomo, refiere que el puerperio fisiológico es el periodo que va desde la finalización del parto (del niño y la placenta), hasta que el organismo materno regresa a su estado basal (previo al embarazo) (Palomo, 2003). Comúnmente se considera que este periodo tiene una duración de entre 6 a 8 semanas para la recuperación de la madre.

La preeclampsia, es el trastorno hipertensivo más frecuente del embarazo. Es la elevación de la presión arterial sistólica de 30 mmHg por encima del valor inicial, un aumento de la presión arterial diastólica de 15 mmHg por encima del valor inicial, o ambos. Estos cambios de la presión arterial deben observarse por lo menos en dos ocasiones, con 6 horas de diferencia. En ausencia de valores previos, se aceptan unas cifras de presión arterial de 140/90 mmHg. (Roberts 1989, Clayton 1990)

En tal sentido el profesional de enfermería juega un papel muy importante ya que desarrolla un proceso sistemático y ordenado de brindar cuidados y que a su vez este tiene un enfoque científico para el beneficio del binomio madre-hijo y así mismo ante la presencia de patologías propias del embarazo tales como preeclampsia.

Desde hace varios años la práctica de enfermería ha ido cambiando con la aplicación de los PLACE, como un método de prestación de cuidados, la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios incorporando las taxonomías; NANDA, NOC y NIC, que contiene criterios de diagnósticos, resultado sensibles a la práctica de enfermería con indicadores específicos e intervenciones de enfermería para resolver los problemas de salud que aquejan a las personas. (revistaenfermeria.imss.gob.mx, www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13450)

La CPE, ha determinado que los planes de cuidados de enfermería se estandaricen de acuerdo al planteamiento de Mayers ya que responde a la necesidad de unificar criterios en la atención de enfermería, teniendo como objetivo el logro de un lenguaje común entre los profesionales del país, además de que se contribuirá en:

- a) Garantizar la seguridad de los pacientes.
- b) Aplicar una práctica sistematizada de los cuidados de enfermería.

- c) Replicar y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.
- d) Implementar los nuevos modelos de atención centrados en la persona, familia y comunidad.
- e) Favorecer el desarrollo profesional a partir de una buena práctica.

En México, se han realizado intentos de implementación de planes de cuidados de enfermería en algunas unidades médicas de diferentes entidades federativas, utilizando el método como una herramienta de trabajo en la práctica de enfermería y la utilización de planes de cuidados. (Palomo, 2003)

Cabe señalar, que en instituciones tanto públicas como privadas no se ha podido concretar el uso de los PLACE, debido a la falta de estándares que permitan contar con un mismo lenguaje, independientemente del sitio en el cual se realiza.

Por otro lado, a nivel educativo las instituciones buscan estrategias de enseñanza destacando la importancia del proceso de enfermería como una herramienta de soporte vital para la profesión, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al enfermo, además de la vinculación de la triple taxonomía; diagnósticos de enfermería (NANDA), Clasificación de resultados de enfermería (NOC) y Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería que permite un soporte científico, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo científico de la profesión de enfermería.

Cabe destacar que hasta el 2008 SICALIDAD incluye desde el eje de calidad técnica y seguridad del paciente una línea de acción denominada Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizados, que a través de la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y CPE, diseñaron el lineamiento base para la elaboración e implementación en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud por tal motivo el personal de enfermería, posterior a la capacitación que se dio en el

mismo puede desarrollar poco a poco los conocimientos necesarios para la elaboración correcta del Plan de Cuidados ya que en la actualidad tenemos todas las herramientas necesarias para realizarlo, solo basta seguir capacitando al personal e inculcar el conocimiento y fundamentación del que hacer del Profesional de Enfermería.

OBJETIVO

Evaluar la implementación de los planes de cuidados estandarizados de puerperio fisiológico y preeclampsia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM 2014.

METODOLOGÍA

La presente investigación pertenece a la línea Proceso de Enfermería en el Área Clínica de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Sé derivó del proyecto Evaluación de la implementación de los planes de cuidados y la calidad de los registros clínicos de enfermería a través del indicador de notas y registros clínicos de enfermería del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud "INDICAS".

Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, el universo estuvo conformado por el personal de enfermería del HGO del IMIEM, la población fue de 392 profesionales de enfermería adscritas al hospital. Para la muestra se consideraron 100 de éstos profesionales de diferentes turnos, los participantes fueron seleccionados por conveniencia no probabilística.

En cuanto a los criterios de inclusión: personal de enfermería adscrito al HGO del IMIEM, que tengan contacto directo con la paciente y que se encuentren laborando en las áreas de hospitalización, recuperación y terapia intensiva que deseen participar en el estudio y lo ratifican al momento de otorgar su firma en el consentimiento informado.

Respecto a los criterios de exclusión: personal de enfermería que no labore en los servicios de hospitalización, recuperación y terapia intensiva, además de los cuestionarios no elaborados adecuadamente.

Por medio de la entrevista se aplicó un cuestionario estructurado con 16 preguntas abiertas; cuatro para identificar edad, años de servicio, categoría y nivel de estudios, el resto relacionadas directamente con el tema de interés.

En cuanto al aspecto bioético: se consideró la Ley General de Salud en materia de investigación en sus artículos: artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. (Ley General de Salud, 2014)

PROCEDIMIENTO

El estudio se realizó en tres fases. La primera fase, dio inicio en la recolección de datos para elaborar el marco referencial; se llevó a cabo a través de la búsqueda de artículos científicos en bases de datos de Redalyc y Science Direct. También la consulta bibliografía referente al proceso de enfermería, puerperio fisiológico preeclampsia, Comisión Permanente de Enfermería y planes de cuidados estandarizados entre otros, en bibliotecas de la Universidad Autónoma de Estado de México y en línea.

En la segunda fase, se realizó la gestión para la autorización de la aplicación de los instrumentos. Remitiendo un oficio a las autoridades de HGO del IMIEM, específicamente al departamento de enseñanza e investigación. Una vez autorizada la investigación por medio de oficio, se acudió a la jefatura de enfermería para calendarizar el acceso a los servicios de la institución. El cuestionario fue aplicado en dos ocasiones, una sin capacitación sobre proceso de enfermería y planes de cuidados de enfermería estandarizados y la segunda posterior a la capacitación. Asimismo, cabe hacer mención del interés que mostraron los participantes.

Finalmente, obtenida la información, se elaboró una base de datos con el programa estadístico Microsoft Excel, presentando los resultados en cuadros comparativos con la finalidad de realizar el análisis del estudio, discusión, conclusiones y sugerencias.

RESULTADOS

El estudio de investigación se realizó en el HGO del IMIEM, con título “Evaluación de la implementación de los planes de cuidados estandarizados del HGO del IMIEM”. Derivó del proyecto de investigación 3637/2013SF, registrado ante la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados de la UAEMéx. Para su ejecución se consideraron a 70 enfermeras que laboran en los servicios de: hospitalización, recuperación y terapia intensiva.

La investigación arrojó que la edad oscila entre los 25 y 35 años (55%). La mayoría del personal (60%), tiene entre 15 y 20 años de servicio. Prevalece la categoría de licenciados en enfermería (67%). En el nivel de estudios encontramos que existe doctorado, maestría, licenciatura en enfermería, enfermería general e incluso auxiliar de enfermería.

El 51.4% del personal de enfermería conoce el concepto del Proceso de Enfermería Posterior a la capacitación, el 82.8% contestó correctamente mientras que el 17.1% continúa sin conocer que es el proceso de enfermería. Referente al conocimiento sobre

las cinco etapas del Proceso de Enfermería, el 50% del personal conoce las cinco etapas, en un segundo momento se observó que el porcentaje de conocimiento acerca de las etapas del Proceso de Enfermería aumenta, incremento satisfactoriamente (70%), sólo el 30% restante no tiene bien definido cuales son las etapas a seguir del PE.

El 57.1% del personal del HGO del IMIEM conoce los PLACE, derivado de la capacitación la mayoría (84.2%) conoce los PLACE, desafortunadamente para el 15.8%, aún no le queda claro el conocimiento sobre los planes de cuidados estandarizados. Respecto a las taxonomías para realizar un PLACE el 37.1% del personal contestó correctamente, después del curso el 67.1% del personal de enfermería del HGO del IMIEM cuenta con el conocimiento sobre la triple taxonomía.

Asimismo, el 62.8% de los profesionales de enfermería realizan la valoración. Posterior al curso se observa que el 84.2% del personal encuestado responde de una manera correcta, mientras que el 15.7% da respuestas erróneas.

El conocimiento sobre el puerperio fisiológico y preeclampsia, es indispensable al respecto el 44.2% del personal de enfermería respondió de forma correcta destacando signos y síntomas importantes, en la siguiente evaluación el 70% contestó de una forma correcta a la interrogante.

Con respecto a cómo considera el personal de enfermería que debe ser el cuidado brindado al usuario el 48.5% del personal encuestado respondió de manera favorable mencionando que se debe brindar un cuidado con calidad y calidez, a su vez mencionaron que es de suma importancia la implementación del PLACE en las intervenciones de enfermería que realizan, afortunadamente en un segundo momento el 77.1% del personal incremento su respuesta de forma correcta mientras que el 21.4% siguió contestando la pregunta con respuestas sin coherencia y el 1.4% no contesto la pregunta.

En esta investigación los resultados mostraron que la media del conocimiento fue de 5.48, lo cual indica un nivel bajo antes de la capacitación. De forma general, el grupo arrojó una media de 3.71 ± 1.01 , la cual categorizó su conocimiento con nivel medio después de haber recibido la capacitación. Por consiguiente se deduce de la investigación realizada en el HGO del IMIEM, tiene un alto porcentaje de conocimientos, bases científicas y habilidades para realizar un PLACE. Pero no cuentan con un documento en el cual lo puedan plasmar. Dentro del ámbito de Enfermería existen escasas investigaciones en relación con el tema, por lo que su estudio es importante, para continuar colocando a Enfermería como una disciplina que otorga cuidados de manera holística no importando grupos etarios, abarcando al individuo, la familia y la comunidad

CONCLUSIONES

Derivado de la investigación que se realizó en el HGO del IMIEM, tomando en consideración el objetivo general se cumplió, dado que la implementación de los planes de cuidados estandarizados de puerperio fisiológico y preeclampsia se puede llevar a cabo, ya que los resultados arrojan que después de la capacitación, el personal de enfermería mostro mayor conocimiento respecto al tema en cuestión.

Para finalizar, en la investigación se pudo determinar que el personal del HGO del IMIEM sí tiene conocimiento del PLACE, en las actividades de las intervenciones que realiza con las pacientes puérperas y con preeclampsia sin embargo, aún no todo el personal tiene conocimiento respecto a cómo estructurar de forma científica tal proceso ya que en la antigüedad no se contaba con un formato estandarizado, que pudiera ayudar al personal de enfermería a fundamentar sus intervenciones, o conocer cuál era el proceso para estructurar dicho plan.

BIBLIOGRAFÍA

Catálogo Nacional de Planes de Cuidados. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/128426927/Catalogo-de-Planes-de-Cuidados-de-Enfermeria>.

Clayton G, Stanley, R. Newton, John Manual de obstetricia y ginecología. Traducido de la 11a edición por: Dra. Ma. Dolores Rodríguez Reyes Facultad de Medicina, universidad Nacional Autónoma de México. Editorial el manual moderno, S.A. de C.V México, D.F. 1991.

Estandarización del cuidado mediante plan de cuidados de enfermería. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=412:estandarizacion-del-cuidado-mediante-el-plan-de-cuidados-de-enfermeria&catid=132:ano-2013-volumen-21-num-

Ley general de salud. Última Reforma DOF 02-04-2014. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

México: Secretaría de Salud: 23-64. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13450> la implementación en el nivel operativo del proceso de enfermería

Palomo, C. M. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Edita: FISCAM - Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha, 2003.

Puigvert V C, Muriana ZC, García G L, Navarro FE. Valoración del registro de la información del plan de cuidados y de la trayectoria clínica de la implantación del catéter peritoneal. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2005; 8 (4): 272-280.

Roberts JM, Taylor RN, Nusci TJ, Podger GM, et al: Preeclampsia: an endothelial cell disorder. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 1200-1204

EVALUACIÓN DEL TRATO DIGNO EN EL PERSONAL MÉDICO DE UN HOSPITAL DEL ESTADO DE MÉXICO

Tania Michel Mariano Cruz¹

Iris Hayde Arzate Arzate²

Natalie Bonaga Aguirre³

Miriam Gómez Ortega⁴

Bárbara Dimas Altamirano⁵

RESUMEN

Introducción: El trato digno es el respeto que se proporciona a una persona en el área hospitalaria el paciente requiere de la atención y/o cuidados en base a sus necesidades básicas, fisiológicas, debe ser considerado como un ser humano con derechos por lo tanto el servicio que se le proporciona tiene que ser con amabilidad y cortesía.

Objetivo: Evaluar el trato digno que reciben los usuarios por parte del personal médico de un hospital del Estado de México. **Metodología:** Fue cuantitativo, descriptivo, transversal, el universo fueron 108 usuarios de un hospital del Estado de México. La muestra estuvo integrada por 75 usuarios de los servicios de hospitalización de todos los turnos, instrumento: fue una encuesta de indicador trato digno de la Secretaría de Salud, integrado por 15 reactivos. El análisis de los datos estadísticos fue Excel y SPSS aplicado para análisis e interpretación. **Resultados:** En lo que se refiere a el saludo por el personal médico lo hace en un 89.3%. En cuanto a la presentación del personal médico lo hace al inicio de la jornada el 84% y no el 16% argumentando que desconocen quien es el médico tratante. Por lo que se refiere a la explicación de los procedimientos a realizar con los usuarios, el personal médico cumple con esta función en un 84%. **Conclusión:** Los usuarios refieren que el trato digno es la adecuada

¹ Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx. rugal_mio2510@hotmail.com

² Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx.

³ Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx.

⁴ Dra. en Educación .P. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. miriamgo29@hotmail.com

⁵ Dra. en A. D. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Integrante del cuerpo académico Educación para la salud y de la Red Nacional Salud y Educación. (barby041508@gmail.com)

atención en el cuidado de su salud, brindada por el personal de salud que son de vital importancia en el proceso salud enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública en un estudio realizado en el 2001 arrojó que el índice de trato digno fue adecuado en los hospitales con 5.7% cifra que refleja la capacidad del sistema para responder a expectativas de los usuarios, colocando a México en un nivel intermedio a nivel mundial, donde Estados Unidos alcanza un índice de 8.1% y Suiza 7.4% mientras que Asia y África ocuparon los últimos lugares (García, 2011:33). En el ámbito nacional, el 80.6% de los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena, esta proporción fue de 80.3% y 84.2% para 2006 y 2010 respectivamente. Por el contrario, 6% de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala, similar a lo reportado en 2006 de 6.4%, pero superior a lo reportado en 2000, fue de 4.2%. En 2012, 13.4% de los usuarios de servicios hospitalarios mencionaron que no regresarían a la misma institución que lo atendió. (Gutiérrez, 2012:11)

A nivel estatal en un hospital de Santiago Tianguistenco se realizó un estudio en el que se encontró que el 8% de los usuarios indicaron que el servicio fue bueno, el 9% regular y el 3% como excelente, a sí mismo el 80% señalaron que fueron tratados con respeto (Mendoza, 2009:8). Por tal motivo la Dirección General de Calidad, y Educación en Salud en junio del 2002, inició el desarrollo del proyecto Evaluación de la Calidad de los servicios con el propósito de definir el concepto de calidad, indicadores de calidad del personal de salud y la metodología para su medición. Entre estos indicadores destaca el trato digno cuyas características son: respeto, información, interés y amabilidad. (CPE, 2009:35). El código de Ética impone a los miembros del área de la salud, en quienes recae la responsabilidad de cumplir con los indicadores de calidad. El deber de desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral y como miembro de una sociedad y de un profesión es indispensable para un mejor cuidado de los usuarios, en

cada momento, y es un derecho de estos el recibir un trato digno y respetuoso en cuanto a sus condiciones personales y morales, relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor, y a su intimidad cualquiera que sea su padecimiento que presente. Dentro de las quejas más comunes ante la comisión nacional de arbitraje son la mala práctica y la negligencia, así como las deficiencias administrativas y accidentes e incidentes (CONAMED, 2015:42). Así mismo existen quejas verbales de algunos pacientes con relación a la realización de los procedimientos, y debido a que la mayoría de la población derechohabiente es servidor público demandan servicios más rápidos, de calidad atención personalizada, así como servicios fiables y confiables con horarios más extensos, pero sobre todo, el personal de salud que los traten con cortesía, respeto y amabilidad (SSA, 2003:32). La coordinación de calidad pasa a evaluar diariamente a los servicios los indicadores de calidad y mensualmente se publican los resultados en las mamparas del hospital, encontrándose el indicador trato digno en un nivel bajo durante el mes de agosto y septiembre de 2015.

La productividad social es el crecimiento económico de los países, no obstante, en los últimos años ha sido evidente que no sólo los indicadores materiales son relevantes en la vida de las personas, sino que existen otros factores como los bienes relacionales, los bienes que no se adquieren en el mercado, que también tienen gran influencia en la percepción de la satisfacción y la felicidad de las personas (García, 2011:9-11). En una sociedad en la que sus miembros viven enfermos, física o mentalmente, tiene menos relación social, baja la productividad, aumento de gastos y disminuye en el rendimiento económico, pero sobre todo presenta la disminución del bienestar por tal motivo, la razón de ser del Sistema Nacional de Salud es el bienestar del país y un estado saludable (Hamui, 2013:21-31). El trato digno por parte del personal de salud se apega al respeto de los Derechos Generales de los usuarios, así como al cumplimiento del Decálogo de Ética de las Enfermeras, Enfermeros y Médicos de México. La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos (García, 2011:27-28).

Por tal motivo, un trato digno por el personal de salud, genera que el paciente adquiera confianza y seguridad, lo que se manifestará en un estado de mejora, creando un ambiente de bienestar emocional, que se verá reflejado en el estado físico del paciente, reduciendo así su estadía hospitalaria y evitando que adquieran enfermedades nosocomiales debido a la estancia prolongada en el hospital. Esto a su vez beneficia al hospital, ya que reduce tiempo, costos y tiempo de espera. Por lo que se plantea identificar el trato digno proporcionado por los médicos hacia los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de estudio del estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, correspondiente a la línea de investigación, Educación para la Salud en el ambiente laboral, la muestra estuvo conformada por los usuarios de segundo piso cirugía, tercer piso: nefrología, geriatría y traumatología y cuarto piso de medicina interna De los 108 usuarios de los servicios de hospitalización, se tomó únicamente a 75 participantes, mediante el programa SPSS, esto durante el mes de octubre del 2015 durante los turnos: vespertino y nocturno (guardia B).la recopilación de datos se hizo a través de la técnica de encuesta como instrumento se utilizó un formato que está basado en el indicador trato digno formato F1-TDE/02 de la Secretaría de Salud modificado, el cual está integrado por una ficha de identificación y contiene dos apartados. El primero corresponde a los datos sociodemográficos y el segundo que cuenta con 11 reactivos referentes al trato digno de tipo dicotómico para personal de enfermería y médicos, finalmente, dos preguntas de opción múltiple respecto a turno y quien lo trata mejor y dos abiertas de cómo les gustaría ser tratados por enfermería y médicos; el instrumento se validó con una muestra piloto del 10% de la muestra total. Cabe destacar que el aspecto ético fue cubierto con base en lo establecido con la Ley General de Salud 2015, Artículo 100 para la investigación en seres humanos en la cual se cuenta con el consentimiento por escrito del sujeto en quién se realiza la investigación.

RESULTADOS

En relación a las medidas de tendencia central la moda es de 38 años, la mediana de 49 y la media de 48 años, así como puede apreciarse en la gráfica, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 36 a 40 años de edad de los usuarios participantes. Respecto al sexo de los participantes, femenino 54.7% y 45.3% masculino. Esto da a conocer que los usuarios que tuvieron mayor participación en la encuesta son de sexo femenino.

El estado civil de los participantes en la encuesta es: divorciado 2.7%, unión libre 6.7%, soltero 14.7%, viudo 16% y finalmente casado con 60% dando el porcentaje más alto. El grado académico de los usuarios participantes son: estudiantes 2.7%, jubilado/pensionado 5.3%, ama de casa 14.7%, servidores públicos 24% y con mayor frecuencia los profesionistas con 53.3% dando a conocer que la mayoría de los encuestados tienen una carrera la cual ejercen actualmente. En cuanto a los días de estancia hospitalaria se manejó un rango siendo el mínimo 1 y máximo 18, por lo tanto de 16 a 18 días de estancia hospitalaria representa el 18.4%, de 13 a 15, 6.8%, de 10 a 12, 16%, de 1 a 3, 17.3%, de 7 a 9, 21.3% y con mayor frecuencia de 4 a 6 días con el 34.6%, esto influye de manera significativa en la percepción de los usuarios acerca del trato digno debido a que a mayor días de estancia hospitalaria mayor interacción con el personal que le atiende.

En lo que se refiere a el saludo por parte del personal médico lo hace en un 89.3%, por tanto es importante reforzar este rubro. En cuanto a la presentación del personal médico con los usuarios sí lo hace al inicio de la jornada el 84% y no el 16% argumentando que desconocen quien es el médico tratante, residentes e internos ayudantes y lugar en donde se le puede ubicar, por lo que se tendrá que reforzar este rubro. El personal médico se dirige por nombre del usuario en un 84% refiriendo que los médicos omiten esta acción, les cambian el nombre a: madre, madrecita o tío, o bien no saben su nombre, este rubro es de gran importancia para los usuarios, debido a que les

incomoda que les hablen en diminutivo por lo tanto es necesario implementar acciones para cumplir con este rubro.

Por lo que se refiere a la explicación de los procedimientos a realizar con los usuarios, el personal médico cumple con esta función en un 84%, los usuarios mencionan que esta acción es ejecutada antes de iniciar alguna intervención, y lo omite un 16% argumentando que en ocasiones son realizados los procedimientos sin el consentimiento de los usuarios o familiares. Otro punto relevante es el interés que muestra el personal médico en la estancia agradable haciendo énfasis en el confort de los usuarios, lo lleva a cabo en un 78.7%, satisfaciendo sus necesidades básicas y prioritarias; mientras que los usuarios perciben que en ocasiones se olvidan de ellos, omiten realizar procedimientos y demoran en atenderlos por lo que no cumplen con este rubro en un 21.3%.

En lo que atañe al ofrecimiento de condiciones necesarias que guarden la intimidad/pudor de los usuarios, el personal médico lo realiza en un 76%, debido a que toman en cuenta los principios y normas de médicos que es: “respetar la individualidad del paciente” y por lo que habrá que priorizar en la sensibilización del área médica. En relación con el trato con respeto hacia los usuarios, el personal médico cumple este rubro en un 88%, en contraparte no lo acata en un 12% dado que perciben gestos faciales/corporales, falta de amabilidad y no se dirigen de manera respetuosa hacia su persona. Acerca del rubro de enseñanza al usuario y familiar de los cuidados que debe tener conforme a su padecimiento impartidos por el personal médico, si cumplen con la función de docencia el 70.7%, puesto que les proporcionan información durante la estancia hospitalaria y al egreso; de igual manera se tendrá que reforzar este rubro en el personal médico.

La continuidad de los cuidados en 24 horas proporcionados conforme a su padecimiento, el personal médico si lo llevan a cabo el 76%, mientras que el 24%, fundamentando que, los usuarios no conocen a los médicos que están a su cargo, hay demora para su atención, se olvidan de los procedimientos a realizar, así como de las

solicitudes para estudios, agregando que no hay continuidad entre cada jornada laboral. Es importante crear conciencia en el personal médico de la continuidad y la homogeneidad del cuidado para otorgar una mejor atención. La satisfacción del usuario conforme al trato que le proporciona el personal médico es del 88%, los participantes se refieren satisfechos, el 12% expresa no estar satisfecho con el trato otorgado por eventos tales como: retraso en su atención, falta de comunicación, amabilidad y de experiencia para la realización de sus procedimientos.

Concerniente al turno en que los usuarios perciben recibir mejor atención: turno especial obtuvo un 4%, turno nocturno 14.7%, turno vespertino 32% y con mayor frecuencia el turno matutino con 49.3%. Perciben que el personal demuestra interés, amabilidad y disponibilidad, hay continuidad en los cuidados, explican los procedimientos al usuario y al familiar, tiene mayor acceso a los servicios hospitalarios, esto debido a que hay más profesionales de la salud. El significado de trato digno para los participantes es: cariño 1.3%, cortesía 4%, amabilidad 14.7%, adecuada atención 24% y respeto con 56%, en base a lo anterior los usuarios determinan que al ingresar a un hospital, el personal que respete sus derechos como lo establece la Secretaría de Salud, será la que cubra con el indicador de trato digno.

DISCUSIÓN

En la actualidad ha sido necesario realizar cambios en las instituciones para favorecer el desarrollo de los servicios que se brindan en la atención del paciente. Es indispensable la calidad en la atención de médicos, debido a que no hay suficiente investigación de este indicador. En la presente investigación respecto a los factores sociodemográficos que influyen en el trato digno de médicos en la atención de los usuarios fueron: la edad, en un rango de 36 a 40 años de edad, predominó el sexo femenino, el estado civil fue casado y con uno, a tres hijos en etapa adulta lo cual coincide con los resultados de un estudio realizado por Vargas Esquivel en el año 2012.

En cuanto a los criterios del indicador de calidad trato digno el saludo por el personal médico no cumple, este resultado no coincide con Carrillo Martínez 2009, debido a que la mayoría del personal de salud; tanto enfermeras como médicos omite presentarse e identificarse previo al inicio de la jornada laboral, además de que no se dirigen por el nombre del usuario, siendo importante en la identificación del usuario. Con respecto a la explicación de los cuidados y procedimientos a realizar por el personal médico no cumple, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Jiménez y Villegas 2013 quienes concluyen en su investigación realizada en un nosocomio de tercer nivel, que los usuarios reciben un explicación mínima de los procedimientos que se realizan los médicos, siendo importante el conocimiento de si proceso salud-enfermedad.

Sobre el interés en el paciente por parte del personal médico, este resultado coincide con Bautista Luz (2012), donde menciona que no existe interés en su totalidad por brindarle comodidad, privacidad y un ambiente agradable al usuario. Referente a que el personal de salud ofrezca las condiciones necesarias para guardar la intimidad/pudor de los usuarios, el personal médico no lo realiza, lo cual coincide con Ortiz Espinoza (2006) al priorizar acciones para la sensibilización médica.

En cuanto al trato con respeto hacia los usuarios por parte del personal de salud, los resultados coinciden con Vargas Esquivel, donde los médicos tratan a los usuarios con respeto. En relación al criterio de enseñanza a los usuarios y familiares sobre los cuidados de su padecimiento por parte del personal médico, no da cumplimiento y los resultados no coinciden con Vargas Esquivel (2012), debido a que se debe enseñar al usuario y familiar los cuidados que se requieren para su recuperación.

En relación al turno en el que los usuarios refieren recibir una mejor atención es el turno matutino debido a que hay más personal médico, a diferencia del nocturno, estos resultados tienen similitud con Burgos Moreno (2012), quien refiere la falta de atención, aseo y confort, relacionado con la escasez del personal y la poca empatía del usuario. Con respecto al significado del trato digno para los usuarios la mayoría lo relacionó con el respeto y adecuada atención, este resultado coincide con Vargas Esquivel (2012), en

el que los usuarios expresan que un trato digno es aquel en el que se atienden a los usuarios como seres humanos y no como objetos.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de los usuarios participantes son derechohabientes, profesionistas y servidores públicos, por tanto su percepción y exigencia es mayor en el trato digno que esperan recibir del personal de salud. Los resultados del rubro de saludo, explicar los procedimientos a realizar, interés del personal médico para el logro de una estancia hospitalaria agradable y comfortable hacia el usuario y llamar al usuario por su nombre el personal médico no lo realiza. Los usuarios perciben que la mayor atención y trato digno recibido del personal de salud se brinda en el turno matutino, debido a que consideran hay mayor número de personal que se muestra amable e interesado ante sus intervenciones y cuidados.

Los usuarios refieren y perciben el trato digno como la adecuada atención, cariño, y amabilidad brindada, haciendo especial énfasis en el respeto; ya que refieren es la mejor forma en la que el personal de salud puede brindarles un trato digno. En esta investigación fue importante analizar los aspectos de los rubros del trato digno al usuario para sugerir mejoras en el cuidado de la salud del paciente dado que cada uno de ellos tiene su propio concepto y manera de percibir estos rubros, lo cual resulta esencial para ampliar la visión sobre los factores que influyen en la atención de calidad brindada por el personal de salud, para lograr así y la calidad en los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Permanente de Enfermería (2009) Evaluación de la Calidad de los servicios de Enfermería [en línea], disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/ [accesado el día 3 de septiembre de 2015].

- CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) (2015), México, disponible en: www.conamed.gob.mx, [accesado: 15 de septiembre 2015].
- García (2011) Mejorar en la efectividad de la entrega del cuidado de Salud. Madrid España. Ed: Booz Allen/Pearson, pág. 27-45.
- Gutiérrez T. (2012). Estudio percepción de paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de salud, México. Ed: Nueva Era. pág. 11.
- Hamui L. Fuentes R. Aguirre R. Ramírez O. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México “Un estudio de satisfacción con la atención médica” 1° Ed. México. Distrito Federal. pág. 21-31.
- INDICAS: “Indicadores de Calidad de Enfermería” [internet]. Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/ssm/9-programas/49-indicadores-de-calidad-en-enfermeria>. [Accesado: julio de 2015].
- INDICAS: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud” (2011). Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/ssm/9-programas/49-indicadores-de-calidad-en-enfermeria> julio de 2015.
- Ley General de Salud (LGS) (2015). México. Publicado: 17 de Marzo por el Diario Oficial de la Federación. Pág. 45.
- Mendoza V. (2009). Percepción de la atención otorgada por el personal de enfermería; revista de enfermería intencional seguro social. Madrid. pág. 8.

EXPERIENCIA EN LA CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA DEL HOSPITAL MATERNO PERINATAL MÓNICA PRETELINI SÁENZ, COMO PERSONAL ADSCRITO, EN EL TURNO NOCTURNO A

Genoveva González González¹

Miriam Gómez Ortega²

Bárbara Dimas Altamirano³

Andrea Guadalupe Sánchez Arias⁴

María Alejandra Hernández Castañón

RESUMEN

La lactancia materna según la OMS es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (OMS, 2015)

Varias frases determinan que amamantar es amar; dar el pecho hace crecer el vínculo entre madre e hijo. Lo cual es verdaderamente significativo ya que provee grandes beneficios no solo para el niño sino también para la madre, previniendo varias enfermedades crónicas que pueden presentarse a lo largo de la vida: es por ello que el personal de salud debe de estar capacitado para poder ayudar a la madre a mantener, proteger y promover la lactancia materna, informando sobre las innumerables ventajas para la salud.

La lactancia materna es considerada por los especialistas en la materia como la única forma de satisfacer todas las necesidades nutritivas de los niños y las niñas menores de

¹ Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx. genogg1601@hotmail.com

² Dra. en Educación .P. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. miriamgo29@hotmail.com

³ Dra. en A. D. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Integrante del cuerpo académico Educación para la salud y de la Red Nacional Salud y Educación. (barby041508@gmail.com)

⁴ Maestra en Administración de los. Servicios de Salud. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México.vicnal74@hotmail.com

seis meses. Es la forma natural de alimentación que tienen las personas al nacer, por lo tanto esta depende de la actitud y capacidad de la madre y las condiciones ambientales y sociales que favorezcan esta práctica. Es a través de la alimentación exclusiva con leche materna como se logran disminuir los riesgos de enfermedades infecciosas y alergias en los primeros doce meses de vida, además de que se reducen las posibilidades de tener en el futuro personas con padecimientos tales como diabetes, obesidad y otras enfermedades crónicas. Además de todos estos beneficios físicos brindados por la leche materna al infante, existen también otros en el ámbito social, familiar, económico y ecológico. Dentro de estos beneficios, a parte del nutricional, que recibe el niño o la niña es muy importante lo referente al apego materno, al fortalecimiento del vínculo madre hijo que se da mediante las prácticas de alimentación natural con leche materna. (González, 2014)

A pesar de estas ventajas, a partir de 1950 se empezó a experimentar en nuestro país, y el resto del mundo, una tendencia al destete precoz y la introducción de alimentos sólidos de forma temprana. Es a partir de los setenta que, a raíz de esta situación, se gesta un movimiento a favor de la promoción de la lactancia materna y protección de la misma.

Pese a ello en los últimos años se puede observar que ha disminuido el número de mujeres que amamantan a sus hijos relacionando este suceso con los estilos de vida, donde la mujer se incorpora al ámbito laboral por lo que busca alternativas para alimentar al niño.

En la actualidad ha incrementado la tasa de mortalidad infantil en todas partes del mundo, varios estudios demuestran que la mayoría de estas muertes son variadas y generalmente se deben a la alimentación artificial que se manifiestan por enfermedades diarreicas. Según estudios realizados por la OMS, el riesgo de morir asociado con la alimentación artificial es 14 veces mayor que cuando se alimenta con leche materna. (Ruiz y Medina, 2007)

Es necesario que el personal de salud lleve a cabo acciones continuas de capacitación a las madres para lograr que se mantengan la lactancia materna durante los primeros seis meses de forma exclusiva y hasta los 2 años de forma complementaria. Es por ello que el Hospital Materno Perinatal establece estrategias para lograr certificarse como Hospital Amigo del niño y de la niña y de esa forma beneficiar a su población que atiende a diario.

CONTENIDO

Según varios estudios analizados ha incrementado el índice de abandono de la lactancia materna antes del sexto mes y esto ha provocado que se presenten enfermedades agudas y crónicas en la población infantil además de que han incrementado los porcentajes de mujeres con cáncer principalmente de mama.

El Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz al encontrar la necesidad de beneficiar a la población infantil y a las madres en periodo de lactancia, se da a la tarea de implementar la Iniciativa Hospital Amigo del niño y de la niña emitida por la Organización Mundial de la Salud, cuya finalidad es apoyar, mantener y proteger la lactancia materna.

Para ello añade a la Institución la clínica de lactancia materna a partir del 2012, colocando personal capacitado en temas relacionados a lactancia, con la finalidad de capacitar al personal clínico y no clínico para poder brindar apoyo a toda mama que lo requiera.

La clínica de lactancia materna es el área adaptada para brindar capacitación a las madres durante sus consultas prenatales, así como apoyo durante el tiempo que están lactando.

Debido a que el Hospital no contaba con el servicio de la clínica de lactancia materna, existían varias problemáticas entre ellas:

- La mayoría de los recién nacidos eran alimentados con sucedáneos.
- No había un control sobre las donaciones de leche materna y los sucedáneos.
- Las madres no recibían la información sobre los beneficios y técnicas para amantar correctamente al recién nacido.
- No existía personal adecuado que brindara la capacitación a las madres y sobre todo al personal de salud.
- No había un espacio donde se pudiera brindar consulta de forma personalizada y apoyar a la madre en la resolución de problemas que presentaba durante el periodo de lactancia.

Debido a toda esta problemática que se presenta surge como servicio el área de lactancia materna que ofrece atención en los diversos turnos, colocando en cada uno de ellos a personas que han sido capacitadas para tal efecto.

Clínica de lactancia materna

OBJETIVO

Apoyar, promover y proteger la lactancia materna como el método ideal para la alimentación del recién nacido.

La función del CLM es atender cada problema de las madres y ayudar a despejar sus dudas, apoyar su capacidad de amamantar y fortalecer su seguridad, necesaria para enfrenar situaciones emocionales complejas que pueden impedir una lactancia satisfactoria.

Se define como Centro de Lactancia Materna (CLM), al sector cuyo propósito es apoyar, promover y proteger la lactancia, además de realizar acciones de extracción, fraccionamiento, conservación y distribución de la leche materna en los diversos servicios del hospital que así lo requieran. (Vega, 2002)

En el Hospital Materno Perinatal, La clínica de lactancia materna está ubicada en el primer piso donde se ubica el servicio de medicina externa. Se dispone de un consultorio adaptado para brindar la atención y una sala de espera. Así mismo trabaja en colaboración con el banco de leche.

Personal de la clínica de lactancia materna:

- 4 licenciadas o maestras en enfermería ubicadas en los diferentes turnos (matutino, vespertino, nocturno A y B)
- 2 Licenciadas en psicología en el turno matutino y vespertino
- 3 Licenciadas en nutrición.

Estancia en el consultorio de Lactancia Materna

El tiempo que he permanecido en la clínica de Lactancia Materna es de octubre de 2012 a la fecha. En el turno nocturno A con horario de 20:00 a 08:00.

Las actividades llevadas a cabo dentro del área de lactancia materna son las siguientes, divididas en las cuatro competencias. (Ruiz y Medina, 2007)

Asistenciales

- ❖ Promover la Lactancia Materna destacando los beneficios para la madre y el niño y su familia, desde el punto de vista emocional y nutricional, en forma personal o grupal.
- ❖ Conocer y atender las inquietudes, temores y preocupaciones de las madres que puedan afectar el proceso de la lactancia.
- ❖ Realizar reuniones grupales periódicas con las madres que concurren al *CLM* para motivar la concurrencia de las mismas en forma regular al mismo.
- ❖ Enseñar a las madres la técnica de extracción manual, enseñando en forma teórica y práctica.
- ❖ Asistir a las madres con problemas en sus pechos (grietas, pezones doloridos, conductos lactíferos tapados, etc.).

- ❖ Realizar interconsultas y/o derivaciones en los casos que se considere necesario a los servicios como: Consultorio de Lactancia, Violencia Familiar, Dermatología, Servicio Social, Psicología, etc.

Técnica

- ❖ Asegurar la provisión de calostro, leche intermedia y leche madura a los RN mediante la extracción, fraccionamiento, conservación y distribución, siguiendo las Normas y Procedimientos que aseguren su higiene.

Docentes e Investigación

- ❖ Organizar cursos relacionados con el funcionamiento del CLM.
- ❖ Participar en los cursos relacionados con la lactancia.
- ❖ Capacitar en forma permanente al personal del CLM.

Funciones dentro del área de lactancia materna turno nocturno A

- ❖ Colaboración en la estructura del manual de normas y procedimientos
- ❖ Supervisar el correcto cumplimiento de las Normas y Procedimientos en todas las actividades
- ❖ Elaborar el diagnóstico situacional de la clínica de lactancia materna

Debilidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> • No hay una dirección estratégica clara • Falta de algunas habilidades en técnicas de amamantamiento en el personal • Falta de capacitación constante al encargado del área para actualización y mejoras. • Falta de cursos al personal de salud sobre lactancia materna • Atraso en Investigación para mejorar el servicio • Falta de compromiso del personal de salud • Área no adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos fundamentales en lactancia materna • Habilidades en técnicas de amantamiento • Capacidad para la resolución de problemas sobre lactancia materna • Capacidad directiva • Flexibilidad organizativa • Proactividad en el servicio • Experiencia en el servicio
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo de superiores • Falta de apoyo de las compañeras para continuar con el programa • Cambios de servicio del responsable de la clínica • Aumento en la demanda de los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención oportuna a las pacientes • Capacitación adecuada al personal de salud • Posibilidad de mejorar el servicio • Deseos de mejora y ganas de trabajar

- ❖ Capacitación constante del personal clínico y no clínico sobre:
 - ✓ Iniciativa hospital amigo del niño y de la niña

10 Pasos para una lactancia exitosa:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
 - Tener una política de lactancia escrita, que rutinariamente sea puesta en conocimiento de todo el personal.
 - Se instruye que las mujeres VIH positivo reciban consejería en alimentación del lactante y guía para elegir la opción que convenga a sus intereses.
 - La norma debería incluir orientación respecto a la manera en que cada uno de los "Diez Pasos" y otros componentes deberían ser implementados.
 - La política/norma está disponible para que todo el personal que cuida a madres y bebés pueda revisarla.
 - Los resúmenes de la política/norma que incluyan los Diez Pasos, el Código y las Resoluciones de la AMS, que incluyan además consejería para las madres VIH positivo, están colocados en áreas visibles para el personal de salud del establecimiento que tenga bajo su cuidado a embarazadas, madres, lactantes y/o niños.
 - Estas áreas incluyen prenatal, pre parto y parto, salas y piezas de maternidad, todas las áreas de atención pediátrica, incluyendo áreas de observación (si hubieran), y cualquier otra unidad de cuidados especiales.
 - Los resúmenes están visibles en el idioma y escritos en palabra comprensibles para las madres y el personal.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
 - Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.

- El Jefe de la maternidad informa que todo el personal que tiene contacto con mujeres embarazadas, madre, y/o lactantes, ha recibido orientación en la política/norma de lactancia/alimentación del lactante.
 - La orientación que se brinda es suficiente.
 - Existe una copia disponible para revisión, de la currícula, o los contenidos mínimos de las sesiones de capacitación en la promoción y apoyo a la lactancia para los diferentes niveles de personal, así como un cronograma de entrenamiento para los nuevos empleados.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- Si el hospital tiene servicio de prenatal ya sea por consulta externa o internación.
 - Una descripción escrita del contenido mínimo de la educación prenatal en cuanto a información sobre lactancia materna y materiales impresos que se proporcionan a las mujeres embarazadas están disponibles.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
- Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento por lo menos por una hora.
 - Las madres con parto vaginal o cesárea sin anestesia general: colocar a su bebé en contacto piel a piel inmediatamente o hasta en los 5 minutos después del nacimiento, y que este contacto dure por lo menos una hora.
 - Ayudar a amamantar a los bebés durante la primera hora después del parto.
 - Las madres con cesáreas con anestesia general, los bebés fueron colocados en contacto piel a piel tan pronto como despertaron y estuvieron alertas.
 - Las madres con bebés en cuidados especiales tuvieron la oportunidad de sostener a sus recién nacidos en contacto piel a piel.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- Ofrecer ayuda con la lactancia dentro las 6 horas inmediatas al nacimiento.

- Ofrecer ayuda en posición y apego de sus bebés.
- Las madres describen una posición correcta.
- Información escrita y donde puede conseguir ayuda

Madres con bebés en cuidados especiales

- iniciar la bajada de leche, y para mantener la producción en las 6 horas del nacimiento de sus bebés.
 - mostrarles como extraerse la leche manualmente.
 - extraerse la leche 6 veces o más en 24 horas para mantener su producción.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- Los bebés nacidos en el último año han sido amamantados exclusivamente con leche materna hasta el alta.
 - No se distribuyan a las madres materiales que recomienden alimentación con sucedáneos, alimentación con horarios u otras prácticas inapropiadas.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
- Permitir a las madres y sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día, si no lo hacen, tener razones justificadas para que no permanezcan juntos.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
- Se les enseñó cómo reconocer cuándo sus bebés están hambrientos y pueden describir al menos dos señales para amamantar.
 - Se les aconsejó amamantar a sus bebés tan a menudo o por el tiempo que sus bebés quieran o algo similar.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificiales.
- Observar que no estén utilizando biberones ni chupones, y si lo hacen sus madres fueron informadas de los riesgos.
 - Los bebés dados de alta no fueron alimentados con biberón ni utilizaron chupones (ni pezoneras).

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

- Las madres reciben información sobre donde pueden conseguir ayuda para amamantar a sus bebés al retornar a sus hogares.
 - Alentar a las madres y sus bebés para que acudan pronto a su control postparto.
-
- ❖ Participar en la coordinación de las Reuniones Grupales con las madres de los RN internados en Neonatología.
 - ❖ Participar con los médicos del Servicio de Neonatología en la resolución de problemas que presente la madre.
 - ❖ Mantener una fluida comunicación con todos los Servicios del Hospital relacionados con la clínica de lactancia materna.
 - ❖ Informar a las madres los beneficios de la lactancia materna.
 - ❖ Enseñar a las madres las Normas de Higiene destacando la importancia de las mismas.
 - ❖ Enseñar a las madres en forma teórica y práctica las maniobras correctas para la extracción manual.
 - ❖ Instruir a las madres en la correcta técnica de amamantar, aconsejando sobre las ventajas de la lactancia materna y cuidado de los pechos.
 - ✓ Correcto agarre
 - ✓ Posiciones para amamantar
 - ✓ Signos de hambre
 - ❖ Preparar todo el material, lavar, empaquetar y enviar a esterilización central.
 - ❖ Colaborar para que el *CLM* sea un lugar confortable que ayude a las madres a relajarse.
 - ❖ Participar activamente de los cursos relacionados con la lactancia.
 - ❖ Elaborar el programa de actividades establecidas para el turno y por servicio.
(UNICEF, 2015)

Horario	Lunes	Miércoles	Viernes
20:00-21:00	Recepción de servicio		
21:00-22:00	2º piso	UCINES	2º piso
22:00-23:00	2º piso	Código amarillo	2º piso
23:00-24:00	Urgencias	Código amarillo	Urgencias
24:00-01:00	Código amarillo	2º piso	Código amarillo
01:00-02:00	Código amarillo	2º piso	Código amarillo
02:00-03:00	Toco cirugía	Urgencias	Toco cirugía
03:00-04:00	Toco cirugía	Toco cirugía	Toco cirugía
04:00-05:00	Quirófano	Toco cirugía	Quirófano
05:00-06:00	Quirófano	Quirófano	Quirófano
06:00-07:00	UCINES	Quirófano	UCINES
07:00-08:00	Entrega de guardia		

Estrategias de capacitación que se realizaron para poder lograr una certificación en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz.

Pasos de la lactancia materna que se consideran por servicio durante la capacitación al personal clínico y no clínico del hospital; empleando los 10 pasos de la estrategia mundial.

Servicio	Actividades implementadas considerando los 10 pasos
URGENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> Tener una política de lactancia escrita, que rutinariamente sea puesta en conocimiento de todo el personal. Tomar pruebas rápidas de VIH y dar seguimiento y orientación para evitar el contagio del producto Informar sobre los beneficios de la lactancia materna Informar los riesgos de dar sucedáneos Las madres reciben información sobre donde pueden conseguir ayuda para amamantar a sus bebés al retornar a sus hogares.
OCOCIRUGIA QUIRÓFANO	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento. Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento por lo menos por una hora Las madres con parto vaginal o cesárea sin anestesia general;

colocar a su bebé en contacto piel a piel inmediatamente o hasta en los 5 minutos después del nacimiento, y que este contacto dure por lo menos una hora.

- Las madres con cesáreas con anestesia general se coloca a los bebés en contacto piel a piel tan pronto como despiertan y están alertas.
- Las madres con bebés en cuidados especiales tienen la oportunidad de sostener a sus recién nacidos en contacto piel a piel antes de ser internados.
- Ayudar a amamantar a los bebés durante la primera media hora después del parto.
- Informar nuevamente los beneficios de la lactancia materna
- Importancia de colocar al seno materno al recién nacido.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- Ofrecer ayuda con la lactancia dentro las 6 horas inmediatas al nacimiento.
- Ofrecer ayuda en posición, agarre y succión correcta de los bebés.

CÓDIGO AMARILLO

- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- Ofrecer ayuda con la lactancia durante el tiempo de hospitalización
- Ofrecer ayuda en la posición, agarre y succión correcta de los bebés para que no abandonen la lactancia materna.
- Canalizar con personal capacitado de la clínica de lactancia materna

Madres con bebés en cuidados especiales

- iniciar la bajada de leche, y para mantener la producción en las 6 horas del nacimiento de sus bebés.
- Enseñar técnicas de extracción de leche manualmente.
- Realizar extracciones de leche mecánicas para evitar congestiones mamarias.
- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
- Permitir a las madres y sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día, si no lo hacen, tener razones justificadas para que no permanecer juntos.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
- Se les enseñó cómo reconocer cuándo sus bebés están hambrientos y pueden describir al menos dos señales para amamantar.
- Se les aconsejó amamantar a sus bebés tan a menudo o por el

2º PISO
ALOJAMIENTO
CONJUNTO

	<p>tiempo que sus bebés quieran o algo similar.</p> <ul style="list-style-type: none">• No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificiales.• Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.• Las madres reciben información sobre donde pueden conseguir ayuda para amamantar a sus bebés al retornar a sus hogares.• Alentar a las madres y sus bebés para que acudan pronto a su control postparto.
UCIN	<ul style="list-style-type: none">• No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificial.• Observar que no estén utilizando biberones ni chupones, y si lo hacen sus madres fueron informadas de los riesgos.• Los bebés dados de alta no fueron alimentados con biberón ni utilizaron chupones (ni pezoneras).

Personal que participo durante el proceso de certificación

- Comité de lactancia materna (médicos, enfermería, nutriólogos, psicólogos)
- Personal de enfermería (jefe de la clínica de lactancia , personal operativo en los diversos turnos)
- Personal del banco de leche

Logro de la certificación y cumplimiento de los objetivos

A mediados del 2014 el Hospital pasa por un proceso de certificación en lactancia materna por lo que todos los integrantes de Comité de Lactancia realizan las siguientes funciones.

Estas actividades se trabajaron en equipo para poder lograr cambios en el Hospital y así mismo una certificación.

Personal del comité de lactancia	<ul style="list-style-type: none">• Realiza cursos en temas relevantes a lactancia materna.• Colocan mamparas con periódicos murales, carteles, anuncios, en diversas partes del hospital, sobre los 10 pasos y los 3 anexos.• Realizan trípticos y dípticos para difundir la información.• Organizan capacitaciones generales en cada uno de los turnos• Instalan pantallas para proyectar temas relacionados a lactancia materna.
Jefe de lactancia materna	<ul style="list-style-type: none">• Acude a capacitaciones para la actualización en temas de lactancia.• Elabora manual de procedimientos de la clínica.• Solicitud de equipo y material para el consultorio.• Solicitud de cursos para actualización constante del personal encargado de la clínica en los diversos turnos.• Atención de la consulta externa en el turno matutino.
Personal encargado de la clínica en los diferentes turnos	<ul style="list-style-type: none">• Capacitación teórica-práctica del personal clínico y no clínico por servicio durante el turno.• Solución de problemas que presentan las mujeres durante su estancia.• Capacitación constante a todas las pacientes del hospital.• Capacitación para extracción manual y mecánica de leche.• Control de la toma que se dejan en banco de leche para abastecer el turno.• Vigilancia de que no se alimenten a los neonatos internados con biberones.• Supervisar que todo el personal brinde capacitación sobre lactancia materna en los diversos servicios.• Canalizar a las pacientes a la clínica de lactancia materna• Canalizar a las pacientes a psicología.

Resultados de las actividades

Cada una de estas intervenciones que se realizaron y se siguen llevando a cabo para beneficiar a las madres, recién nacidos y la sociedad en general, permitió que el hospital en el año 2014 lograra certificarse con una calificación de 9.96. Secundario a este proceso se consigue presupuesto para poder mejorar las instalaciones del hospital y sobretodo mejorar la atención al grupo de la población que se atiende.

Entre los beneficios de la certificación de hospitales destacan que:

- Su implementación evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- De igual forma, refuerza la imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que la organización trabaja con estándares de la más alta calidad.

Ventajas de la certificación en lactancia materna dentro del Hospital

- Disminuyen las enfermedades de madres y niños.
- Toda mujer que entra al Hospital está informada sobre lactancia y recibe capacitación en los diversos servicios por los que pasa.
- Existe mayor vínculo entre Madre e Hijo.
- Los recién nacidos son alimentados al seno materno y únicamente con leche materna.
- El personal está capacitado para ayudar a las mujeres en periodo de lactancia.
- Existe mayor donación de leche materna.
- Los recién nacidos no se alimentan con biberones.
- El hospital ahorra en la compra de sucedáneos.
- Los padres ahorran de igual forma en la compra de sucedáneos.
- La sociedad reconoce que el hospital brinda atención con altos niveles de calidad.

La clínica de lactancia materna es un servicio nuevo que se implementó para ayudar a las madres en periodos de lactancia y así mismo mejorar la atención que se le brinda.

Es importante que el personal de enfermería principalmente apoye a las madres en este proceso ya que de ello va a depender que el tiempo de la lactancia se prolongue más de los seis.

La capacitación y la información que se brinde serán vitales para que las madres se concienticen de la importancia de la lactancia materna.

Sostenibilidad de la estrategia mundial de la OMS hospital Amigo del Niño y de la niña

El programa de intervención educativo resultó satisfactorio, pues se logró elevar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna en el personal de salud y en las madres que ingresan al Hospital.

Desde que el Hospital certificó la clínica de lactancia atiende 15 a 20 consultas diarias de madres que acuden a capacitarse antes del parto.

Las enfermeras que se encuentran en los turnos vespertinos y nocturnos se encargan de resolver algunas complicaciones que presenten las madres o los recién nacidos que le impidan llevar a cabo la lactancia materna.

Así que la estrategia se aplica en todo el hospital desde el momento en que la madre ingresa hasta que egresa dando la recomendación de asistir a la clínica de lactancia materna si presenta algún problema al amamantar al recién nacido.

Experiencias o lecciones aprendidas

Los factores que han contribuido al logro de una certificación y al cumplimiento de la iniciativa mundial han sido:

- Capacidad del personal adscrito a la clínica para brindar la capacitación.
- Liderazgo del personal de enfermería de la clínica de lactancia materna para implementar las capacitaciones constantes al personal de salud y a las madres.
- Apoyo constante de las autoridades para el logro de los objetivos.
- Insistencia en la realización de cursos constantes de lactancia materna para actualización del personal del hospital.

Obstáculos posteriores a la certificación

A pesar de que se logró una certificación los obstáculos que se encontraron posterior para el seguimiento del programa son los siguientes:

- Falta de interés por la constante capacitación del personal.
- Negación a seguir brindando capacitación durante el tiempo que permanece la paciente en el servicio.
- Madres que se rehúsan aun con la información a dar seno materno.
- Falta de cultura de la donación de leche materna.
- Falta de capacitación desde un primer nivel de atención.
- Falta de personal en los diversos turnos para continuar con la capacitación constante.
- Falta de compromiso real en las capacitaciones.
- Negación del personal en reconocer los beneficios de la lactancia materna.

Recomendaciones para implementar la experiencia en otros contextos

Posterior a la certificación varios hospitales han solicitado el apoyo para implementar la iniciativa mundial en sus instituciones.

La jefe de la unidad ha sido solicitada en varias ocasiones para capacitar al personal de otras instituciones que pretenden una certificación. Así mismo nosotras como encargadas de la clínica en los diversos turnos hemos apoyado en estas capacitaciones.

La iniciativa pretende que se extienda este programa a todos los hospitales o clínicas en cualquier nivel de atención, que atiendan a madres para mejorar la salud de la población en general, por ello nosotros como personal certificado apoyamos este gran movimiento en beneficio de la sociedad.

Hay artículos que evalúan la eficacia de dos intervenciones de apoyo profesional a la lactancia materna frente a la intervención habitual para conseguir mayor duración de lactancia materna exclusiva o mixta.²

Existen varios artículos donde se hace hincapié en los beneficios de la lactancia materna y en la capacitación constante del personal de enfermería para que de esta forma el personal pueda guiar de manera correcta a las madres y prolongar esta práctica el mayor tiempo posible.

Algunos autores mencionan que del personal y la actitud que muestre el personal depende el éxito de las madres al brindar seno materno.

La Iniciativa de Hospitales y Centros de Salud Amigos de los Niños (IHAN) pretende mejorar la calidad de la atención prestada por los distintos centros sanitarios, ya sean hospitales o centros de Atención Primaria con el objetivo de mejorar la calidad de la interacción madre-padre y recién nacido, mejorando asimismo las tasas de lactancia materna (LM) y el bienestar general de las familias. La mayor parte de estas medidas requieren para su implantación unas actitudes favorables por parte de los profesionales, ya que no siempre precisan de medios o utillajes complejos, por lo que su puesta en marcha en hospitales y centros de salud es más una cuestión de motivación que de medios costosos. (Sánchez, et al., 2012)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la salud 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/world-breastfeeding-week/es/> Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JÁ. Apoyo profesional a la lactancia materna. *Pediatría Atención Primaria* 2014XVIe117. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366634305020>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

Ruiz de Villa Martínez Y, Medina Arango RdJ, Medina Alí FE, Guerrero Soler C. Estrategia educativa sobre lactancia materna. Policlínico "Joaquín de Agüero". Marzo 2007 a Marzo 2008. Ciencias Holguín 2011XVII1-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181522301012>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

Vega O. Centro de lactancia materna. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 20022134-42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221107>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund, 2015. Disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/unicefenmexico.html>

Sánchez-Ercea M, Traver Cabrera P, Sánchez-Ventura JG. Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna. Pediatría Atención Primaria 2012XIV107-113. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=366638737003>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. Archivo Médico de Camagüey 201014Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211114971009>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

Urquiza Aréstegui R. Lactancia materna exclusiva ¿Siempre? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 20142171-176. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323431582011>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Pinilla Gómez E, Orozco V. LC, Camargo F. FA, Alfonso H. EP, Peña V. ER, Villabona A. LN, Acevedo G. Y. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud 201143271-

279. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=343835703007>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Araya Cubero Z, Brenes Campos G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Enfermería Actual en Costa Rica* 2012 1-15. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=44824928008>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Forero Y, Rodríguez SM, Isaács MA, Hernández JA. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica* 201333554-563. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=84329152009>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Rodríguez Delgado CR, Prieto Herrera ME, Payan Morell M, Quesada Miranda MM. Intervención educativa sobre lactancia materna. *Archivo Médico de Camagüey* 201014Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211114981005>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Izzedin-Bouquet de Durán R, Pachajoa-Londoño A. Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. *Población y Salud en Mesoamérica* 201191-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44618728003>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Panadero Utrilla E, Escribano Ceruelo E, Duelos Marcos M. La maternidad perfecta. La lactancia materna y sus expectativas. *Pediatría Atención Primaria* 2010XII543-546. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638726015>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Borre Ortiz YM, Cortina Navarro C, González Ruíz G. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: ¿LA CONOCEN LAS MADRES REALMENTE?. *Revista CUIDARTE* 20145723-730. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181003>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

Villalobos Núñez B. Conocimiento que tiene el personal de salud del servicio de maternidad sobre lactancia materna exclusiva. *Enfermería Actual en Costa Rica* 2011 1-11. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821176006>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Escalona M, Varón M, Evies A, Sanmiguel F, Vargas Y, Guerra A. Efectos de un programa educativo en los conocimientos, creencias y práctica sobre lactancia materna. *Salus* 2011;16:18-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939531005>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

Herrera R, Waisman M, Castro M. Equipo de enfermería capacitado en lactancia materna: una herramienta para la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2005;24:23-25. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91201106>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015

Baño Piñero I, Canteras Jordana M, Carrillo García C, López Araez A, Martínez Roche ME. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutrición Hospitalaria* 2015;31:1525-1532. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238513010>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Pinzón-Villate GY, Eslava-Castañeda JC. Modalidades de evaluación de las iniciativas latinoamericanas promotoras de la práctica de la lactancia materna. *Revista de Salud Pública* 2012;14:1022-1032. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42229128013>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

Valenzuela Duarte AD, Soto Torres ME, García Pastoressa M, Herrera Pérez LR. Capacitación sobre lactancia materna a personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009;14:62-70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312308003>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.

EXPERIENCIAS EN EL ÁMBITO DE EDUCACIÓN CA "CLÍNICA MÉDICA"

Araceli Consuelo Hinojosa Juárez¹

Hinojosa-Juárez A.C.²

Oscar Ortíz Valle³

Karla Daniela Contreras Laguna⁴

RESUMEN

La primera experiencia fue la "Evaluación de la tutoría académica en la Facultad de Medicina de la UAEMex". En la experiencia docente se analizan los datos de reprobación académica de las cinco licenciaturas de la Facultad de Medicina y se obtienen los porcentajes de alumnos tutorados que reciclan materias, el número de materias que reciclan los alumnos tutorados, el número de tutores que presentan y no presentan tutorados que reciclan materias, cuantas materias reciclan por cada tutor, información de la que se propone se deriven los indicadores para evaluar el sistema de tutorías.

La segunda experiencia docente, fue asesoría del trabajo titulado "Uso de luz ultravioleta para reducir la adhesión de agentes patógenos al catéter de diálisis peritoneal". Considerando que la insuficiencia renal crónica es uno de los seis padecimientos de más alto costo que de acuerdo a datos del IMSS afecta en México a más de 9 millones de personas y, de ellos, 163 mil están en etapa terminal y cuyo único tratamiento es la sustitución de la función renal a través de la hemodiálisis (20%) o la diálisis peritoneal (80%) para poder mantenerlas con vida hasta que sean candidatas a

¹ Doctora en Ciencias con especialidad en Inmunoparasitología, Catedrático de la Universidad Autónoma del Estado de México araceli.hinojosa.juarez@gmail.com

² Profesor de tiempo completo de la Facultad de Medicina de la UAEMéx.

³ Alumno de Octavo Semestre de la Licenciatura de Bioingeniería Médica

⁴ Alumna del Octavo Semestre de la Licenciatura de Química

trasplante renal por lo que cada año 70 mil personas mueren por enfermedad renal crónica.

Palabras clave: Experiencias docentes, asesoría, luz UV

INTRODUCCIÓN

Entre los problemas más complejos y frecuentes que enfrenta las Instituciones de Educación Superior en México, son la reprobación, deserción y los bajos índices de eficiencia terminal, en todo este proceso destaca la permanencia en sus carreras y surge una posibilidad como alternativa para contribuir a disminuir los problemas antes referidos, la tutoría académica la que ha cobrado un peso relevante a través del seguimiento y acompañamiento de los estudiantes a lo largo de su trayectoria académica.

La diálisis peritoneal es un procedimiento que sustituye en parte la función de los riñones, y permite depurar tóxicos y electrolitos en pacientes con insuficiencia renal crónica y consiste en utilizar el peritoneo como membrana para la diálisis. A esta cavidad abdominal se introduce líquido especial como solución de diálisis peritoneal que, a través del peritoneo, llega a ponerse en contacto con la sangre del paciente. Para este propósito se crea un acceso peritoneal por medio de un catéter tipo Tenckhoff que se inserta en la cavidad abdominal y se fija a la pared exterior del abdomen. Durante la diálisis peritoneal con frecuencia se presenta la contaminación del catéter a causa de bacterias oportunistas que se encuentran normalmente en la piel del paciente, que logran atravesar las defensas del sujeto a través de la comunicación que existe del medio interno del individuo con el medio exterior por la presencia del catéter. El catéter cuando está contaminado con microorganismos tiene que ser remplazado por uno estéril para evitar complicaciones como la peritonitis provocando el aumento del costo que tiene la enfermedad a los servicios de salud.

La reducción del número de bacterias que se encuentran presentes en el catéter disminuye la probabilidad de que se presente una infección o retardando la aparición de ésta. Con empleo de luz ultravioleta (UV), una radiación electromagnética cuya longitud de onda se encuentra entre los 15 nm y 400 nm. La UV se divide en seis subtipos de rayos dependiendo de su longitud de onda, los más comunes son: UV-A entre 320 y 400 nm.

METODOLOGÍA DE LA PRIMERA EXPERIENCIA DOCENTE

Con la información de tutoría académica 2015, proporcionada amablemente por el área de tutoría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, se realizó un estudio descriptivo transversal.

Objetivo general

Determinar el número y porcentaje de alumnos tutorados de la Facultad de Medicina de la UAEMéx que reciclan unidades de aprendizaje, para evaluar la actividad de tutoría académica en esta Facultad.

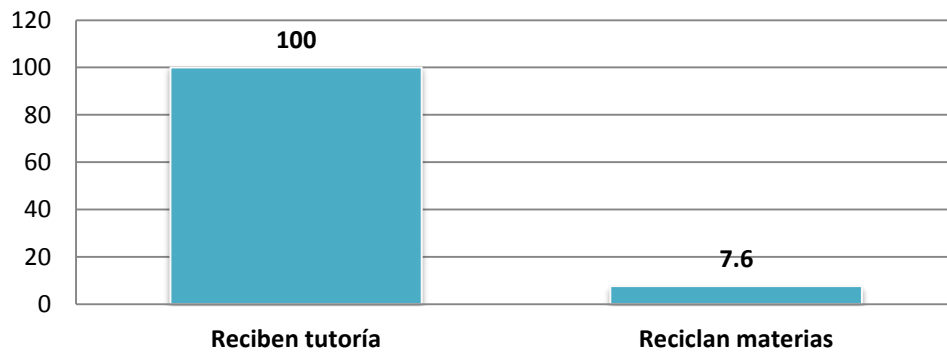
Objetivos secundarios

- Determinar el porcentaje de alumnos tutorados de cada licenciatura de la Facultad de Medicina de la UAEMéx., que reciclan varias unidades de aprendizaje.
- Determinar el número de alumnos tutorados de cada una de las cinco licenciaturas de la Facultad de Medicina de la UAEMéx., que reciclan una o más unidades de aprendizaje.
- Determinar el número de unidades de aprendizaje que reciclan los alumnos tutorados de las cinco licenciaturas de la Facultad de Medicina de la UAEMéx.
- Determinar el número de tutores de la Facultad de Medicina que cuentan con alumnos tutorados y el número de tutores que no cuentan con alumnos tutorados de la Facultad de Medicina de la UAEMéx.

RESULTADOS DE LA PRIMERA EXPERIENCIA ACADÉMICA

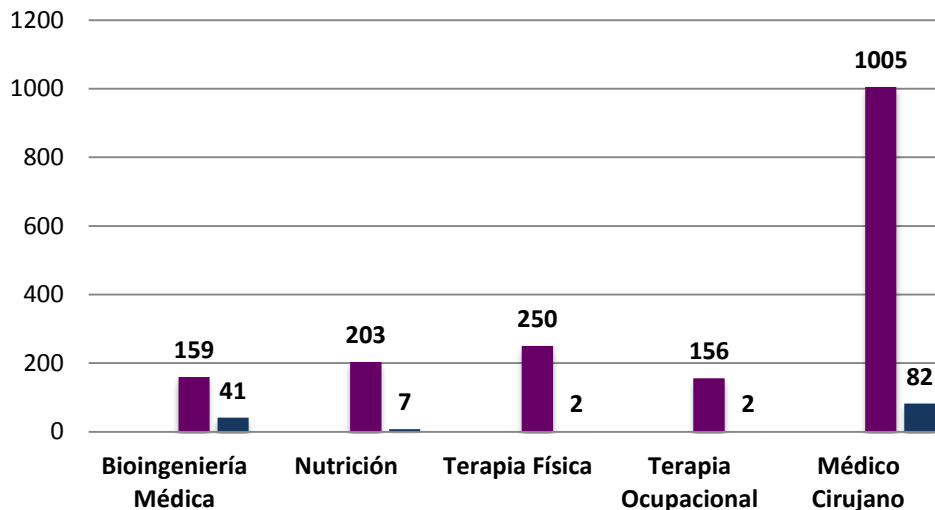
En la gráfica 1, se presenta el porcentaje de alumnos tutorados de la Facultad de Medicina de la UAEMéx., importante señalar que la facultad cuenta con una inscripción de 1773 alumnos de los cuales 134 reciclan una o más unidades de aprendizaje.

Gráfica 1. Porcentaje de alumnos tutorados que reciclan unidades de aprendizaje de la Facultad de Medicina



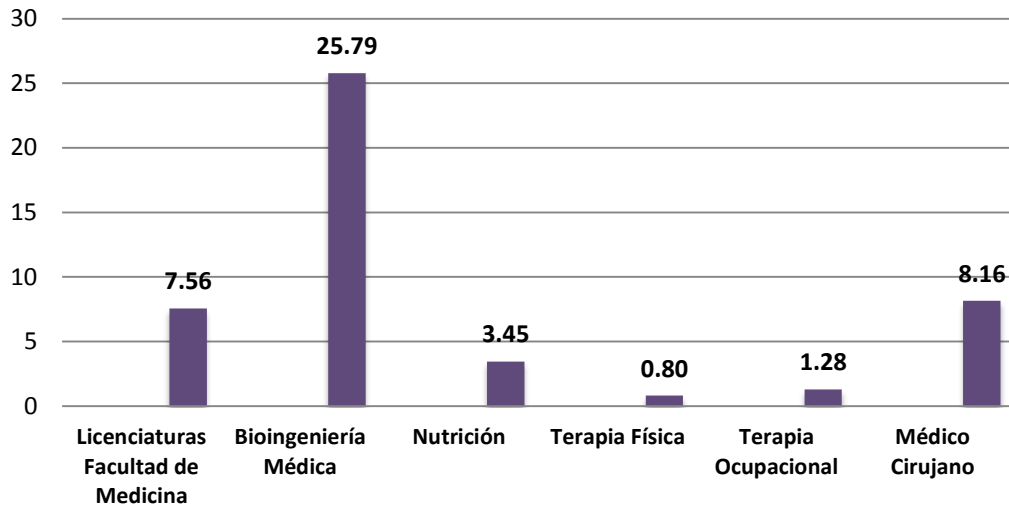
En la gráfica 2, se presenta la información de alumnos tutorados inscritos en cada una de las cinco licenciaturas de la Facultad de Medicina de la UAEMéx., que reciclan unidades de aprendizaje.

Gráfica 2. Número de alumnos tutorados de cada licenciatura de la Facultad de Medicina, que reciclan unidades de aprendizaje.



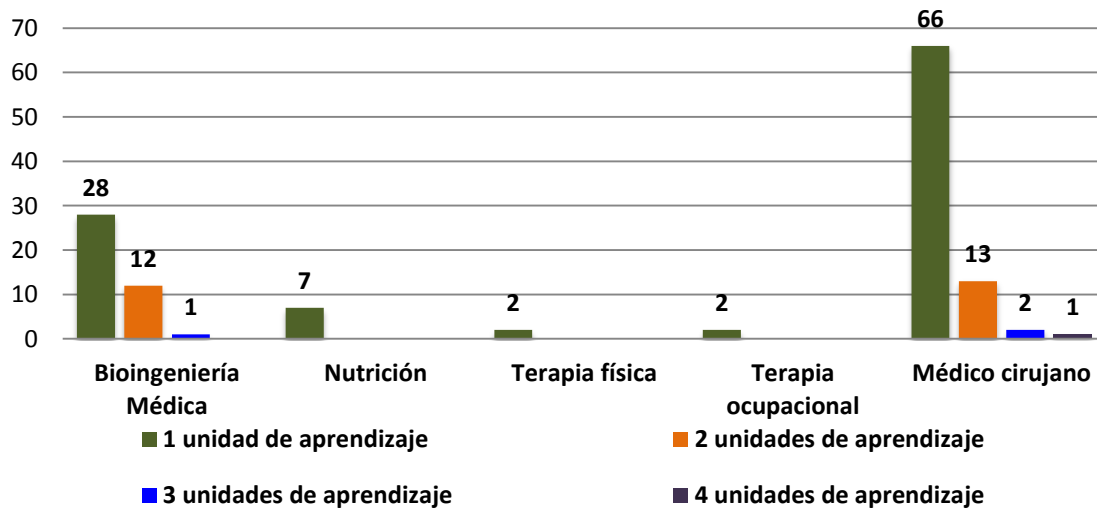
En la gráfica 3, dimensiona el porcentaje del total de alumnos de la Facultad de Medicina con el de porcentaje de cada una de las cinco licenciaturas.

Gráfica 3. Porcentaje de alumnos tutorados de cada una las licenciaturas de la Facultad de Medicina, que reciclan unidades de aprendizaje.

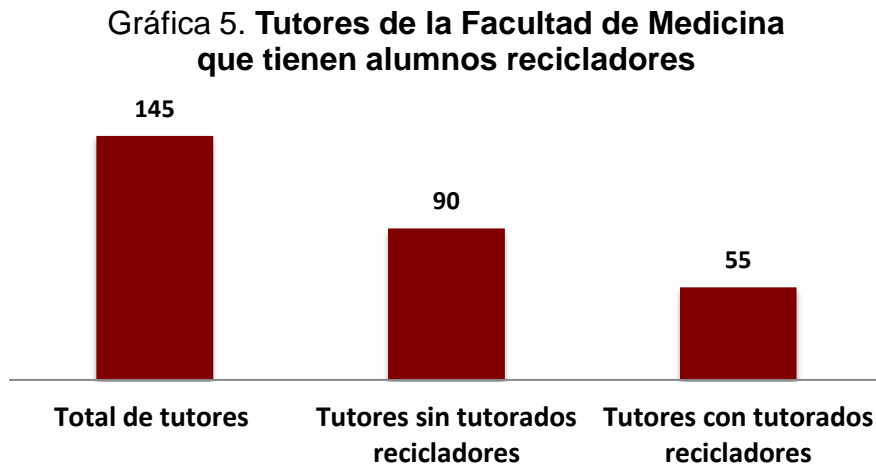


En la gráfica 4, se presenta el número de unidades de aprendizaje que reciclan los alumnos tutorados de las cinco licenciaturas de la Facultad de medicina de la UAEMex.

Gráfica 4. Número de unidades de aprendizaje que reciclan los alumnos tutorados de las cinco licenciaturas de la Facultad de Medicina



En la gráfica 5, se separa del total de tutores activos de la Facultad de Medicina, los que presentan alumnos recicladores de los que no los presentan.



CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Con los resultados obtenidos de este análisis, se propuso trabajar los indicadores de impacto de las actividades de tutoría, encontrando que el 62% de los tutores de la Facultad de Medicina no tiene ningún alumno que recicle unidades de aprendizaje, en la base de datos se detecta un solo tutor con 14 alumnos que reciclan unidades de aprendizaje y veinticuatro tutores con un alumno que presenta una unidad de aprendizaje reciclada. Se comparó el número total de alumnos de las cinco licenciaturas con el porcentaje de alumnos que reciclan unidades de aprendizaje encontrando que el mayor porcentaje de alumnos que reciclan unidades de aprendizaje se encuentra en la Licenciatura de Bioingeniería Médica y no en la Licenciatura de Medicina y considerar que hay alumnos que en la Licenciatura de Medicina que reciclan 3 y cuatro unidades de aprendizaje.

REFERENCIAS

González Ceballos y Romo, A. (2005). Detrás del acompañamiento. ¿Una nueva cultura docente? México: Universidad de Colima/ANUIES, pp.17-34.

Disponible en: www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/.../0731-F.pdf

Díaz Barriga, F., Lugo, E. (2003). "Desarrollo del currículum". En: Díaz Barriga, A. (coord.) La investigación curricular en México. La década de los noventa. México: COMIE. Disponible en:

www.comie.org.mx/doc/portal/publicaciones/ec2002/ec2002_v05.pdf

López Suarez A. (2008) Revista de Educación Superior Vol. XXXVII(2) No 146 Abril Junio p.p. 135-151. Disponible en:

www.publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista146_S5A1ES.pdf

Colección SIN Cuerpos Académicos. La tutoría Académica en Educación Superior. Disponible en http://www.cucs.udg.mx/revistas/Libro_tutorias_final.pdf.

Cruz Flores G., Chehaybar y Kury, Edith,& Abreu, Luis Felipe (2011). Tutoría en educación superior: una revisión analítica de la literatura. Revista de la educación superior, 40(157), 189-209.

Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=60420223009

RESULTADOS DE LA SEGUNDA EXPERIENCIA ACADÉMICA

Con la segunda experiencia se realizó un diseño experimental para demostrar la efectividad del empleo de la luz UV para desinfectar el catéter tipo Tenckhoff que se inserta en la cavidad abdominal.

OBJETIVO

Verificar la acción desinfectante de la luz UVc frente a un organismos adherido a una superficie inerte, siguiendo el método de Carrier, método validado por la Asociación Oficial de Químicos Analíticos (AOAC International por sus siglas en ingles), que se emplea para demostrar el porcentaje de reducción de UFC/mL (Unidades Formadoras de Colonias por mililitro), en la superficie del catéter tipo Tenckhoff.

RESULTADOS DE LA SEGUNDA EXPERIENCIA DOCENTE

En el proyecto se utiliza fibra óptica de plástico rasgada (Imagen 3) alimentada con una lámpara UVc. Imagen 1.



Imagen 1. Fibra óptica de plástico rasgada empleada durante la elaboración de este proyecto

Se trabaja por medio de pruebas controladas bajo condiciones estándar de laboratorio, antes de empezar con muestras obtenidas de pacientes. En las pruebas se empleó una cepa de referencia de *S. aureus* ATCC 6538.P (Imagen 2) para preparar 10 ml de una suspensión bacteriana con una turbidez McFarland No. 0.5 la cual estima una concentración de 1.5×10^8 UFC/mL, se ajustó la concentración ya que pretendemos, con 10 mL de *S. aureus* ATCC 6538.P, una turbidez McFarland No. 1 de 3×10^8 mL.



Imagen 2. McFarland No. 0.5 y cepa de *S. aureus* ATCC 6538.P, con la que se realizó la suspensión bacteriana.

En la prueba de efectividad del método de esterilización se utilizó 1.0 mL de suspensión bacteriana (imagen 5) que se colocó en una bolsa resellable junto con un corte de 10 cm de catéter de diálisis peritoneal estéril para impregnarlo con bacterias *S. aureus* ATCC 6538.P con la ayuda de movimientos oscilatorios (imagen 3).



Imagen 3. Inoculo de *S. aureus* ATCC 6538.P. en contacto con catéter estéril de diálisis peritoneal.

Se recuperaron las células microbianas trasladando el catéter a una nueva bolsa resellable y se agrega 1ml de solución salina al 0.9% para lograr un enjuague en la superficie interna y externa del catéter, se obtuvo una muestra de 1mL para sembrarla por estría cerrada y cruzada en una caja de Petri con agar sangre, esta muestra fue tomada como control positivo.

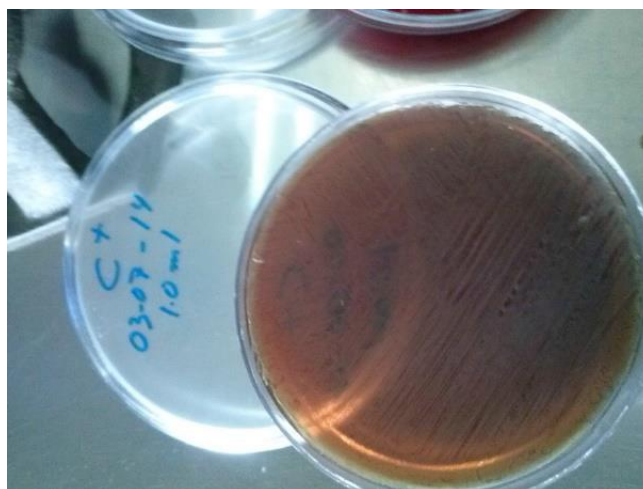


Imagen 4. Caja de Petri con agar sangre utilizada como "Control positivo" del crecimiento de *S. aureus* ATCC 6538.P donde el número de UFC es incontable.

Para medir la efectividad del prototipo a través el tiempo de exposición a la radiación UV-GI se generaron dos muestras más de catéteres contaminados (10 y 20 minutos respectivamente).

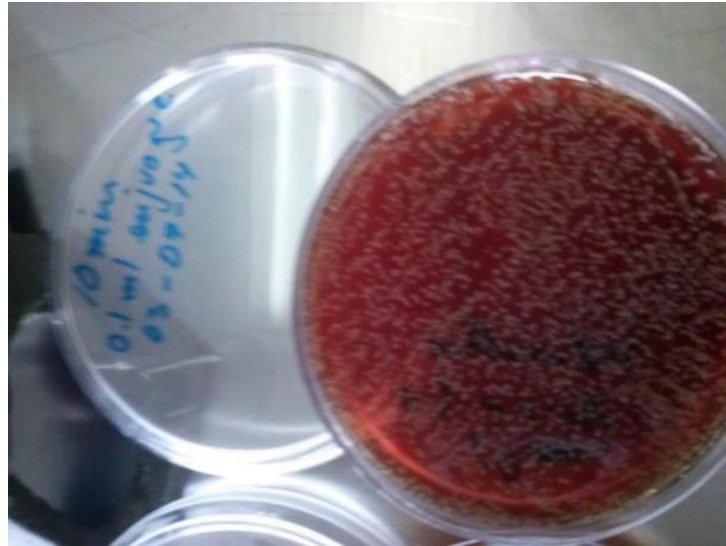


Imagen 5. Prueba de recuperación de *S. aureus* ATCC 6538.P en el catéter contaminado después de ser irradiado 10 minutos con luz UV.

Para que un producto pueda considerarse como desinfectante según las normas internacionales debe de tener un porcentaje de reducción de 99.999%. El cálculo de la reducción de UFC se realizó acorde a la metodología de reducción bacteriana para trabajar métodos de esterilización.

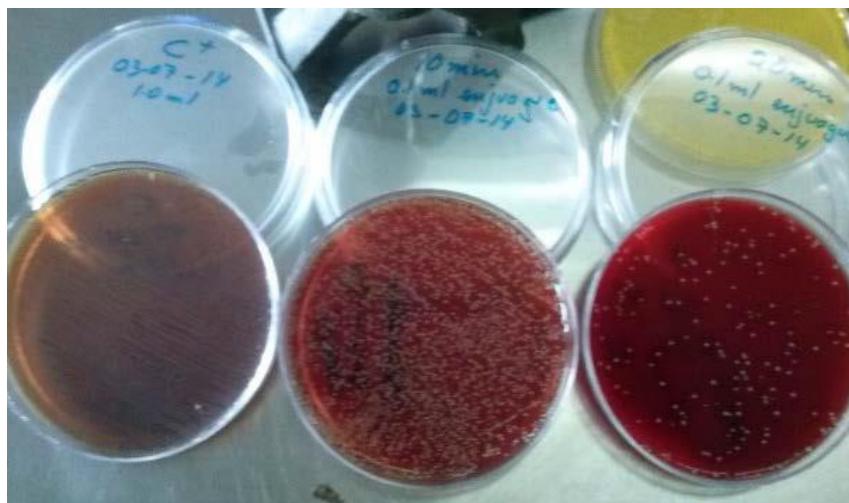


Imagen 6. Porcentaje de reducción bacteriana de 99.9984% que no es suficiente para ser considerado un desinfectante ni esterilizante.

Con la suspensión bacteriana anterior se realizó el sembrado de la segunda dilución tomando 0.1 mL colocándola en una caja de Petri con agar sangre por medio del mismo estriado.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En un corte de 10 cm de catéter utilizado para diálisis peritoneal expuesto a contacto directo con una suspensión bacteriana la cepa de *S. aureus* ATCC 6538.P y posteriormente radiado con luz UV durante 10, 20, 30 y 40 minutos se obtuvo un porcentaje de reducción bacteriana importante, incluso cercano a los 40 minutos para ser considerado como esterilizante, por lo que se puede concluir que la utilización del dispositivo propuesto retardaría la aparición e incluso la inexistencia de una infección del paciente que utiliza el catéter de diálisis peritoneal.

Trabajo que los alumnos Oscar Ortiz Valle y Karla Daniela Contreras Laguna, obtuvieron el Primer Lugar en la Categoría de Innovación Tecnológica del Concurso del Universitario Emprendedor de la Universidad Autónoma del Estado de México.

REFERENCIAS

- Arciola CR, Radin L, Alvergnà P, Cenni E, Pizzoferrato A. Heparin Surface treatment of poly (methylmethacrylate) alters adhesion of a *Staphylococcus aureus* strain: utility of bacterial fatty acid analysis. *Biomaterials* 1993; 14: 161–164.
- Bak. J. and Beyovic T. A prototype catheter designed for ultraviolet C disinfection. *Journal of Hospital Infection*, Technical University of Denmark. 10 May 2013.
- Bates, Regis J (2001). *Optical Switching and Networking Handbook*. New York: McGraw-Hill. p. 10.
- Bonawitz SC, Hammell JJ, Kirkpatrick JR. Prevention of central venous catheter sepsis: a prospective randomized trial. *Am Surg* 1991; 57: 618–23.

- Brickner W. Phillip et al. The Application of Ultraviolet Germicidal Irradiation to Control Transmission of Airborne Disease: Bioterrorism Countermeasure, Public Health Reports / March-April 2003/ Volume 118
- Cruz Martínez A. C. (2012). Afecta la enfermedad renal crónica a 9 millones de mexicanos, afirma ONG La jornada. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/08/05/sociedad/034n1soc> [Acceso 9 de agosto de 2014]
- Dhanwada KR et al. Differential effects of UV-B and UV-C components of solar radiation on MAP kinase signal transduction pathways in epidermal keratinocytes. Eppley Cancer Research Institute, University of Nebraska
- European patents No. 0 914 093, based on European application No. 97 905-534.0, Use of a solution comprising glucose for peritoneal dialysis having reduced formation of age products. 22 February 2010
- Forero Vargas R., Piedrahita Navarrete D. C. (2008). Análisis y evaluación de los procesos de limpieza manual de equipos de manufactura en una industria nutracéutica. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Javeriana.
- Jansen B, Peters G. Modern strategies in the prevention of polymer-associated infections. J Hosp Infect 1991; 19: 83–8.
- Kimura Hiroaki et al, UV light killing efficacy of fluorescent protein-expressing cancer cells in vitro and in vivo. Journal of Cellular Biochemistry Volume 110, Issue 6, pages 1439–1446, 15 August 2010
- Medical Center, Omaha, USA. Oncogene 1995, 11(10):1947-1953 Bates, Regis J (2001). Optical Switching and Networking Handbook. New York: McGraw-Hill. p. 10.
- Mermel LA. Preventive strategies for intravascular catheter related infections. In: Waldvogel FA, Bisno AL, eds. Infections associated with indwelling medical devices, 3rd edn. Washington DC: American Society for Microbiology, 2000: 407–25.
- Organización Mundial de la Salud (2005) Manual de Bioseguridad en el laboratorio. Tercera edición. Ginebra, Suiza.

Paredes J.C. Medicina Interna de México: Estudio bacteriológico del paciente con peritonitis debida a diálisis peritoneal continúa ambulatoria Volumen 22, Núm. 3, mayo-junio, 2006

IDENTIDAD COLECTIVA Y LA DISTINGIBILIDAD DE LOS SUJETOS EN LOS CONSEJOS TÉCNICOS ESCOLARES

Florentino Silva Becerra¹

RESUMEN

En la búsqueda de respuestas se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de interacción entre docentes y directivos que construyen y reconstruyen la cotidianeidad en el espacio del trabajo colegiado y qué significado le atribuye al trabajo colegiado?, lo que pretendió los siguientes objetivos: describir las interacciones en los Consejos Técnicos Escolares como una forma de operar el trabajo colegiado entre profesionales en una Escuela Secundaria Pública, así como identificar las concepciones que los profesores y directivos han construido como actores educativos miembros de la organización escolar respecto los Consejos Técnicos Escolares y con ello analizar los significados de los profesores y directivos de una escuela secundaria pública sobre los trabajos colegiados. Para ello se tiene como supuesto que: los profesores y directivos establecen una conjunción de ideas emanadas de la interacción colectiva en la búsqueda del establecimiento del poder, el cual impregna la visión de trabajo, derivando con ello los espacios micropolíticos a las tareas escolares.

Desde la perspectiva de la sociológica se considera al individuo como miembro de una institución, como el espacio que le da vida, en el que surge el poder formal e informal por en el que los individuos pertenecientes a un grupo, tienen como fin alcanzar sus metas en la organización.

Como principal hallazgo, se reconoce que en la escuela se produce una diversidad ideológica lo que genera la aparición del conflicto y con ello las coaliciones, el cabildeo y las alianzas que se manifiestan en los momentos de interacción en el que la

¹ Profesor investigador adscrito al Departamento de Estudios en Educación del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara. cienaga16m@hotmail.com

transacción de conocimientos, sentimientos, actitudes, discurso y de prácticas propias del contexto absorben al colegiado.

Palabras clave: Consejos técnicos escolares, identidad colectiva, micropolítica y habitus escolar

ABSTRAC

In search of answers posed the following research question: What are the characteristics of interaction between teachers and managers who construct and reconstruct the daily life in space of collegiate work and what gives meaning attributed to work ?, which claimed the following objectives: describe the interactions in the Technical School Boards as a way to operate a collegial working professionals in a public high school and identify the concepts that teachers and principals have built educational actors as members of the school organization on the Boards Technical School and thus analyze the meanings of teachers and directors of a secondary public school on the collegiate work. To do this you have as course: teachers and managers establish a conjunction of ideas emanating from the collective interaction in seeking the establishment of power, which permeates the vision of work, deriving thus micropolitical spaces homework. From the perspective of sociological considering the individual as a member of an institution, like space that gives life, in which the formal and informal power comes by in which individuals belonging to a group, are intended to achieve your goals in the organization. As main finding is recognized that in an ideological school diversity that creates the appearance of conflict and thus coalitions, lobbying and alliances that are manifested in moments of interaction occurs in the transaction of knowledge, feelings , attitudes, discourse and practices own context absorb the referee.

Keywords: technical school councils, collective identity, micro and school habitus

INTRODUCCIÓN

La organización de los Consejos Técnicos Escolares, se fundamenta en los lineamientos (SEP, 2013), a su vez éstos se traducen en normas que son asimiladas por el contexto, generando elementos que se suman a la construcción de las identidades colectivas de los docentes y directivos; se puede observar a los docentes, la llegada después de la hora de inicio, y durante el proceso del trabajo académico, salirse del aula, sin presión de los alumnos, permanecer solo sus horas en el desarrollo de los trabajos, sumarse a la participación en consenso, en la presión del mediador, los trabajos permiten sentir la resistencia negando el arribo de los compromisos que son la búsqueda del trabajo colegiado.

La incertidumbre permea el ambiente como consecuencia de la nueva Ley del Servicio Profesional Docente, ha generado una confrontación con la cultura construida durante años lo que ha generado su institucionalización y con la cual hoy se cabildea para incorporarla al habitus escolar. Los comentarios que erigen mitos sobre la evaluación docente, hacen que la inseguridad laboral generando sentimientos encontrados y la estancia cultural este por trasladarse a otros espacios.

El lenguajes de los directivos, tienen una tendencia reprochante, como si de esta forma se aprovechara el momento de inestabilidad cultural para mejorar las acciones docentes, las que se han confrontado ya en otras reuniones colegiadas, encontrar el punto de acuerdo se torna muy complejo, las acciones docentes impulsados por los directivos, parecen ir en la dirección correcta o al menos en la dirección ideal, en la que los docentes todavía no se encuentran convencidos, por lo que los planteamientos personales conlleva a aprovechar la situación para sacar provecho individual con la evaluación docente.

Como una reacción al estímulo, los docentes se muestran atentos a los acontecimientos de lo que en esta materia se vislumbra, comprendiendo el paradigma que ha generado ese momento, envuelto en algunos casos en descalificaciones al gremio magisterial. Es

común escuchar a los directivos destacar mensajes de la autoridad que engrandecen más a su deseo de transformación desde la visión individual y no colectiva.

En la búsqueda de las formas de organización del trabajo del Consejo Técnico Escolar, se localizaron nociones desde la concepción que los profesores y directivos comparten de trabajo colegiado, construido desde el espacio que ofrece el Consejo, sus formas de organización, sus construcciones colectivas y los objetivos que se persigue en el colegiado.

Fundamentos teóricos

En el espacio del Consejo Técnico Escolar (profesores y directivos) interaccionan en la construcción de una identidad social de pertenencia a un grupo, sea social y/o escolar. Su conocimiento de pertenecer a uno o varios grupos les activa la fuente de su identificación individual, intergrupala e interpersonal.

La pertenencia social de los miembros, se le observa niveles de identidad:

- a).- el de adscripción o de membresía, y
- b).- el de apropiación, interiorización o de consciencia del complejo simbólico cultural, que es el conocer y compartir los contenidos socioculturales aceptados por la institución (patrones de conducta, normas, valores, símbolos, prácticas colectivas y otros); además, implica que los miembros lo pueden “sentir”, experimentar en las relaciones e interacciones que mantienen entre sí y con los miembros de otro grupo. (Mercado, Maldonado y Hernández, 2010)

Erickson concibe a la identidad, como "un sentimiento de mismidad y continuidad que experimenta un individuo en cuanto tal (Erickson, 1977); lo que se traduce en la percepción que tiene el individuo de sí mismo y que surge cuando se pregunta ¿quién soy?

Entonces la identidad supone un ejercicio de autorreflexión, a través del cual el individuo pondera sus capacidades y potencialidades, tiene conciencia de lo que es como persona; sin embargo, como el individuo no está solo, sino que convive con otros, el autoconocimiento implica reconocerse como miembro de un grupo; lo cual, a su vez, le permite diferenciarse de los miembros de otros grupos. Esta socialización lleva a cabo la adquisición del conocimiento específico de "roles", los que están directa o indirectamente arraigados a la división del trabajo. (Berger, 2001)

Esta pluralidad de pertenencias sociales complica la construcción de la identidad colectiva, no sólo por la creciente complejidad de las relaciones sociales, sino que los sujetos tienen frente a sí un abanico de repertorios culturales; algunos de los cuales coinciden, otros se contradicen. Los agentes a través de los cuales se transmiten esos repertorios son también múltiples, por lo que el proceso de internalización se complica aún más (Giménez, 1996). Pero esos repertorios "ideacionales" no son permanentes y estables, ciertamente durante el proceso de socialización los sujetos van adquiriendo, a través de las instituciones, los repertorios de ideas mediante los cuales guían su comportamiento; pero no se trata de la programación automática de seres humanos idénticos, por el contrario, estamos hablando de sujetos con diferentes intenciones, aspiraciones y capacidades. Esto implica que en las prácticas colectivas con las cuales interactúan entre sí, aprenden nuevos comportamientos que pueden modificar sus ideas a partir de las interacciones en el Consejo Técnico Escolar.

La colaboración de los docentes permite crear una visión de trabajo, los compromisos son necesarios para la acción escolar entre los docentes y directivos, por lo que la integración de la concepción de trabajo colegiado, admite la necesidad de participación de todos los miembros, estas deben generar decisiones que permitan comprender la necesidad de los compromisos vitales para la acción. Desde este punto de vista se advierte ante todo la pertenencia a un grupo que implica compartir el complejo mundo Simbólico-cultural y reconceptualizarlo con todas aquellas interacciones que se presentan en el espacio del Consejo Técnico Escolar, es decir lo que se denominan "representaciones sociales", porque el pertenecer a un grupo es compartir estas

interacciones que se insertan en las representaciones sociales, ello implica, la hora de llegada de los profesores y directivos, la hora de salida, los comentarios de pasillo, los mitos, sus condiciones micropolíticas, su forma de trabajar con los alumnos y con los padres de familia, espacios generan la identidad del grupo de profesores y directivos, entonces la pertenencia social es un criterio básico de la “distingibilidad” del sujeto a través de ella los individuos se internalizan en forma idiosincrática e individualizada a las representaciones sociales propias de sus grupos de pertenencia o de diferencia. (Giménez 2005)

Dentro de la concepción de la entrevistada, se puede sentir que el trabajo colegiado de los profesores y directivos, se señala un espacio de intercambio creado desde las políticas públicas, para generar la interacción a partir del par de forma colaborativa, donde se busca la concreción de ideas para ser integradas a un plan de mejora, para realizar una ruta durante el ciclo escolar, seguida y evaluada por el propio colectivo escolar, porque aquí se encuentran sus propios compromisos.

El Consejo Técnico Escolar, encuadra una identidad colectiva, como elemento esencial de pertenencia a un grupo, la identidad social, porque al mismo tiempo que se siente parte de un grupo el individuo se diferencia de los miembros de otros grupos a los que no pertenece; por ello se dice que la fuente de identificación del individuo es el propio grupo, pero los otros juegan también un papel importante, ya que cuando experimenta que es diferente a los otros se reafirma la pertenencia al grupo. (Tajfel,1981)

En la conformación de la identidad colectiva, la identidad individual es nuclear para su construcción, ya que ésta se conforma a partir de definiciones individuales de las situaciones compartidas por los miembros del grupo, y hace referencia al sentido de pertenencia a un grupo (Johnston, Laraña y Gutsfield, 1994). La identidad individual es aquella que el individuo construye mediante la percepción del sí mismo para cimentar el sentido y límite de su acción (Weber, 1973). Dicha construcción está determinada por la manera que pensamos que nos perciben los otros, este juego de interacciones se

presentan en el seno de los docentes y directivos que integran el Consejo Técnico Escolar.

Destacar a la identidad de los docentes y directivos como un elemento de una teoría de la cultura, internalizada en el hábitus (Bourdieu, 1979) o como “representaciones sociales” (Abric, 1994), por los actores sociales, sean éstos individuales o colectivos.

De este modo, la identidad no sería más que el lado subjetivo de la cultura considerada bajo el ángulo de su función particular.

Partiendo de la idea de que los nuevos objetos de estudio son complejos de plantear, Lapierre (1984) sostiene que el tópico de la identidad ha sido impuesto inicialmente a la atención de los estudiosos en ciencias sociales por la emergencia de los movimientos sociales que han tomado por pretexto la identidad de un grupo (étnico, regional, etc.) o de una categoría social (movimientos feministas, por ejemplo) para cuestionar una relación de dominación o reivindicar una autonomía.

En efecto, la identidad se atribuye siempre en primera instancia a una unidad distinguible, cualquiera que ésta sea (una roca, un árbol, un individuo o un grupo social). La identidad es un predicado que tiene una función particular; por medio de él una cosa u objeto específico se distingue como tal de los demás de su misma especie”. (Habermas, 1987)

Tratándose de personas, en cambio, la posibilidad de distinguirse de los demás también tiene que ser reconocida por los demás en contextos de interacción y de comunicación, lo que requiere una “intersubjetividad lingüística” que moviliza tanto la primera persona (el hablante) como la segunda (el interpelado, el interlocutor) (Habermas, 1987). Dicho de otro modo, las personas no sólo están investidas de una identidad numérica, como las cosas, sino también de una identidad cualitativa que se forma, se mantiene y se manifiesta en y por los procesos de interacción y comunicación social (Habermas, 1987). Es decir, como individuo no solo soy distinto por definición de todos los demás

individuos, como una piedra o cualquier otra realidad individuada, sino que además, me distingo cualitativamente porque, por ejemplo, desempeño una serie de roles socialmente reconocidos (identidad de rol), porque pertenezco a determinados grupos que también me reconocen como miembro (identidad de pertenencia), o porque poseo una trayectoria o biografía incanjeable también conocida, reconocida e incluso apreciada por quienes dicen conocerme íntimamente.

Las forma de organización Colectiva del Consejo Técnico escolar, tiene como fin generar compromisos con los docentes en relación a la mejora escolar, siendo el cuerpo directivo quien planea el desarrollo de estos trabajos, dándole forma, mediante el diseño de los objetivos, que incluyen los compromisos docentes, así como los problemas que surgen en este espacio, como la de no evidenciar a nadie ya que esto provoca que el colegiado no se incluya en el desarrollo de los trabajos o no se identifique con la tarea.

La libertad que se manifiesta en la participación del colectivo escolar, expresa su sentir de manera individual, aunado a las interacciones de sus compañeros, esto permite planificar las reuniones por parte del cuerpo directivo.

En este contexto se hacen evidentes formas desajustadas de colaboración, según Hargreaves (1996, 2005) existe colaboración limitada cuando se reúnen los docentes y sólo se centran en áreas seguras para ellos y menos controvertidas evitando la colaboración directa en la práctica o la reflexión sistemática en común, esto se manifiesta en el trabajo docente en la implementación de las estrategias de enseñanza en el salón de clases al no evidenciarse su compromiso, por lo que se origina una colaboración simulada ya que se deja de lado los objetivos previstos Hargreaves (1996); por último sobresale la participación de uno de los docentes por su gran compromiso y responsabilidad en cada una de las tareas, considero que a este tipo de colaboración se le puede llamar colaboración natural así lo señala. (Antúnez, 1999)

Los objetivos centrales del cuerpo directivo es la de comprometer a los docentes, en las ideas de mejora que concibe el cuerpo directivo, que es quien tiene un visión más global del centro escolar ya que los docentes son más específicos al aula, es posible que estas diferencias generen resistencia a las propuestas de mejora del colectivo y esto de convierte en una confrontación de ideas entre ambos grupos.

Los objetivos comparten el logro y la obtención de un equilibrio entre los intereses, a veces contradictorios, de todos los colectivos que tienen un interés legítimo en la organización.

Todo ser humano, para la construcción de su dimensión individual y colectiva, busca el reconocimiento por parte del grupo. Ello, lleva aparejado el cumplimiento de determinadas expectativas del grupo. El riesgo de cumplir con las expectativas de los demás es que las mismas se encuentren en franca contradicción con los propios deseos o metas de desarrollo del individuo. Para empezar, se debe dejar en claro que la familia es la institución por excelencia de la comunidad gitana, desde donde se imponen los mecanismos de reconocimiento. Ellos se distinguen según estén dirigidos a los hombres o a las mujeres gitanas.

La cohesión es un proceso dinámico que se refleja en la tendencia de un grupo a mantenerse unido en la consecución de sus objetivos instrumentales y/o para la satisfacción de las necesidades afectivas de sus miembros (Carron et al, 2007). Cada miembro del equipo desarrolla una percepción sobre el equipo que está relacionada con el equipo como totalidad y la manera en que la asociación cumple las necesidades y objetivos personales; estas percepciones se configuran en cuatro categorías: integración grupal (percepción individual acerca de la cercanía, la similitud y la unión dentro del grupo como un todo), la atracción individual hacia el grupo (percepción individual sobre las motivaciones y sentimientos personales que atraen al individuo hacia el grupo), orientación a la tarea (orientación general hacia el logro de los objetivos del grupo) y orientación hacia lo social (orientación general hacia el desarrollo y

mantenimiento de relaciones y actividades sociales dentro del grupo). (Carron et al., 2007)

Las construcciones colectivas que el colegiado establece, están llenas de pretensiones individuales y éstas se disgregan en la implementación de los acuerdos, al respecto Restrepo (2010) enfatiza que los significados de la vida cotidiana, en general, son también los consensos y decisiones contractuales que legitiman el sentido normativo de la vida diaria, por lo que permite esclarecer el comportamiento de los profesores y directivos, ya que en el consenso existe una tendencia a la resistencia, a la búsqueda de la evasión de los acuerdos colectivos confrontados con los comportamientos individuales. La negociación para dar construcción colectiva aparece como imagen de esperanza y ésta se establece para dar cauce a la construcción colectiva que se nutre de los intereses del colectivo y la dinámica del pensamiento entre los sistemas de ideas que se embarcan a interpretarlo. (Restrepo, 2010)

Restrepo (2010) continua en cuanto a la construcción de significado en las acciones colectivas enfatizando que este se manifiesta como un juego de sentidos en la interacción de las subjetividades que tienen como común denominador las acciones que se despliegan en el mundo de la vida como escenario de los actos colectivos.

En primer término los conocimientos que comparten las personas mediante la acción intersubjetiva es el conjunto de interpretaciones de sentido común incorporadas por el sujeto y que le sirven para orientar aspectos de su experiencia cotidiana. En segundo término el mundo de la vida "lebenswelt"² es donde está la fuente de significado, escenario de la experiencia humana (Husserl), donde los sujetos interpretan, perciben, estructuran y dan sentido en su interlocución desde el mundo del nosotros.

Los campos de expresión que circulan por el mundo de la vida, dotados de significados por las acciones y los actos, contienen en esencia el carácter pre-dado del yo del otro que interpretamos con el fin de indicar nuestras acciones en el mundo.

² El mundo de la vida se convirtió en la palabra favorita de muchos científicos sociales después de la Segunda Guerra Mundial.

METODOLOGÍA

El presente trabajo aborda la etnografía como método de investigación, en el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, en este caso un colegiado de profesores o una escuela, describirla desde el punto de vista de las personas que en ella participan y aproximarse a una situación social.

Se ubica a nivel micro consiste en focalizar el trabajo de campo a través de la observación e interpretación del fenómeno en una sola institución social busca recuperar los hábitos de pensamiento acción colectiva.

RESULTADOS

El trabajo colegiado se concibe como un espacio de intercambio, pero también se acepta como es una decisión institucional y no como una decisión que nace de la necesidad de los docentes:

E: Yo pienso que el trabajo colegiado es una oportunidad obligada en cuanto a que son espacios donde se tiene que trabajar colaborativamente (hace señas de entre comillas) (Entrevista 21/06/2013).

La colaboración de los docentes permite crear proyectos de trabajo en el que los compromisos de trabajo son necesarios y vitales para la acción:

E: El trabajo colaborativo tiene que ser en función primeramente de un proyecto o plan escolar de ahí se desprende el plan estratégico de transformación escolar y precisamente el trabajo colegiado es para tratar asuntos que vengan a mejorar o vaya la redundancia que contribuya al plan de mejora (Entrevista 21/06/2013).

El trabajo colegiado acepta la participación de todos sus miembros desde las distintas materias que lo integran:

E.- El trabajo colaborativo que se realiza en las reuniones colegiadas es muy completo porque es interdisciplinario y sirve para unificar criterios en cuatro ámbitos que marca la gestión escolar que son el administrativo, el organizativo, transformación escolar y el de participación ciudadana (Entrevista 21/06/2013).

Se reconoce la necesidad de participación de los colectivos escolares, en las decisiones académicas de la escuela:

E: Por eso creo que son espacios muy importantes y que los temas que se ven ahí deben de ser muy cuidados para que cumpla con la función para lo que están diseñadas (Entrevista 21/06/2013).

La organización del trabajo colegiado inicia con la forma colegiada del cuerpo directivo, en el que se afina la finalidad de la reunión:

E: Primero el Director, la Subdirectora y los Coordinadores se reúnen para ver cuáles son la prioridades a tratar y con base en eso se elabora un orden del día se distribuyen los trabajos, la coordinación de los trabajos entre la misma gente que elaboró el orden del día y cada quien elige sus dinámicas o la forma en que va a tratar el tema (Entrevista 21/06/2013).

Para la implementación de la reunión colegiada el cuerpo directivo debe cuidar la comunicación, es decir no señalar a nadie, porque esto no permite la fluidez del trabajo y con esto no existirá la participación a favor del objetivo que se persigue:

E: Normalmente se cuida que la comunicación ¡m,m,m! en cuanto a las reformas educativas o novedades que haya en cuanto a la Secretaria de Educación sean vistas ahí y su vez también se ven los temas como parte del plan de mejora y también con la finalidad de unificar criterios (Entrevista 21/06/2013).

En el colegiado existe la libertad de integración de los profesores, según sea su interés, porque la finalidad es su participación:

E: Desgraciadamente hay maestros que se involucran nada más durante el espacio que deben de estar en la escuela y cuando se tienen que retirar se retiran y aunque se queden a medias en su interés, hay otros que si se involucran según sea el tema o el caso y que le dan toda la seriedad al trabajo que se realiza ahí (Entrevista 21/06/2013).

La organización del trabajo colegiado aborda variadas estrategias que son planeadas durante la reunión de directivos según se encuentre el ambiente de trabajo, con la intención de lograr el propósito que se ha propuesto los directivos escolares:

E: Como ya lo mencionaba depende de la dinámica que cada expositor elija pero a veces puede ser mediante lluvias de ideas, mediante trabajo en equipos y después una sesión plenaria, a veces se trabaja por academia o grupos interdisciplinarios, depende del caso (Entrevista 21/06/2013).

La organización del trabajo colegiado se organiza de forma abierta y con la libre participación de los integrantes del colectivo, manifestando sus diversos puntos de vista:

E: Yo pienso que como ya nos conocemos desde hace muchos años, pues a la hora de integrarnos en equipo cada quien emite su punto de vista y trata de escuchar al otro para sacar algún producto porque normalmente cuando se induce para trabajar en equipo en trabajo colaborativo se hace con base en preguntas y trabajo guiado y con base en esto cada quien emite su aportación (Entrevista 21/06/2013).

La diversidad genera puntos de vista diferentes que no reflejan el punto de vista de un grupo en particular, ya que éstas son generadas a partir de la confrontación de ideas y generándose en forma individual:

E: Si bueno las hay porque corresponden a una academia, pero no propiamente cerradas o políticas hay posiciones porque tienen diferente punto, de vista o su circunstancia es distinta a la del otro, pero no

propiamente porque sean grupales por cuestiones ajenas o negativas no creo (Entrevista 21/06/2013).

La participación individual se incluye al trabajo colectivo, respetando las diversas participaciones del colectivo:

E: Todos se integran pero no con la misma calidad, ni con la misma intensidad, es como todo cuando la gente le gusta dar calidad y tiene potencial, con ese potencial se integra, y los que tiene limitaciones se integran con sus limitaciones (Entrevista 21/06/2013).

Los compromisos para la mejora son el eje central por los que gira el trabajo colegiado en los que el colectivo debe tomar compromisos y responsabilizarse sobre ellos:

E: Depende porque en unas ocasiones los temas que se ven son informativos, cuando es trabajo de academia con actividades si incluso se distribuyen el trabajo o las comisiones y definitivamente si deben de adoptar compromisos y responsabilizarse de ellos (Entrevista 21/06/2013).

Los profesores se relacionan, se integran a través de la socialización que ofrece el espacio colegiado, enmarcado en la vivencia diaria que ofrece el espacio escolar:

E: Yo creo que si porque es un espacio que tiene para socializar, porque normalmente no tiene tiempo de convivir y yo pienso que es una necesidad humana muy natural porque somos seres sociales, se ven con agrado , interactúan y tratan puntos en común de situaciones laborales que ellos viven (Entrevista 21/06/2013).

La apertura de una reunión colegiada comienza con él los acuerdos del cuerpo directivo, que en colegiado convienen el objetivo que se persigue, elaborando el plan estratégico para ese momento:

E: Primero el Director, la Subdirectora y los Coordinadores se reúnen para ver cuáles son la prioridades a tratar y con base en eso se elabora un orden del día se distribuyen los trabajos, la coordinación de los trabajos

entre la misma gente que elaboró el orden del día y cada quien elige sus dinámicas o la forma en que va a tratar el tema y normalmente se cuida que la comunicación ¡m,m,m! en cuanto a las reformas educativas o novedades que haya en cuanto a la secretaria de educación sean vistas ahí y a su vez también se ven los temas como parte del plan de mejora y también con la finalidad de unificar criterios(Entrevista 21/06/2013).

El objetivo de la reunión provee los acontecimientos que se vierten en el contexto y el cuerpo directivo se prepara para ello:

E: Bueno para los maestros es una oportunidad para de expresar sus ideas porque les sirve como catarsis cualquier reunión que tengan porque ellos corresponda o no corresponda con el tema ellos sacan los que traen sus inquietudes, sus intereses, lo que les afecta o es el lugar donde ratifican lo que les agrada, en cuanto a su entorno escolar (Entrevista 21/06/2013).

El colectivo establece a través de las interacciones del colegiado su propia inserción en la dinámica de trabajo que ofrece el contexto y las formas de interaccionar en él:

E: En los aprendizajes, yo pienso que no, a través de todos, pero parcialmente yo pienso que sí (Entrevista 21/06/2013).

CONCLUSIONES

En la colectividad, la institución considera a sus miembros, quien le da vida al contexto, una multitud los dota de una alma colectiva que los hace ser parte de los subgrupos que los llevan a formar alianzas para las negociaciones, están constituidos de un alma que les hace sentir, pensar y obrar de una manera por completo distinta a la forma individual, ya que reunidos en grupo llegan a formar una masa, es condición necesaria que entre los individuos exista algo en común, para que un mismo interés los enlace a un mismo objeto, que experimenten los mismos sentimientos en presencia de una situación dada, que posean en cierta medida influir unos sobre otros.

Las ideología producto de las interacciones entre seres humanos, fortalecida por la cultura que emana del contexto, manifestándose en el actuar, pero también en su transformación a través de la reconstrucción de las actividades de los profesores y directivos, ya que el ser humano está integrado por los dos polos el parte divino y parte animal, o es parte finito y parte infinito, siempre existe la necesidad de encontrar soluciones nuevas por las contradicciones de su existencia, en la búsqueda de formas cada vez más elevadas de unidad con la naturaleza, con sus prójimos y consigo mismo, es la fuente de todas las fuerzas psíquicas que mueven al hombre, de todas sus pasiones efectos y ansiedades, el colegiado de profesores y directivos refirma su pertenencia de los miembros, fortificando su identidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric J. (1994). *Prácticas Sociales y Representaciones Sociales México*: México: Ediciones Coyoacán.
- Antúnez, S. (1999). *El trabajo en equipo de los profesores y profesoras: factor de calidad, necesidad y problema. El papel de los directivos escolares*. Universidad de Barcelona, España.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann (2001). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Bourdieu (1979). *La distinción*. Paris: Minuit.
- Carron, A.V., Widmeyer, W.N., & Brawley, L.R. (1985). The development of an instrument to assess cohesion in sport teams: The group environment questionnaire. *Journal of Sport Psychology*.
- Erickson, Erick (1977). La identidad psicosocial, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, tomo V, España: Aguilar
- Giménez, Gilberto (2005). *Teoría y análisis de la cultura. Problemas teóricos y metodológicos*, (tomos I y II). México, Conaculta–Icocult.
- Hargreaves, A. (1996). *Profesorado, cultura y postmodernidad (Cambian los tiempos, cambia el profesorado)*. Madrid: Morata.

Johnston, Laraña y Gutfield(1994).”*Identidades, ideologías y vida cotidiana en los nuevos movimientos sociales*”, en los movimientos sociales. De la ideología a la identidad, Laraña

Lapierre, J. W. (1984). “L’Identite collective, objet paradoxal: d’où nous vient-il?”, en *Recherches Sociologiques*, vol. XV, núm. 2/3.

Mercado y Hernández (2010).*El proceso de construcción de la identidad colectiva*, Convergencia vol.17 no.53 Toluca may./ago.vUniversidad Autónoma del Estado de México.

Portal, M. (1991). "*Diversas perspectivas en la construcción teórica de la identidad: una bibliografía básica*", en *Alteridades*, revista del Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, núm. 2.

Restrepo, Andrés (2010). *La construcción significativa de la acción colectiva*. Revista electrónica, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. U de A, No.4, Año 2 mayo - agosto.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.

"IMAGEN SOCIAL DE ENFERMERÍA POR EL PACIENTE HOSPITALIZADO"

José Luis Alejo Montaña

Miriam Gómez Ortega

Andrea Guadalupe Sánchez Arias

Bárbara Dimas Altamirano

Genoveva González González

RESUMEN

Objetivo analizar la imagen social de enfermería por el paciente hospitalizado.

Metodología: estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, la muestra de estudio fueron 20 pacientes hospitalizados en un hospital de segundo nivel en Toluca Estado de México durante el turno nocturno, utilizando un instrumento validado, se procesaron los datos mediante SPSS. **Resultados:** existe equidad de género en la atención al usuario. El 95% de pacientes se encuentra satisfecho con la atención sin distinción de género. En actividades de enfermería el 65% percibe que solo inyecta, toma signos vitales y curaciones, el 20% que ayuda a los enfermos interesándose por sus problemas, el 5% prevenir enfermedades y como ayudantes del médico, el 5% investigación, docencia, administrativas y asistenciales. El 70% prefiere ser atendido por un licenciado, el 25% por enfermeros generales y el 5% con estudios de maestría y posgrado. El 45% percibe a enfermería como persona de gran calidad humana que brinda atención al individuo, el 45% que es un profesional de salud que puede desarrollar sus conocimientos en las áreas administrativas, de docencia, investigación y asistenciales, el 10% que es una persona de mal carácter que inyecta, toma signos vitales, ayudante del médico. **Conclusión:** existe un cambio importante en la equidad de género de los profesionales en enfermería que brindan servicios de salud, sin embargo la estereotipación social ha llevado al no reconocimiento de la profesión, al desconocimiento de su nivel de estudios, a no darle importancia a las actividades realizadas a pesar de ser el pilar del hospital.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una ciencia y arte humanística dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes. (NOM-019-SSA3-2013)

Según la OMS, enfermería está integrado por atención a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (OMS, 2012:1). Dentro de las funciones de una enfermera en el cuidado de la salud se encuentran las administrativas: Que son actividades que realiza el personal de enfermería para gestionar los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario, y complementario acorde a sus competencias y experiencia, para otorgar los cuidados de enfermería y alcanzar los objetivos de la organización y de los prestadores de los servicios, las asistenciales que son actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles, relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso y de acuerdo al ámbito de competencia del personal de enfermería.

Así también las de investigación: Para aplicar el método científico en sus vertientes cuantitativas o cualitativas para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina, que permitan su aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo así, en las mejores prácticas del cuidado de enfermería para contribuir a garantizar la calidad en la atención y por último la función docente: Que son actividades que realiza el personal profesional de enfermería relacionadas a la educación para la salud, la educación continua y para la formación de recursos humanos para la salud. (NOM-019-SSA3-2013)

Por tanto enfermería es una profesión que ha existido, desde el inicio de la humanidad. El ser humano siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y por tanto, siempre ha requerido cuidar de los más desvalidos. Enfermería aparece así, unida y relacionada a la humanidad desde la antigüedad. Como una forma de esclarecer su nacimiento, evolución académica y aportes a los cuidados de la salud desde sus comienzos hasta el momento actual, enfermería requiere describir sus hallazgos y desenvolvimiento desde una mirada histórico descriptiva. (Arratia F., 2005:568)

Según la antropología, ciencia que estudia al hombre, la imagen social es una característica que describe la forma en la que se observa un grupo humano relacionado entre si desde otra perspectiva, mientras que en la sociología, se define al hombre como un fenómeno social que interpreta ante el entorno en el que habita un hecho social determinado, se comprende entonces que la imagen social es una reseña que aglomera las características que distinguen a una población determinada (Orozco D., 2012:1). En el área de enfermería este estereotipo ha sufrido cambios públicos durante mucho tiempo. Algunos estudios realizados sobre la imagen pública de las enfermeras tienden a mostrar que a pesar del avance profesional, el público continúa percibiéndolas a través de estereotipos y que éstos, han mejorado poco a lo largo del tiempo. Una de las causas atribuidas a la consolidación de una imagen enfermera que poco tiene que ver con la realidad actual es la estructura jerárquica entre el médico y la enfermera, que emanan de sus respectivos orígenes educacionales. Se debe tener en cuenta que la enfermería ha sido una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres y que se ha desarrollado tradicionalmente junto a médicos hombres, bajo su supervisión y siendo considerados como un colectivo de gran prestigio. De modo que la contribución de la profesión enfermera ha sido percibida como la prolongación del servicio que los médicos daban a la población. Además, no debemos olvidar que la enfermería ha sido estrechamente vinculada a un estereotipo sexual y que en los medios de comunicación se ha reforzado una imagen tradicional sobre la enfermería. Éstos son sólo algunos de

los condicionantes que han podido llevar a la población a tener una idea equivocada o incompleta de lo que es el quehacer de enfermería (Barrondo B., 2012:10)

Una de ellos es la estereotipación sexual, que abarca dos ámbitos, el primero tiene sus pilares en desigualdad de género; ya que todas las profesiones que han sido ejercidas en el pasado por el sexo masculino tienen más prestigio actualmente que las que han sido desempeñadas por mujeres. Por ejemplo ámbitos como la medicina, la economía, la política, las ciencias puras etc. estaban ocupados por hombres por lo tanto gozan de una mejor consideración social. Por el contrario la enseñanza y la enfermería, entre otras, estaban lideradas por mujeres y puesto que a lo largo de la historia se le ha considerado a la mujer inferior que al hombre esto también ha repercutido en las profesiones. Así como en la connotación sexual que se le ha dado a la enfermera. Los medios de comunicación han favorecido a la difusión de esta imagen. Este estereotipo ha restado profesionalidad, fundamentos científicos etc. (Sánchez C., 2011:24)

Para algunos, enfermería se considera una profesión sin ningún mérito académico y sin fundamento científico, por ser una carrera que forma auxiliares en enfermería, enfermeras generales y técnicos en enfermería, sin embargo es una carrera universitaria como otras tantas y al mismo nivel que estas, donde se forman licenciados, especialistas, maestros y doctores en enfermería. Las acciones y técnicas realizadas por el personal de enfermería están fundamentadas científicamente, sobre conocimientos anatómicos, fisiológicos, psicológicos entre muchos otros (Nava G., 2011:4)

La enfermería para su entendimiento profesional, ha dividido en categorías las funciones que desempeña en las siguientes:

Auxiliar de enfermería: Persona que obtuvo constancia que acredite la conclusión del curso de auxiliar de enfermería, de una duración mínima de un año expedido por alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional.

El técnico en enfermería: Es la persona que ha concluido sus estudios de tipo medio superior (técnico) en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente.

El profesional técnico de enfermería: Es la persona que obtuvo el título o un diploma de capacitación expedidos por alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Se incluyen en esta clasificación:

La Enfermera(o) general: Es la persona que obtuvo título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente.

La enfermera(o) especialista: Es la persona que, además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el diploma de especialización en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de especialización correspondiente a un área específica de competencia.

La enfermera(o) con maestría: Es la persona que, además de reunir los requisitos de licenciatura en enfermería, acredita el grado de maestría, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de maestría correspondiente y por último grado.

La enfermera(o) con doctorado: Que es aquella persona que, además de reunir los requisitos del grado de maestría, acredita el grado de doctorado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de doctorado correspondiente. (NOM-019-SSA3-2013)

Por tanto la imagen de enfermería continua plagada de estereotipos, como profesión parece seguir funcionando como una infraestructura transparente, como si estuviese al margen del sistema nacional de salud, transparencia que se halla magnificada por la ausencia de signos visibles que identifiquen a los miembros de esta profesión, tal como si las enfermeras y enfermeros no necesitaran que se visualice socialmente su imagen. Igualmente, otros autores también han puesto de manifiesto la invisibilidad de los enfermeros en la valoración global del servicio sanitario por usuarios del sistema público de salud, lo cual probablemente sea el reflejo del papel secundario o subsidiario que este colectivo de profesionales sanitarios ha tenido tradicionalmente para el imaginario colectivo o de una cierta invisibilidad social de los cuidados y la dificultad para cuantificarlos. (Calvo M., 2004:3)

La enfermería es parte integral del sistema de atención de salud, que abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de enfermos físicos, mentales e impedidos de todas las edades, en todos los sitios en los que brinda atención de salud y en otros servicios comunitarios por lo tanto enfermería es indispensable en el cuidado de salud del paciente en un área hospitalaria. (Torres J., 2007:3)

OBJETIVO. Analizar la imagen social de la enfermera por el paciente hospitalizado

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con un enfoque cuantitativo, en la población derechohabiente de un hospital de segundo nivel en Toluca Estado de México, en el servicio de medicina interna y hospitalización cirugía durante el turno nocturno, la muestra aleatoria fue de 40 pacientes que se encontraban hospitalizados, a los cuales se les aplicó una encuesta validado por calidad de la atención de salud; atención de enfermería, se incluyeron a los pacientes que habían permanecido como mínimo 3 días hospitalizados, firmando consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron pacientes que se encontraban inconscientes, somnolientos, que

tuviesen algún déficit para llevar a cabo el llenado de la encuesta, aquellos que declinaron ante la investigación, los que no firmaron el consentimiento informado y pacientes que contestaron de forma incompleta la encuesta.

La información se procesó en el programa SPSS versión 21 mediante la realización de una matriz de datos en el programa Microsoft Excel, creando gráficos e interpretándolos de acuerdo al análisis estadístico.

RESULTADOS

Los resultados se describen de acuerdo a cada ítem con su respectiva gráfica.

Se encontró que el 95% de los pacientes encuestados respeta la equidad de género, comprende que enfermería es una profesión ejercida meramente por mujeres, más sin embargo de acuerdo a los cambios que ha sufrido la sociedad acepta que deben ser ambos sexos quienes atiendan al usuario por diferentes opiniones y procedimientos. El 5% opina que debe ser completamente de mujeres, ninguno mostro que sea profesión de hombres ya que el estereotipo ha sido enmarcado al sexo femenino.

El 95% de los pacientes hospitalizados se sienten satisfechos por la atención brindada por el personal de enfermería, ya sea género femenino o masculino. El 5% que se encontró insatisfecho refirió que el personal de enfermería carecía de carisma, empatía, que el carácter y forma de dirigirse al paciente no era el adecuado.

Los pacientes desconocen las actividades que lleva acabo enfermería de acuerdo a las diferentes áreas de investigación, docencia, administrativas y asistenciales, el 65% de los pacientes encuestados refiere que el personal de enfermería solo inyecta, toma signos vitales y realiza curaciones, con 20% encontramos que ayuda a los enfermos interesándose por sus problemas, el 5% menciona que participa previniendo enfermedades en escuelas, industrias, familias y comunidades. 5% menciona que es ayudante del médico. Y por tanto el restante 5% reconoce que tiene campo de

aplicación en las áreas de investigación, docencia, administrativas y asistenciales. (Cuadro 1)

Los pacientes refieren que la atención debe ser brindada por enfermeras profesionales aunque desconocen los rangos jerárquicos de la enfermería, un 5% menciona que basta con un nivel de auxiliar, con 25% que deben ser enfermeras generales, con 60% que deben recibir atención por una licenciada en enfermería y con un 5% contar con un grado de maestría y doctorado.

La imagen social de enfermería que tiene el paciente hospitalizado se encontró que el 20% es una persona de mal carácter que inyecta, toma signos vitales, ayudante del médico, con 70% que es una persona de gran calidad humana que brinda atención al individuo sano o enfermo y el 10% opino que es un profesional de salud que puede desarrollar sus conocimientos en las áreas administrativas, de docencia, de investigación y asistenciales. (Cuadro 2)

El 100% de los pacientes refiere que no habría una atención adecuada si no hubiese enfermeras en un hospital, que habrían muchos errores por carga de trabajo, que enfermería es el pilar, la base de un centro hospitalario, que sus cuidados son indispensables para el paciente.

CONCLUSIONES

Se reconoce que enfermería es el pilar, la base de un centro hospitalario, y en el cuidado del paciente. Por ello la importancia de la formación profesional, de la preparación continua, de la evaluación y certificación en las diferentes actividades de enfermería.

Existe un cambio en la aceptación de ambos géneros por ejercer la profesión de enfermería, en la antigüedad solo eran hombres los que brindaban atención y cuidados a los enfermos, con el tiempo se le asignó el trabajo a mujeres que se les fue estigmatizando poco a poco, en la actualidad la equidad de género ha llevado a un

mejor desempeño profesional y a encontrar cada vez más a profesionales en enfermería en otras áreas de la salud.

La estereotipación social de enfermería ha llevado al no reconocimiento profesional, a ser tratados como simples ayudantes del médico. Sin embargo la delimitación de las funciones de los integrantes de la salud ha ido mejorando, permitiendo así que el paciente identifique las actividades propias de enfermería, que diversas instituciones promuevan el desarrollo profesional mediante diversas estrategias, con el fin de satisfacer la demanda de los usuarios.

Las actividades como investigación, docencia y administrativas son desconocidas por el paciente. Durante la última década enfermería a nivel nacional e internacional ha desarrollado, estudiado y aplicado diversos conocimientos sobre las áreas ya mencionadas, teniendo un mayor desarrollo en la investigación que permite mejorar los estándares de calidad en la atención al paciente.

Concluyendo que los pacientes se sienten satisfechos por la atención brindada por el personal de enfermería, desconociendo el nivel de profesionalización que este tiene.

Cuadro 1. Actividades importantes o inherentes al personal de Enfermería

Actividades realizadas por enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Inyectar, sv	13	65.0
Ayudar al paciente	4	20.0
Prevenir	1	5.0
ayudar medico	1	5.0
inves,doc,admi,asist	1	5.0
Total	20	100.0

Cuadro 2. Imagen social de Enfermería

Imagen social	Frecuencia	Porcentaje
Persona de mal carácter	4	20.0
Persona de calidad humana	14	70.0
Profesional	2	10.0
Total	20	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Arratia F., A. (2005). investigación y documentacion historica en enfermería. florianopolis. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf>
- Barrondo B., E., 2012, La imagen social de la enfermería. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272012000200009&script=sci_arttext
- Calvo M., 2004, Salud y medios de comunicación: donde las enfermeras no existen. Salud y Cuidados, Disponible en <http://macalvoc.wordpress.com/articulos-de-salud-y-cuidados>
- Domínguez A. Carmen, 2011 para una sociología de la profesión de enfermería en España. Disponible en: http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_008_06.pdf
- González C., Delgado H. B. 2001 "percepción de la imagen social de la enfermera en la población de Mty. Y su área metropolitana". Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imss_v/62.htm
- González Lázaro AI, Rodríguez Núñez AM, Iruretagoyena Franco L, 2011, "Lo que el paciente percibe cuando ve a la enfermera" disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lo-que-el-paciente-percibe-cuando-ve-a-la-enfermera/>
- Muñoz Ronda francisco, 2007, "Imagen de la enfermería en los medios de comunicación: reflejo de una realidad social." Disponible en dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2570055.pdf

Nava Galán, Moreno Lagos, 2011, Percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos del profesional de enfermería en el INNN disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112g.pdf>

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

Sánchez M. Cecilia, 2011 sociología de enfermería disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Sociologia_e_nfermeria.pdf

Santa Clotilde Jiménez, E; Casado del Olmo, M., Fernández Araque, AM., 2006, Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros. Biblioteca Las casas, Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0188.php>

Solano L. Ana Laura, 2012, La imagen social de la enfermería en Costa Rica y su construcción desde la autoimagen profesional. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/edit.pdf>

Torres Esperón Julia Maricela, 2007, Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu09404.htm

IMPACTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL MODULO DE ATENCIÓN UNIVERSITARIA ZUMPANGO, MÉXICO 2014

Claudia Rodríguez García¹

Nidia Guadalupe Hernández Yáñez²

Deysi Resendiz Mendoza³

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un problema de salud pública a nivel mundial. En la diabetes tipo 2, el organismo no produce suficiente insulina o las células ignoran la insulina. La insulina es necesaria para que el organismo pueda utilizar la glucosa. La glucosa es el combustible esencial para las células del organismo y la insulina transporta la glucosa en la sangre hacia las células.

El interés de conocer el impacto de la Actividad Física en los Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Módulo Universitario de Atención a la Salud Zumpango

2014, parte de la importancia que implica preocuparse hoy en día por la enfermedad, que, es un problema de salud a nivel mundial que se presenta en mayor proporción en los países en vías de desarrollo. En México se ha observado un aumento continuo del padecimiento desde hace más de 30 años.

Podemos decir que el ejercicio es uno de los pilares para el manejo efectivo de Diabetes Mellitus, este ejercicio debe ser aeróbico para incrementar la sensibilidad a la insulina y el consumo de glucosa muscular y hepática (Rubinstein, 2001 y American Diabetes Asociación 2000). Ahora bien, con el fin de obtener los mayores y mejores

¹ Licenciada en Enfermería, Maestra en Salud Pública, PTC definitivo adscrita al CU UAEM Zumpango, perfil PROMEP, integrante del cuerpo académico Salud de la comunidad. Clauskaren18

² Licenciada en Enfermería, estudiante de la Maestría en Ciencias de la Enfermería UPAEP, profesor de asignatura definitivo, personal adscrito al Hospital General Hueypoxtla ISEM.nidiayanez1309 CU UAEM Zumpango

³ Licenciada en Enfermería CU UAEM Zumpango

beneficios, además de evitar posibles riesgos en los pacientes, el ejercicio físico debe ser personalizado, programado y supervisado. (SSAO15-2000)

A la ejercitación activa debe agregarse un enfoque recreativo para hacerla más atractiva para los pacientes, de tal forma que además de coadyuvar a lograr niveles de glucosa aceptables (<120 mg/dl), mejore la salud física, social y mental del paciente, con la reducción de la presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, estrés psicológico, depresión, ansiedad, etcétera (García, 2010) previniendo la presencia temprana de complicaciones micro y macro vasculares.

El ejercicio es básico en la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2.

El ejercicio debe ser aeróbico para incrementar la sensibilidad a la insulina y el consumo de glucosa muscular y hepática de tal forma que se logre parámetros normales de glucosa, en sangre previniendo complicaciones propias de la enfermedad y de esta manera tener una mejor calidad de vida. (SSAO15-2000)

Al no realizar ninguna actividad física los pacientes están sometidos a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades homocinéticas, tales como enfermedades coronarias, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, diabetes y trastornos musculo esqueléticos.

La mejor defensa contra el desarrollo de enfermedades hipocinéticas es poner a trabajar a los músculos, los huesos, las articulaciones, el corazón, los pulmones y los órganos internos de un modo regular mediante un ejercicio físico. (ASCOFI, 2001)

Por lo que surge el interés de investigar

¿Cómo influye los niveles de glucemia, pre y post de la actividad física en los Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Módulo Universitario de Atención a la Salud Zumpango 2014.

Objetivo general

Aplicar el programa de actividad física expuesto por la OMS en el paciente diabético para identificar la variabilidad de la glucemia pre y pos actividad física.

Objetivos específicos

Identificar la alimentación en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Módulo Universitario de Atención a la Salud.

Comparar la glucemia pre y pos actividad física en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Módulo Universitario de Atención a la Salud.

HIPÓTESIS

La actividad física constante disminuirá los niveles de glucosa en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Módulo Universitario de Atención a la Salud.

METODOLOGÍA

Cuasi - Experimental, Prospectivo, descriptivo, comparativo.

Grupo: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Módulo Universitario de Atención a la Salud.

Universo: Módulo Universitario de Atención a la Salud, Zumpango.

Población: 15 pacientes.

Muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico; por conveniencia 15 pacientes

Tiempo: 2014.

Lugar: Módulo Universitario de Atención a la Salud.

Instrumentos de recolección de datos:

Se aplicó un cuestionario diseñado de acuerdo a la operacionalización de variables y el programa de Diabetes expuesto por la OMS.

Análisis estadístico

Los resultados de la investigación, se utilizó estadística descriptiva con la finalidad de realizar los cuadros y gráficas adecuados, a través de los programas SPSS versión 12 y Word.

RESULTADOS

Con relación al género el 80% es femenino y 20% es masculino, se aprecia que la mujer se ocupa más de su salud. El grupo de edad que predomina con un 53% es entre 61 a 70 años, el 20% es de 51 a 60 años, con el mismo porcentaje de 71 a 80 años, el 7% es de 80 a 90 años ante lo cual se establece que los pacientes que más concurren son adultos mayores. Referente al estado civil de los pacientes con el mayor porcentaje de 46% es viudo, 26% vive en unión libre, el 20% es soltero y sólo el 6% es casado, por lo que se determina que los pacientes sin pareja requieren mayor atención con la finalidad de convivir. Dentro de la ocupación que ejercen los pacientes, un 67% se dedica al hogar, 20% es empleado y el 13% es comerciante, al predominar la dedicación al hogar facilita que ellos puedan preparar sus propios alimentos. En cuanto a la escolaridad el 73% curso la primaria, 20% tiene la preparatoria y el 7% la universidad, esto refleja que la mayoría solo cuenta con la educación básica.

Para obtener el Índice de masa corporal fue necesario conocer el peso y talla donde se observa que el 33% está dentro de los valores normales, el 27% está en obesidad grado 1 y el 20% en sobre peso, y otro 20% en grado 2; por lo que se concluye que la mayor parte de los pacientes están con resistencia a la insulina lo que se desarrolla a causa de una dieta muy alta en grasa saturada, sedentarismo, un exceso de comida, factores socioculturales.

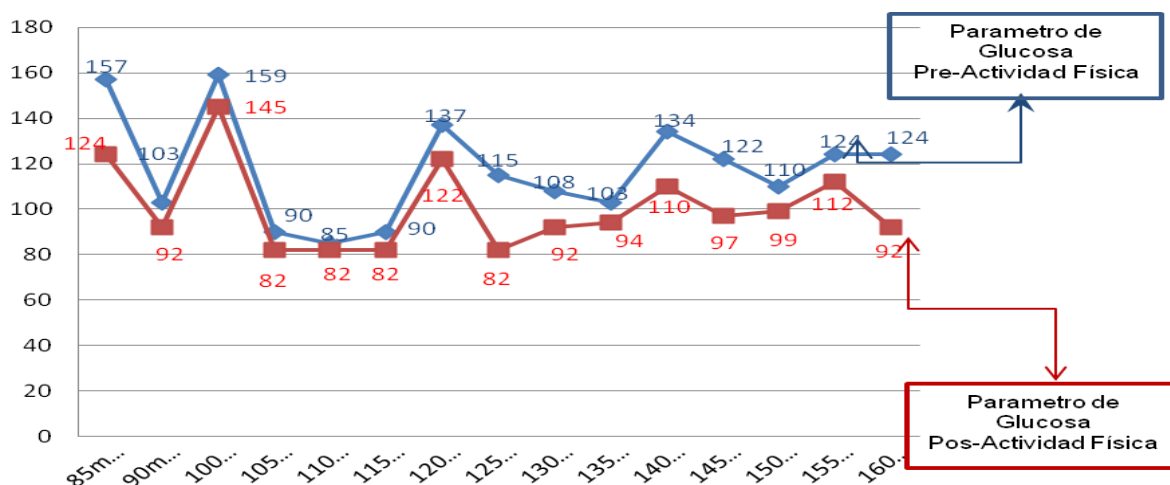
Con respecto al parámetro de glucosa antes de realizar actividad física tenemos que el 47% es de 111 mg/dl a 150 mg/dl, 40% está entre 70 mg/dl a 110 mg/dl y el 13 % está en los parámetros de 151 mg/dl a 191 mg/dl, en relación a esto se puede apreciar que los pacientes tienen aumentada la resistencia a la insulina y una disminución a la sensibilidad de la misma. Con respecto al parámetro de glucosa después de realizar actividad física, se obtuvieron los siguientes porcentajes, un 73% de 70 mg/dl a 110 mg/dl y un 27% está entre 111mg/dl a 150mg/dl, se aprecia que el ejercicio físico aeróbico en el control glucémico de estos pacientes, reduce la resistencia a la insulina y los niveles de insulina plasmática en sujetos hiperinsulinémicos, debido a un aumento en la sensibilidad a la insulina por el consumo de glucógeno muscular durante el ejercicio, al mejoramiento molecular en el sistema de transporte de glucosa dependiente de insulina y que por ende, incrementa el consumo de glucosa, de tal forma que mejora la tolerancia a la glucosa, disminuyendo sus niveles sanguíneos y los de hemoglobina glucosilada.

Para la realización de la actividad física un 60% prefiere hacerlo en forma grupal, el 33% lo realiza sólo y un 7% con amigos. La actitud del paciente posterior a la realización de activación física, un 93% fue positiva y el 7% no presento reacción alguna, por lo que se deduce que favorece en lo psicosocial la autoestima,

Al evaluar la frecuencia en el consumo de los alimentos, se obtuvo que con un 67% realiza tres comidas al día, 27% cinco comidas al día, un 6% seis comidas al día. Así mismo 53% no cumple con el horario establecido, y 27% sí, por lo que se determina que tienen ayuno prolongado y no dan importancia o ignoran que pueden tener un mayor riesgo a desarrollar complicaciones crónicas por estar expuestos a los efectos de hipoglucemia y tener un descontrol metabólico.

Con respecto a los datos obtenidos de los parámetros de glucosa pre y pos a la actividad física se observa una notable disminución de la glucosa sanguínea, después de realizar ejercicio; se concluye que es importante adoptar la actividad física como un hábito la vida cotidiana para prevenir enfermedades como, la Diabetes Mellitus, cerebro

vasculares, sobre peso, obesidad, enfermedades mentales y de esta forma mejorar su calidad de vida.



DISCUSIÓN

En la presente investigación el perfil sociodemográfico de la población fue similar al de otras comunidades estudiadas en el país: Predomina el género femenino, lo cual corrobora, el censo de población y vivienda en Zumpango 2012, esta enfermedad se presenta más mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geográfica).

La diabetes es un problema de salud pública a nivel mundial. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 refiere una prevalencia de 7.2% y la Encuesta Nacional de Salud 2000, una prevalencia de 10.8% 3, 4. Esta tendencia ascendente se manifiesta en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde la diabetes mellitus ocupa una de las tres primeras causas de muerte. En la diabetes tipo 2, En nuestro país, la mortalidad por diabetes mellitus (DM) ha tenido un comportamiento ascendente en los últimos años (American College of Sport Medicine, 1999), por lo que se ha desarrollado una estrategia, con la participación de todas las especialidades, para intervenir en la modificación de ese comportamiento.

El ejercicio físico es uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes, respecto a los parámetros de capacidad física, cabe señalar que de acuerdo con el Colegio Americano de Medicina Deportiva (American College of Sport Medicine, 1999), el ejercicio físico pretende desarrollar la capacidad aeróbica de los pacientes diabéticos.

El programa regular de ejercicio es fundamental para el control glucémico. Además se ha comprobado que el deporte es efectivo para prevenir este tipo de diabetes, especialmente en aquellas personas con un alto riesgo de padecerla:

En cuanto al ejercicio nuestros resultados concuerdan con lo reportado por Calderón, ya que los pacientes están de acuerdo en los beneficios del ejercicio físico, sin embargo no lo efectúan, ya sea porque no adquieren el hábito o por presencia de enfermedades concomitantes como osteoartrosis que les impide realizarlo. (Calderón, 2000)

Con respecto a los datos en este estudio obtenidos de los parámetros de glucosa pre y pos a la actividad física se observa una notable disminución de la glucosa sanguínea, después de realizar ejercicio; se concordando con diferentes investigaciones que es importante adoptar la actividad física como un hábito la vida cotidiana para prevenir enfermedades como, la Diabetes Mellitus, cerebro vasculares, sobre peso, obesidad, enfermedades mentales y de esta forma mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Acorde a los resultados de la presente investigación titulada “Impacto de la actividad Física en los Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que Acuden al Módulo Universitario de Atención a la Salud, Zumpango 2014”, se obtuvieron las siguientes conclusiones. En cuanto al género se estableció que predominan las mujeres, la edad se demostró que en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 que Acuden al Módulo Universitario de Atención a la Salud, se encuentran principalmente en la etapa del adulto mayor, resultado obtenido de múltiples factores en especial malos hábitos alimenticios desde la niñez.

Cabe mencionar que se ha iniciado un progreso de envejecimiento demográfico irreversible y profundo, por lo que la pirámide poblacional se invertirá y tendremos más adultos mayores y por consiguiente más enfermedades crónicas degenerativas. Respecto al estado civil, el mayor porcentaje se encuentra viudo; a esto podemos resaltar que en los pacientes requieren mayor cuidado, así como emplear una terapia integral para optimizar una calidad de vida y concluir a llevar una convivencia de pareja o grupal. Al dedicarse la mayoría al hogar tienen mayor tiempo disponible para dedicarse a su autocuidado en cuanto a su diabetes, así mismo a participar, acudir a campañas, reuniones, cursos e instituciones donde existan equipos de salud dedicados a esta problemática.

De acuerdo a su nivel académico, la mayoría cursa con primaria, esto muestra que adquirieron una educación básica por lo tanto no disponen con la suficiente información y conocimiento sobre su enfermedad. Al encontrarse en parámetros normales el índice de masa corporal deducimos que actualmente por la tecnología, factores psicosociales como el sedentarismo, son equivalentes a sufrir enfermedades cardiovasculares, por lo que es importante realizar actividad física. (NOM-086-SSA1-1994)

Con respecto a los datos obtenidos de los parámetros de glucosa pre y pos a la actividad física se observa una notable disminución de la glucosa sanguínea, después de realizar ejercicio; se concluye que es importante adoptar la actividad física como un hábito la vida cotidiana para prevenir enfermedades como, la Diabetes Mellitus, cerebro vasculares, sobre peso, obesidad, enfermedades mentales y de esta forma mejorar su calidad de vida.

Con relación al consumo de alimentos en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se percibe que tienen un desorden alimenticio al no consumir suficientes verduras y frutas, al no llevar un horario y al realizar sólo tres comidas al día insuficientes en cantidad y calidad.

De acuerdo a la hipótesis planteada “La actividad física constante disminuirá los niveles de glucosa en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Módulo Universitario de Atención a la Salud”. Se comprueba que es una hipótesis verdadera.

RECOMENDACIONES

- Diseñar un programa educativo de cuidados de Enfermería integrales dirigidos a las personas diabéticas y su familia, fomentando la autonomía y el autocuidado, por parte de los estudiantes de Enfermería en su práctica de salud pública y salud comunitaria.
- Estilos de vida saludable al paciente y su familia, a través de la Fomentar participación en las ferias y jornadas de salud por los alumnos de salud pública y Enfermería comunitaria.
- Planificar y llevar a cabo actividades de cooperación en la comunidad y fomentar la creación de redes sociales de apoyo (grupos de autoayuda, voluntariado).
- Elaborar un plan o programa de actividad física por parte de los estudiantes de Enfermería en su práctica de salud pública y salud comunitaria para motivar a los pacientes del módulo de atención a la salud, que irradie a la familia y comunidad para realizar ejercicio de acuerdo a su estado físico, para un mejor control glucémico.
- Promover y celebrar el Día Mundial de la Activación Física (6 de abril), el Día de la Alimentación (16 de octubre) y el Día Internacional de la Diabetes (14 de Noviembre) por parte de la Licenciatura de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- A Thomas, Manual de medicina deportiva. Barcelona, España: Paidotribo; 2001. p. 258-264.
- ALTER, M. Enciclopedia General del Ejercicio. Barcelona: Paidotribo. Tomo VII (2001).pág. 276-278
- Álvarez A. Educación para la Salud. Manual Moderno México (2005), pag, 168-170, 171, 172,174. 30,3456-3460
- American College of Sport Medicine. Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio físico. Barcelona, España: Paidotribo. s/f:251-264.
- Botargues M. Diabetes Mellitus. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E 2000 pag.260-280,
- Clark Prevención de las Complicaciones Microvasculares en la DiabetesTtipo 2. Ch. Cancún, México: Diabetes Care 200;(Supl) 5:4-7
- Flores Martínez S. Padilla Aguirre A.M."Influencia del conocimiento en el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo2". Rev. Desarrollo Científico de Enfermería. Edit. Corporativo en medios de comunicación septiembre; 14 (9): 357-361.
- García de Alba-García JE, Salcedo-Rocha AL Beliefs and behaviors for the self care of "diabetes mellitus type 2". Study of consensus and applied cultural consonance. The Society for Applied Anthropology.62th Meeting, Atlanta, Georgia, March 7, 2010.
- Guía rápida de autocuidado para personas con diabetes." Guía Rápida de Autocuidado". AADE7TM.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. <http://Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.>
- Plan Nacional de Salud. 2012-2018
http://cedduc.inmujers.gob.mx/documentos_download/201215.pdf.
<http://diabetes.niddk.nih.gov> National Diabetes Information Clearinghouse

[http://Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2010](http://Norma%20Oficial%20Mexicana%20NOM-043-SSA2-2010), Prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.

Rubinstein E, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editores Carrete P.1a edición, Buenos Aires: Panamericana, 2001: 1029-1051

Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana SSA015-2000.para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus México: SSa:2000.18-20

Sergio Islas Andrade et. al. DIABETES MELLITUS, Editorial Mc Graw Hill Interamericana Segunda Edición. 2008 Pág. 68 - 76

LA TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA DEL PROFESIONAL

María de los Ángeles Aída Terrazo Sánchez¹

Carolina Manrique Nava²

RESUMEN

Si la investigación es la búsqueda para obtener conocimientos nuevos, en enfermería se inició formalmente con Florencia Nightingale, quien determinó el camino que seguiría esta ciencia. En la actualidad, se tienen logros importantes al transcurrir de varios siglos de desarrollo; el objetivo de este trabajo es describir la trascendencia de la investigación de enfermería en la práctica del profesional. Se recuperó la voz de nueve enfermeras investigadoras adscritas a centros educativos de diferentes entidades federativas sobre su experiencia en su formación académica y en actividades investigativas, seleccionadas por sus artículos publicados en la Revista de *Desarrollo Científico en Enfermería* y por sus líneas de investigación; se les realizó una entrevista a profundidad. Encontrando que el trabajo realizado por las investigadoras ha logrado trascender en la consolidación de la enfermería, aunque también se presentan obstáculos. A través de la información analizada se obtuvieron las siguientes categorías de análisis: 1) La importancia de la investigación de enfermería, 2) Habilidades para el desarrollo de la investigación, 3) Metodologías empleadas para la investigación en enfermería, 4) La divulgación de la investigación, 5) Aportaciones al campo de la enfermería y 6) Enfermería dentro de la multidisciplinariedad. Se concluye que las actividades de investigación en enfermería promoverán la consolidación de dicha ciencia.

¹ Maestría en Ciencia en Metodología de la Ciencia. Docente e Investigativa en la ESEO-IPN. aida.tesa@hotmail.com

² Maestría en Ciencia en Metodología de la Ciencia. docente en la Universidad Latinoamericana (ULA) en el Doctorado de Humanidades. manrique_nava@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

En México, a partir de que la enfermería se ha declarado como ciencia, se ha promovido su profesionalización. Cárdenas (2005:146-147) refiere que para 1970 en México existían 38 955 enfermeras, de las que el 28% eran personal profesional y el 72% no profesional*. Para el año 2012, el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) tenía registrados 31,102 auxiliares de enfermería que correspondieron al 14% del total de dicho personal; como técnicos en enfermería 106,980 (49%), personal con pos-técnico 19 664 (9%); alicenciadas en enfermería y obstetricia 13,550 (6.2%), licenciadas en enfermería 40,448 (19%); con especialidad 3,670 (1.6%), personas con maestría 1,621 (0.8%), y con doctorado 67 (0.03%); lo que representa 14% de personal no profesional y 85.6% de profesionales. (Medina, 1994:72)

El análisis de esta información conlleva a la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la trascendencia de la investigación de enfermería en la práctica del profesional?

De acuerdo a la pregunta de investigación, se plantea como objetivo general es: Describir la trascendencia de la investigación de enfermería en la práctica del profesional a partir de su propia voz.

MÉTODO

A partir de las publicaciones seleccionadas de la *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* editada en el periodo de 2008 2012 se procedió a la identificación y ubicación de los autores de dichos trabajos para solicitarles y agendar una entrevista; seleccionando 9 enfermeras investigadoras de distintas universidades, quienes

* Las enfermeras profesionales son aquellas que tras terminar la secundaria o el bachillerato, estudian de tres a cinco años la carrera de enfermería, obteniendo el título de enfermera general o técnica o de licenciada de enfermería. El profesional no profesional o auxiliar de enfermería es aquel que puede contar con estudios de secundaria o no poseerlos y estudiar cursos cortos de enfermería, los cuales tienen una duración que fluctúa entre tres meses y un año.

respondieron a la pregunta central acerca de la percepción que tienen del quehacer investigativo de enfermería.

RESULTADOS

De las nueve enfermeras investigadoras: dos de ellas ostentan el grado de maestría; seis, el grado de doctorado y, una con posdoctorado. Las respuestas de las entrevistas se analizaron y clasificaron en las siguientes categorías: 1) La importancia en investigación de enfermería; 2) Habilidades para el desarrollo de la investigación; 3) Metodología empleada; 4) La divulgación de la investigación; 5) Aportaciones al campo de la enfermería y 6) Enfermería dentro de la multidisciplinariedad.

Escenario de investigación (actores)

Una vez que se eligieron y analizaron los artículos, se identificaron los autores de los mismos, se les ubicó dentro de su lugar de trabajo, se encontró que la mayoría realizaba actividades docentes e investigación; en el área administrativa, algunas ocupaban algún cargo administrativo, en varias entidades de la República Mexicana, en su mayoría eran mujeres con estudios de doctorado, una con pos doctorado y dos con maestría; además, anotaban sus direcciones electrónicas lo que fue el medio que permitió contactarles para solicitarles la entrevista; de 11 solicitadas respondieron nueve.

Después de realizadas las entrevistas a las nueve enfermeras se procedió al análisis y organización de la información obteniendo seis categorías que se enlistan y desarrollan a continuación:

1. La importancia de la investigación de enfermería
2. Habilidades para el desarrollo de la investigación
3. Metodologías empleadas
4. La divulgación de la investigación
5. Aportaciones al campo de la enfermería
6. Enfermería dentro de la multidisciplinariedad

1. La importancia de la investigación de enfermería.

Dado el reciente surgimiento de la profesionalización de la enfermería y la aparición de posgrados en el mismo campo las enfermeras coincidieron en que en el momento de cursar una maestría o doctorado no cumplían con los requisitos y perfil para el desarrollo de investigación, concuerdan en qué es importante realizar investigación en el campo de la enfermería porque falta trabajo de investigación, falta preparación y compromiso profesional, así como liderazgo en las instituciones para lograr cambios estructurales en la formación de los profesionales de enfermería, como lo refiere EQ,

... la investigación no se ha difundido completamente...se difunde pero en realidad poco se lee... sí quiero ver que esto se aplique en la práctica a veces, tendría que hacer modificaciones también en práctica... [En enfermería] ...no tenemos mucha toma de decisiones dentro de las Instituciones... que implica que en las Instituciones tenemos que hacerle una modificación y todo un trabajo para poder hacer una propuesta

[Formación de investigadores en enfermería] esta modificación por ejemplo de norma oficial... EQ (2 de junio de 2014: tr. p. 1)

Sin embargo, los profesionales de enfermería no han estado alejados del trabajo investigativo, como lo describe la EG quien en su formación inició como enfermería general con una influencia meramente médica que le llevó a desarrollar capacidades de toma de decisiones en la vida hospitalaria y que en retrospectiva reconoce que no ejercía la enfermería como tal y con respecto a su aprendizaje en la investigación aprendió haciéndola, EG dice:

...empecé a participar con el doctor G., que es uno de los grandes investigadores pediatras, y con el doctor J. G.... era un experiencia excelente... empecé a investigar a niños desnutridos... se ve un mundo bien diferente... desde un proceso investigativo... EG (10 de junio de 2014: tr. p. 7)

La entrevistada EM acentúa que es necesario investigar en enfermería dado que ya es considerada una ciencia y por lo tanto es una necesidad de las ciencia el realizar

investigación, así también, se tiene la necesidad de consolidar a la profesión a través de la generación de conocimientos propios en enfermería se tiene la obligación de investigar y aplicar el producto de dichas investigaciones.

La entrevistada EH coincide en los puntos señalados por la EM agregando que en enfermería es importante investigar porque se está al pendiente del cuidado de pacientes a quienes se les deben de mejorar sus circunstancias, esta búsqueda de conocimiento se debe basar en el método científico y es sólo a través de la investigación que se puede dar cuenta de la evidencia científica y de las acciones de enfermería, así también comenta que se puede hacer investigación desde un acto tan cotidiano como es el fijar una venoclisis, ver qué tipo de asepsia y antisepsia se puede aplicar, que tipo de solución o jabón se puede utilizar, como se tiene que aspirar a un paciente, en qué posición se le debe colocar; es decir, centrar la atención en el cuidado.

No es sino hasta el desarrollo de estudios de posgrados que se naturaliza el ejercicio investigativo; sin embargo, también se muestra que de forma inconsciente y sin reconocer que la labor investigativa se ha llevado de manera cotidiana generalmente en el ámbito institucional sin reconocimiento de la propia enfermería y de los otros profesionales de la salud.

Así también hay confluencia de ideas en que si el objeto de estudio de la ciencia de la enfermería es el cuidado, las investigaciones se deben centrar en todo lo que guarde relación con el mismo.

2. Habilidades para el desarrollo de la investigación.

La entrevistada EZ señala, que aprender a investigar se aprende haciendo investigación. La EN coincide en que se aprende haciendo, y que para el desarrollo de estas habilidades es necesario cursar un posgrado y prepararse en el campo de la metodología y pensar que se aprende a diario como lo dice también la entrevistada EH, la entrevistada EM recomienda que se debe centrar en el conocimiento del cuidado

desde la aplicación de teorías y modelos científicos; así también, que se debe salir de la zona de confort para tener más compromiso, lo que implica estudiar y tener iniciativa para generar conocimiento y que se puedan solucionar problemas con fundamento en teorías. La entrevistada ET menciona que además de ser una cuestión de desarrollo de habilidades es también de actitud, es decir, querer hacer más de lo que hacen los demás y además disfrutarlo aunque parezca difícil; la entrevistada EC sugiere impulsar las habilidades de investigación desde el pregrado promoviendo unidades de aprendizaje como seminarios de investigación, generar en los estudiantes la necesidades de búsqueda de información de calidad, promover el aprendizaje basado en problemas para que se analice, como se hace en la enfermería basada en evidencia en la que se problematiza, se busca información y se resuelve el problema, lo que generan las competencias. La entrevistada EQ coincide con las entrevistadas EZ, EN, EH, EM, ET, EC, y agrega que, además de las habilidades ya mencionadas se debe tener un interés por resolver problemas reales a investigar, y con conocimientos sistematizados para el uso de la metodología, así como incluir temas sobre determinantes de salud, y medio ambiente que también forman parte del paradigma de enfermería.

3. Metodologías empleadas

Cuando se les interrogó sobre los tipos de investigación y metodologías empleadas se encontró que la mayoría coinciden en la importancia del conocimiento de la metodología; sin embargo, aún persiste cierta dificultad para enseñar a investigar, como lo refiere la EZ quien apunta que:

...no hay metodología para transmitir la experiencia de investigar... [en el pregrado] los profesores no tienen claro que es investigar... [por lo que no hay] competitividad en el pregrado y posgrado ante otros profesionales [y por lo tanto] la profesión [no es] reconocida socialmente... EZ (20 de mayo de 2014: tr. p. 2)

La EZ también comenta que ella escribe con los principios de la investigación cualitativa, fenomenológica, y que el tipo de investigación lo determina el objeto de estudio, por otro lado su aportación es a través de la escritura de ensayos en donde

invita a hacer reflexiones de cómo se ejerce la profesión.

La entrevistada EM afirma que cuando cursó la maestría desarrolló investigación cualitativa y lo que más le impactó fue la riqueza de los datos que obtuvo, se quedó interesada en seguirla aplicando, pero se da cuenta que este tipo de investigación está estigmatizada y que su trabajo actual, como investigadora sólo es reconocido en la universidad donde labora si lo hace dentro de los cánones de la investigación cuantitativa, a pesar de trabajar en la línea de Promoción de la Salud que se presta a emplear la metodología cualitativa por lo que comenta que:

...un diagnóstico que se hizo identificamos que no estaban dominando todavía el método cuantitativo, la estadística, las interpretaciones, [entonces se optó por] guiar todos los proyectos para que se consolidara el esquema del paradigma positivista y pudieran hablar de tú por tú en otras disciplinas en cuanto a lo cuantitativo... se les dieron los argumentos en ese sentido que queremos que dominen primero lo positivista para que tengan las bases y ya después, entonces puedan entrar con más facilidad a lo cualitativo... EM (26 de mayo de 2014: tr. p. 2)

Y sigue afirmando que:

...no tienen comparación, no tienen punto de referencia, no tienen equivalencia porque cada uno [de los dos paradigmas metodológicos cualitativo y cuantitativo] tiene sus bondades, cada uno tiene sus fortalezas, cada uno tiene sus oportunidades, yo creo que cada uno tiene sus misiones y sus visiones, bien específicas...no podemos prescindir y menos en la enfermería uno del otro...cuando se están midiendo conductas, cuando se están midiendo aptitudes, actitudes, desde otra perspectiva, desde otro paradigma donde a lo mejor se comenta,... subjetivo es medir eso, eso que no se ven los sentimientos, los pensamientos, que no los vemos...que tenemos que meternos como investigadoras en enfermería, identificar ¿qué es lo que está pasando con la situación de salud y de enfermedad en nuestros pacientes y cómo ayudarles?...las dos yo creo que nos ayudan nos fortalecen... EM (26 de mayo de 2014: tr. p. 5)

Y en cuanto a la apertura, en el apoyo de realización de los dos paradigmas metodológicos la EM agrega:

...la política, no es decir no... se busca que haya una coherencia entre el planteamiento metodológico y los objetivos y los beneficios y lo que se quiere, o sea en la estructura del trabajo...se califica con parámetros específicos para cada uno de los modelos y se aprueban... EM (26 de mayo de 2014: tr. p. 6)

Concluye diciendo que:

...desde la metodología les digo, no le tengan miedo a la investigación...la investigación es para disfrutarse, es para vivirla y espero que la disfruten, así como yo la disfruto, pero lo trato desde el, pregrado... [ya] que necesitamos las herramientas metodológicas... el compromiso de nosotros es que vayan con las herramientas para hacer el protocolo, que sepa cada uno solito hacer un protocolo de investigación, pero también hace falta la otra parte, y que esas se están consolidando... EM (26 de mayo de 2014: tr. p. 8)

En cuanto al mismo tema del uso de las metodologías empleadas, la entrevistada EH aplica un enfoque cuantitativo, comenta que:

...cuando yo era licenciada carecía de todo un rigor metodológico y demás, porque la formación de licenciada no me daba para dar mucho [ahora queremos que] ... en una clase queremos que elaboren el instrumento... si no traes instrumento validado no toma el seminario... si nosotros que nos dedicamos para buscar un instrumento validado a veces si bien nos va lo encontramos y nos dice que trae 7 preguntas ó 17 planteadas con escala Likert y con un alfa de Cronbah de .70, pero no nos dan todo el instrumento, a veces se contacta uno con ellos pero no siempre nos mandan los instrumentos completos... y a los alumnos, ¿quiero que haga todo este proyecto y aparte qué elabore este instrumento y qué lo validen, y qué hagan todo el análisis?... nosotros hacemos hasta un seminario de investigación donde los alumnos presentan sus productos finales... EH (27 de mayo de 2014: tr. p. 8)

Después de lo planteado hace una reflexión sobre el grado de complejidad que representa elaborar una tesis y concluye:

...entonces yo en, inclusive... hasta lo veo muy ambicioso en la licenciatura... tenemos que analizar muy bien, ¿realmente en la licenciatura tiene que llegar a este nivel de complejidad de la elaboración de una tesis? a lo mejor una tesina, bien elaborada, con los elementos que yo quiero porque entonces en la maestría que vas a hacer y en el doctorado, ¿si maestría y doctorado son de investigación!... desde la licenciatura los queremos sacar como investigadores y hasta llegamos a la parte de la estadística y queremos que validen un instrumento, cuando les digo, para validar un instrumento y elaborarlo te lleva lo de la maestría completita, los dos años... EM (26 de mayo de 2014: tr. p. 9)

En cuanto a la metodología, la entrevistada EQ deja muestra del uso de multimétodos que se requieren para hacer investigación ella dice que en los estudios de posgrado fue formada para investigar de la siguiente manera:

...la primera parte fue cuantitativa, si hicimos un modelo predictivo, y la segunda fase era un acercamiento cualitativo y nos fuimos por representación social... EQ (2 de junio de 2014: tr. p. 3)

Para la publicación de trabajos originales la EQ refiere que cuando son enviados a las revistas se tiene mayor aceptación por los de tipo cuantitativo que cualitativos y al respecto refiere:

...investigación cuantitativa y/o cualitativa, no se identifica del todo el límite... [pero que] las revistas indexadas de mayor reconocimiento esporádicamente publican investigaciones de tipo cualitativo... EQ (2 de junio de 2014: tr. p. 5)

En la universidad que trabaja la EQ, a los alumnos se les forma en investigación realizando: trabajos de investigación organizada a lo largo de la carrera:

...primero trabajan lo cuantitativo y posteriormente lo cualitativo, terminando esto [las fases cuanti-cualitativa] la propuesta es hacer programas en intervenciones de tipo educativo, enfocadas al objetivo de los jóvenes a quien va dirigida la intervención, de forma interdisciplinaria a través de redes interinstitucionales... EQ (2 de junio de 2014: tr. p. 9)

La entrevistada EN desde su visión como miembro de comité revisor de revistas identifica que una de las debilidades en la formación de licenciatura es la enseñanza de la metodología de investigación ya que ésta se refleja cuando se envían trabajos para su publicación y no son aceptados en su primera evaluación:

...nos regresan trabajos, nosotros tratamos de ajustarlos a los principios metodológicos... nos critican fuertemente la metodología... EN (4 de junio de 2014: tr. p. 3)

En relación con la enseñanza de la metodología de la investigación la EN señala que en la universidad donde trabaja desarrollan un plan de enseñanza que inicia en estudios descriptivos para llegar a estudio de intervención donde van introduciendo al estudiante a ésta, por grados de complejidad en la investigación:

...tenemos un plan de desarrollo de cómo va nuestro proceso de investigación, empezamos con estudios meramente descriptivos... luego nos continuamos a explorar que tipos de variables están relacionadas con el fenómeno... tratamos de utilizar algunos modelos para poder explicar también el fenómeno... el último nivel es llevar a cabo estudios de intervención... EN (4 de junio de 2014: tr. p. 4)

En cuanto a la enseñanza de los métodos de investigación la EN considera que se debe emplear la investigación deben de ser cuanti-cualitativas lo que coincide con la EH es decir que ambas metodologías se complementen:

...los dos [metodología cuantitativa-cualitativa] son sumamente importantes, y se complementa uno a otro, no puedo decir que uno es mejor que el otro, creo que los dos son importantes... EN (4 de junio de 2014: tr. p. 5)

Así también, a partir de su experiencia la EN reconocer que en otros ámbitos no existe un dominio de la metodología de la investigación:

...los revisores [de comités editoriales] a veces como que les falta también preparación... también la decisión del comité editorial valdría la pena que se revisaran... les faltaba también [el dominio metodológico]... [Por lo que hay que

analizar]... que es lo que están haciendo las instituciones formadoras en cuanto a la investigación, como la están enseñando... EN (4 de junio de 2014: tr. p. 5)

Para el uso de las metodologías las entrevistadas EG, EC y la ET coinciden en cuanto a la importancia en la aplicación de la metodología cualitativa la primera de una forma empírica y para la EC y ET en el posgrado.

En el caso de la EG y EGC refieren que realizaron empíricamente investigación de tipo cualitativa y que como desconocían su proceso; la primera reconoce que los resultados los representó cuantitativamente, la segunda hizo investigación de tipo cualitativa ya que su producto fue la realización de un manual de organización. Y para la elaboración de los antecedentes de la universidad llevó a cabo entrevistas a los pioneros de dicha escuela.

La entrevistada ET afirma que en cuanto a la estructura de los cuidados la tendencia investigativa es de forma cualitativa, en su formación de doctorado tuvo la oportunidad de elegir cuál de las dos metodologías aplicaría en su trabajo de tesis inclinándose por la de tipo cuantitativa ya que era con la que fue formada en la maestría.

La entrevistada EC comentó que al cursar la maestría aprendió la metodología científica y, la investigación de tipo cualitativa cuando curso el doctorado con una metodología de relación de ayuda, bajo una filosofía humanística que centra a la persona como el receptor de los cuidados que necesita:

... una metodología pero al mismo tiempo como una filosofía en el sentido de que, como uno lo adopta como el trato que uno va a tener con los demás, esa metodología o la relación de ayuda... cómo puedo no direccionar, o sea no influir con el paciente, sino que tratarlo, ponerlo en el centro y a partir de ahí, pues... cuidarlo o apoyarlo y todo... es una forma de aplicar el humanismo en el cuidado de Enfermería... si situamos a Enfermería como una, disciplina social ¿verdad?, más social, pues entonces todos los fenómenos de estudios caerían más hacia la

investigación cualitativa que la cuantitativa... investigar sobre los que hacemos diario en la “práctica” o sea en el “cuidado” que aplicamos día a día... si nos fijamos los últimos 100 años de enfermería dio muchos saltos positivos, pero yo no sé cuántos ya nos estancamos ¿verdad?, y pareciera que la enfermería no avanza... en el sentido de su metodología de trabajo... ahora hay una sobre el cuidado... he tratado de implementar con mis alumnos de investigación cualitativa... una entrevista a los pacientes pues yo creo que ahí aprenden muchísimo más en el sentido de su práctica de enfermería... razonan en el sentido de las verdaderas necesidades de la persona. EC (18 de junio de 2014: tr. p. 6)

La EGC para lograr su grado de maestría y por el cargo que ocupaba dentro de una instancia certificadora de escuelas de enfermería se involucra en un trabajo complejo metodológicamente hablando, en principio desarrolló el estado del arte de la situación que guardaban las escuelas de enfermería de diferentes países del mundo y luego, diseñó un instrumento que le permitiera evaluar los programas de las escuelas de enfermería en México para otorgar o no la certificación, además de un estudio prospectivo a 20 años de la educación y práctica de la enfermería; lo que muestra que el uso de un sólo método de investigación para algunos problemas no es el método científico, sino se deben usar varios métodos:

... me fui titulando con un instrumento de acreditación de programas,...y empezamos a hacer un documento que se llamó “La prospectiva de la educación y práctica de la enfermería”, y ese análisis, lo hicimos a través de una metodología que se llamó metodología de análisis prospectivo... y el análisis de 20 años... con la técnica de escenarios... imagen-objetivo... [Por lo cual se realizó una] convocatoria de todo el país... y llegaron 32 directoras de enfermería... con base en esas gentes y la metodología que les planteamos empezamos a escribir lo que es la imagen-objetivo de la enfermería a 20 años y lo hicimos en las funciones sustantivas de docencia, investigación y extensión... EGC (10 de junio de 2014: tr. p. p. 3, 4, 6 y 10)

Las nueve entrevistadas dejan ver su propia experiencia, en la aplicación de metodologías en la investigación desde el pregrado y hasta llegar al doctorado,

también las que ellas mismas aplicaron en su formación y en algunos casos de haberla hecho en forma empírica. Así mismo, dejan ver que desde esta misma experiencia llevan a cabo propuestas que ellas mismas se plantean para mejorar las metodologías en cuanto a saber aplicarlas, y enseñarlas con la única finalidad de mejorar la práctica de la investigación como parte de la generación de conocimiento nuevo en el presente y futuro de la enfermería.

4. La divulgación de la investigación en enfermería.

En referencia a las categorías anteriores se puede apreciar que una parte del quehacer investigativo se subsume en las acciones de enfermería y la parte explícita del propio quehacer se desarrolla durante los estudios de posgrado; información que se recaba precisamente por el objetivo de este trabajo.

El desarrollo de la divulgación de trabajos originales de enfermería en México se ha limitado a las publicaciones, dicha situación lleva a indagar en las entrevistadas las fortalezas y debilidades a las que se han enfrentado para la divulgación de sus trabajos de investigación.

La EC se enfocó a realizar investigación a partir de su ingreso al doctorado en España y se reincorpora a su facultad de tiempo completo como líder de un cuerpo académico, refiere:

...para divulgar mi trabajo no he tenido dificultades... todos los artículos que he enviado me los han recibido, yo no he hecho nada solo si no que la mayoría los he hecho con mis compañeras de doctorado... uno se tiene que dar sus oportunidades para publicar, pero aunque estamos tan involucradas en tantas actividades... me doy el tiempo para generar más producción... primeramente considero que las revista de enfermería son escasas, y más las que tiene factor de impacto, ya sabemos que para aspirar al SNI tenemos que publicar en revistas con factor de impacto, entonces creo que ahí es lo difícil... aunque hay otras revistas que también son excelentes, muy buenas pero que desafortunadamente no tienen un factor de impacto... también es muy, muy tardado publicar en una revista de factor de impacto... creo para mi ahorita el mayor obstáculo para tener publicaciones ha sido que estoy involucrada

en muchas actividades. EC (18 de junio de 2014: tr. p. 7)

Con respecto al impacto que han tenido sus publicaciones considera que hay gente que consume sus artículos pues recibe correos electrónicos de personas que leen sus publicaciones y que le indican que comparten sus ideas así también cuando revisa otras publicaciones se da cuenta que la citan en las referencias.

La EGC durante su formación como licenciada en enfermería y dentro de su proceso de titulación elaboró un manual de organización y funcionamiento de la facultad de la escuela de enfermería, mismo que llevó a cabo a través de entrevistas con personas que fueron fundadoras de la escuela. Un manual que detallaba los antecedentes de la escuela, las actividades del personal, los programas, el perfil de puestos, etc. Manual que hasta la fecha sigue vigente lo cual puede dar cuenta del impacto de su publicación. Así también durante su gestión en la FEMAFEE en donde colaboró en el desarrollo de un documento titulado “La prospectiva de la educación y práctica de la enfermería”, para el cual llevó a cabo la metodología del análisis prospectivo, con la técnica de escenarios, imagen objetivo se convocó a todas las escuelas del país, participaron 32 directoras de enfermería a quienes se le planteó escribir la imagen objetivo que vislumbraban a 20 años y a partir de ahí se desarrollaron las funciones sustantivas de docencia, investigación extensión y la práctica propia de enfermería. A partir de la cual se abrió un horizonte para gestionar los posgrados en enfermería y continuar con la profesionalización.

Otro de los trabajos de la EGC que le sirvió para titularse de la maestría, fue el diseño de un instrumento de acreditación de programas de educación de enfermería a nivel nacional, que desde 1997 forma parte del programa de evaluación de calidad de la educación de la FEMAFEE y que marcaron cierta pauta para el desarrollo educativo de la disciplina lo que puede dar cuenta de la trascendencia de la publicación de su trabajo. Durante su gestión en la FEMAFEE logró vincularse con el Colegio Nacional de Enfermeras, y coincidieron en la necesidad de establecer la acreditación y certificación de enfermería y, en conjunto trabajaron los primeros instrumentos de certificación con

la participación de las representantes regionales del colegio y los miembros de la FEMAFEE; entonces surgió la primera COMACE que acredita y certifica a enfermeras. En el periodo que narra la EGC, la política exterior mexicana entraba al Tratado de Libre Comercio (TLC) razón por la cual las enfermeras de la FEMAFEE y del COMACE visitan Washington y Canadá y se les dan a conocer los avances que se tenían en México sobre la certificación y acreditación de enfermería encontrando que el proceso mexicano estaba más adelantado que el de ellos, la EGC refiere:

...que teníamos más competencia... tenemos mucho más tranquilidad en aplicar nuestros conocimientos, no tenemos miedo... hacemos lo que tenemos que hacer, porque hay veces que no sabes algunas cosas, te atreves si quieres... las mexicanas no somos miedosas... [las enfermeras de Estados Unidos y canadienses] están temerosas de las demandas y nosotras [mexicanas] estamos basadas en ayudar a las personas, nosotras vamos ayudar a las personas, llueva, truene, relampaguee, tú las vas a ayudar como tú puedas, con los medios que tú tienes... ellos tienen mucha tecnología... pero las enfermeras de acá ven el sufrimiento de la gente y temple el carácter y la voluntad. Y, bueno ellas si tienen más tecnología pero no tienen la sensibilidad [están] más mecanizadas... las enfermeras mexicanas somos más sensibles y somos más creativas e innovadoras, en todo lo que hacemos...EGC (10 de junio de 2014: tr. 7)

La EGC refiere que la vinculación entre la FEMAFEE y COMACE con los Estados Unidos y Canadá promovió la visita de alumnas de la Universidad Estatal de Michigan por 8 años consecutivos quienes durante su último semestre cursaban en México la materia “Sistema Mexicano de Salud”, finalmente la EGC refiere que otros de sus trabajos desarrollados fue el diseño de un instrumento para la acreditación de enfermeras para lo que se creó el (SNAE) Sistema Nacional de Acreditación de Enfermería que durante su gestión lo aplicó para la certificación de escuelas de enfermería en México. Lo que muestra el impacto que tuvo su trabajo de tesis de maestría.

La ET refiere que hace un poco más de 20 años publicó su primer artículo en una revista de la universidad durante sus estudios de pregrado, se considera que fue la

primera en abrir un espacio para publicar en el ámbito de enfermería en la región donde vivía. Considera que tiene facilidad para estructurar ideas al momento de escribir. Posteriormente después de cursar una maestría de educación la nombraron Secretaria Académica de su facultad y posteriormente Coordinadora de Investigación donde pudo realizar investigaciones financiadas con recursos propios y por la propia facultad, sus productos de investigación no pretendían impactar tanto en un conocimiento sino más bien difundirlo:

...yo más bien lo escribía para decir lo que se estaba haciendo... que tanto se decía en otros lados... por ejemplo una situación de esas primeras experiencias, de esos primeros artículos... empecé hacer investigación, bueno investigaciones documentales... hablamos de teoría y modelos y era algo novedosísimo... a lo mejor era una buena compilación de documentos... pero digamos eran los temas de vanguardia y había que difundirlos... en su momento comparado con otros este a lo mejor llamaba la atención y eso era un patrón para hacer algo... empezaron a cambiar mis actividades estuve en la dirección de la facultad y ahí me tocó que ya no tenía tanto tiempo para hacerlo [escribir] pero si para intentar gestionar apoyos a otros que lo estaban haciendo. ET (19 de junio de 2014: tr. p. 4)

En la actualidad después de haber concluido su doctorado en España, la ET considera que si escribe es precisamente con la intención de aportar parte de un conocimiento que pudiera ser más probado, comprobable, reconocido; pues actualmente tiene en puerta dos proyectos que esperan recibir financiamiento tanto de la universidad como del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), una investigación sobre enfermedades crónicas de automanejo y enfermedades crónicas con apoyo de tecnologías de nueva formación y como parte del apoyo van a realizar una estancia en la Universidad de Stanford y dos artículos publicados en la Universidad Australiana. Se puede decir el poder lograr que un proyecto este financiado e involucrar a las tecnologías en estos proyectos y la vinculación con otras universidades es el resultado de una acertada divulgación del trabajo investigativo.

La EZ en cuanto a la divulgación de su trabajo considera que cumple con la producción institucional acorde a su nombramiento ya que cumple con el perfil de investigador y se

apega a los requisitos de las publicaciones. Considera que sus publicaciones tienen impacto en Latinoamérica, publica de tres a cinco artículos al año por exigencia institucional; se considera una persona tenaz lo que le permite participar como evaluadora de comités editoriales. Refiere que escribe ensayos y artículos de reflexión, sus líneas de investigación son: enfermedades crónico degenerativas y la tecnología y, los problemas de salud, así también ha publicado sobre el desarrollo de la profesión.

La EZ señala que los trabajos que desarrolla de reflexión son sobre algunos problemas de género, confianza en cuanto al reconocimiento de las capacidades de la propia enfermera, el uso de un lenguaje científico, el nivel académico y madurez emocional.

La EM como parte de una reflexión y crítica de la producción en investigación comenta que la mayoría de las investigaciones sólo cumplen la función de generación de puntos y no la de difundir el producto de estas “se cree que los artículos únicamente cumplen la función para la obtención de puntos”, (EM 2014: 26 de mayo de 2014: tr. p. 10) por lo que considera que se debe crear una cultura propia de la profesión y credibilidad de las capacidades. Cree que se tiene la necesidad de consolidar a la profesión a través de la generación de conocimientos propios por lo que se tiene la obligación de investigar y aplicar los productos de estas investigaciones y por ende consolidar a la enfermería como una ciencia.

La EM cumple con el perfil de investigador en el SNI desde el 2008, y es líder del cuerpo académico, participa en proyectos multidisciplinarios. Para la divulgación de sus publicaciones se ha enfrentado a la falta de recursos, a los altos costos que piden las revistas para la publicación así como para asistir a foros y a la falta de consolidación de revistas Mexicanas indexadas para publicar en ellas. Sin embargo, considera que es una obligación difundir y socializar los conocimientos que se están produciendo. Su línea de investigación está en la Promoción de la Salud con proyectos de cáncer de mama en comunidades rurales y áreas periféricas. Su trabajo de investigación se caracteriza por integrar a estudiantes del Programa de Verano de

Investigación, quienes realizan estancia para recabar datos, dar pláticas, capacitar a usuarios y dar seguimiento a los usuarios que siguen terapias alternativas. Además, participa en el proyecto de un grupo cautivo de diabéticos a quienes se les monitorea glicemias capilares, hemoglobina glucosilada a través de la práctica de yoga y de terapias alternativas y complementarias. Su trabajo es multidisciplinario para atender la problemática de la población a través de la intervención y una visión holística, para impactar desde las teorías de enfermería en beneficio de la comunidad.

La EH refiere experiencia en el ámbito docente como en el hospitalario, se especializa en el uso de simuladores como nuevas estrategias de enseñanza. Dentro de su proyecto pretenden hacer la evaluación de examen profesional a través del uso de simuladores.

En cuanto a los problemas para la divulgación de sus artículos, la EH dice: *“a veces se tardan hasta seis meses para darnos las primeras observaciones...”* EH (27 de mayo de 2014: tr. p. 10)

La EQ cumple con el perfil de investigadora, es líder del cuerpo académico, su línea de investigación se ubica en Salud Pública y Salud Mental, en la sub línea de Estilos de Vida Saludable, específicamente en el tema de adicciones y violencia de género. Su proyecto cuenta con financiamiento a cinco años y pretende tener impacto en la currícula de la universidad, trabajar sobre actitud en la formación de enfermeras (os) y evaluación frente al paciente. Ha colaborado en el capítulo de un libro sobre la normalización del fenómeno de violencia, alcohol y tabaco. Considera que dentro de las limitantes para publicar está el dominio de una segunda lengua como es el caso del inglés, materia que no formaba parte obligatoria de la currícula universitaria. Otra de las limitaciones para publicar radica en el tipo de investigación, ya que a veces sólo repiten datos y no se investiga el fenómeno que dio origen, por lo tanto no se genera nuevo conocimiento o algo que modifique la situación o problema.

La EQ también refiere que publicar en revistas indexadas es costoso, así como el

consultar artículos para la elaboración del estado del arte, se tiene dificultad para publicar porque a veces las revistas indexadas requieren tener el dominio de dos o tres idiomas, por lo que se hace patente la necesidad de contar con una revista mexicana de enfermería indexada.

Otra de las dificultades para publicar es la incongruencia entre el ser y el hacer en el trabajo investigativo ya que la persona que ostenta un grado de doctor tiene el compromiso de generar investigación y así un nuevo conocimiento, pero como son pocas las personas de enfermería con estos grados académicos se enfrenta otra problemática como la de ocupar cargos administrativos restándole así la producción de escritos científicos:

...la doble jornada de trabajo impide la producción investigativa. Falta de congruencia institucional, ya que si quieres tiempo completo tienes que ser doctor, si eres doctor tienes que producir, pero en enfermería la mayoría que tienen estos grados académicos ostentan un cargo administrativo que les absorbe el tiempo... EQ (02 de junio de 2014: tr. p. 7)

La EN comenta que en su experiencia investigativa no es necesario esperarse hasta la divulgación, que tienen una estrecha comunicación con su cuerpo académico en cuanto a los productos que se generan y así mejorar la formación de alumnos en investigación de enfermería, es decir alimentan su entorno con los resultados de su investigación:

Primero... tenemos que tener un buen proyecto... para poder generar resultados... ideas que queramos nosotros comunicar... esos buenos resultados nos van a permitir podernos difundir... si tiene buenas ideas ese proyecto se cristaliza, es evaluado por otras personas... alguien que me lo critique... eso permitiría que nuestros productos sean también de calidad y por lo tanto, puedan ser aceptados para poder divulgar. Sí. Nos regresan trabajos, nosotros tratamos de ajustarlos a los principios metodológicos... nos critican fuertemente la metodología... estamos trabajando en nuestra primera intervención... de tipo retrospectivo... con impacto en el currículo de enfermería en la universidad... los avances de nuestra

investigación los comunicamos con la Academia para que ver qué tanto de lo que estamos generando se puede aplicar ya en la docencia... EN (04 de junio de 2014: tr. p. 6)

5. Aportaciones al campo de la enfermería

En cuanto las aportaciones al campo de la enfermería las nueve entrevistadas lo han dejado ver a lo largo del desarrollo las tres categorías anteriores, ya que no hay un límite específico de cuando empieza una o cuando termina, pero sí era necesario señalarlo como categoría.

En el caso de la EG se observa que una de sus aportación se ubica en el área de modelos y teorías de enfermería intentando retomar una teórica, elaboró un proyecto que permitiera llevarlo a la práctica en una institución hospitalaria, estudiaron los modelos y teorías, capacitaron al personal, lograron financiamiento pero no lograron mantener la investigación para que diera frutos, como el poder llegar a la construcción de un modelo mexicano de atención de enfermería.

En el caso de ET si bien no generó un modelo o teoría, sus aportaciones van enfocadas a la divulgación de estos temas con la finalidad de que sus colegas tengan a su alcance temas de vanguardia de la enfermería.

Siguiendo con las aportaciones en cuanto a los modelos y teorías de enfermería, EN dice que su proyecto parte de la teoría de D. Orem y de su conceptualización del autocuidado como parte del eje curricular de la universidad, del cual identificaron que la obesidad en niños es un problema de salud pública por lo que se centraron en dicho tema, lo que les permitirá realizar proyectos de intervención en la promoción y prevención de la salud:

...ahorita de lo que nosotros hemos desarrollado como está siendo aplicado, el modelo académico está enfocado hacia el autocuidado [modelo de D. Orem, Teoría General del Déficit de Autocuidado]... dentro de enfermería estamos viendo la parte de promoción y prevención de factores de riesgos asociados con

obesidad y vemos variables físicas y psicológicas y sociales relacionadas con el fenómeno de la obesidad los resultados que estamos obteniendo de estas apenas estamos trabajando en nuestra primera intervención, por ejemplo, nosotros vimos percepción de imagen corporal de la madre hacia el peso del hijo, estamos viendo cómo eran las prácticas maternas de alimentación y estamos viendo algunos factores que están asociadas con el estado de salud de la madre como es la fatiga y depresión, entonces ahora con todas estas variables estamos tratando de diseñar una intervención para modificar estas conductas y hacer que la madre pueda mejorar sus prácticas de alimentación en los niños estamos viendo en lactantes y en pre-escolares, entonces este conocimiento que se está generando apenas vamos a utilizarlo en una intervención para ver si nosotros podemos... hacer que la madre mejore sus conductas y por lo tanto, se vea un reflejo y las mejores condiciones de salud del niño... estos conocimientos también nosotros los reportamos y los trasladamos al currículo de enfermería... los resultados se comentan, dentro de la institución es decir, nosotros estamos identificando, estos resultados y hablamos con la gente que está, llevando la materia de pediatría incluirlo en el tema de valoración cuando hacen los alumnos, de tal manera que pudieran ellos también contribuir de los que nos dice la evidencia para tratar de solucionar los problemas en nuestros niños... entonces por una parte lo estamos llevando a la investigación y por otra parte nos comunicamos con la gente que está en la Academia para ver qué tanto de lo que estamos generando se puede aplicar ya en la docencia... ahora estos proyectos nosotros este eh los compartimos y toman alguna de las variables los alumnos que tenemos tanto de Licenciatura, Maestría y de Doctorado entonces nos van fortaleciendo nuestra área de trabajo, entonces parte de lo que estamos desarrollando es para formar también recursos... EN (04 de junio de 2014: tr. p. p. 3-4)

Otro de los aspectos que resalta de las aportaciones en el quehacer científico de la enfermería es la búsqueda de una autorreflexión epistémica del ser y hacer de la enfermería, la EZ dice que la enfermería debe ser independiente de la medicina, ya que la enfermería tiene su propio campo de conocimiento y de desarrollo, lo cual coincide con lo que refiere la EG quien agrega que como enfermera la formaron bajo un enfoque médico y ahora se da cuenta que enfermería no es medicina, que las

enfermeras pueden ser profesionales independientes del médico. La EQ añade que la labor de la enfermera y el médico están bien delimitadas pero que la enfermera tiene una menor toma de decisiones dentro de las instituciones hospitalarias y propone que se trabaje en el diseño de una norma que regule la toma de decisiones de las enfermeras en cuanto al cuidado; además enfermería debe ubicarse en una área interdisciplinaria porque no solo tiene importancia biológica sino también social lo que requiere que la propia actitud de la enfermera hacia su profesión debe modificarse, pues enfermería no es una ciencia tal como se dice.

Siguiendo con la reflexión del ser y hacer de enfermería la EM insiste en la necesidad de promover una cultura propia de la profesión que la génesis de la enfermería de seguir procedimientos en forma rudimentaria y mecánica se está reformando con el uso de nuevas tecnologías y urge el valorar a la enfermería como ciencia no se validan los cuidados aplicando teorías y modelos; es decir:

...hacer de la enfermería una profesión científica con bases científicas... salir de la zona de confort... implica tener más conocimiento más compromiso, hay que ser, mas juicioso... es decir trabajar, estudiar, leer, tener más iniciativa... dar un cuidado con razonamiento, un cuidado con juicio clínico, de modo que ayudemos a solucionar el problema basado en la teoría... (EM 2014: 26 de mayo de 2014: tr. p. 8)

En el ámbito de la administración de instituciones educativas es de llamar la atención que la EGC para obtener el grado de licenciatura la facultad le solicitó la elaboración de un manual de organización y funcionamiento de la institución el cual se elaboró a finales de los años ochenta y aún está vigente:

...también en esa experiencia del servicio social me tocó ser la jefa de enfermeras porque la jefa tuvo sus vacaciones, entonces ahí me dejaron ese tiempo... de organizar campaña, de ir a todos los lugares... la de mirar el liderazgo de las enfermeras porque ellas si... ¡eran unas liderazas bien viejitas, pero bien viejitas, no tienen idea que viejitas!, porque una ya tenía ochenta y tantos años... el grupo de las enfermeras de ahí pero en esa de ser más jóvenes tenía como 60 años,

pero bien llenas de vida, bien alegres... y luego ya de ahí me regresé a la escuela, terminé mi servicio en el 86,... para titularnos, hicimos, ¡fíjate!, un manual de organización y funcionamiento de la facultad de la escuela de enfermería... porque M. E. decía es que eso lo necesitábamos con urgencia aquí [en la universidad], ella en ese tiempo era la directora... ella nos dijo, es que ahorita nosotros necesitamos que nos hagan un manual, [empezamos] desde todos los antecedentes de la escuela y luego cada puesto... hicimos entrevista, todavía vivía mucha gente... todavía ahí estaba, el fundador de la escuela todavía no se moría, la verdad, es más, todavía existían los espacios donde la escuela físicamente estuvo... la M. M. de J. había hecho esa gestión y había gestionado incluso tener el terreno, porque es... no teníamos nada, vivíamos así de arrimados de alguna forma, bueno ellas yo no, a mí ya me toco tener terreno y sede de la Universidad que tiene muchísimas ventajas ¿Vea?...formar parte de los programas educativos,... con un prestigio más o menos ganado... tuvimos un profesor que nos dio administración general y ese profesor nos ayudó mucho, para lo que es el perfil del puesto, luego hicimos el perfil específico, y eso si íbamos con cada gente ¿Qué haces? De hecho si hasta me acuerdo un montón de cómo íbamos, así nos sentábamos enfrente las dos, a ver tu dime ¿Qué haces exactamente? ¿A qué hora empiezas y a qué hora terminas? Y así punto por punto, por eso hicimos un perfil de puesto específico muy extenso, muy detallado... hicimos el organigrama que no teníamos en ese tiempo, pero no se no hizo nada difícil porque como que si estaba muy clara la estructura, no estaba tan grandota y complicada, bueno, nada más estaba la Directora, la Secretaría Académica, la Secretaría Administrativa, los Asistentes, el Coordinador de programa, no había tantos programas, nada más estaba el programa de licenciatura y el de enfermería general... EGC (10 de junio de 2014:tr. p. 4 - 9)

Toda ésta experiencia tanto del servicio social como de la práctica y la administración le permitieron abrirse camino en la docencia en los cargos administrativos y en otros niveles de las organizaciones reconocidas por la enfermería:

... luego [ya como maestra de la universidad] empezamos a trabajar el programa de la maestría, pero ese programa de la maestría lo trabajamos con MEE también en su casa, nos fuimos una semana, todo el día, la tarde y la noche dedicadas a

hacerlo fue nuestro primer programa de especialidad,... ese tiempo trabajaba en la FEMAFEE regional, fue que empezamos a hacer un documento que se llamó "La prospectiva de la educación y práctica de la enfermería"... EGC (10 de junio de 2014:tr. p. 4 - 9)

Posteriormente cuando realiza estudios de posgrado la maestría en educación, logra su grado con la realización de un "Instrumento de Acreditación para enfermería" y nos narra lo que aprendió en la maestría y que pudo aplicar, y q tuvo repercusión en el desarrollo educativo de la enfermería:

...empezamos con ese análisis prospectivo... ese análisis prospectivo yo lo aprendí ahí en la maestría, me daba el jefazo de los prospectivos en el país... Hicimos un análisis para 20 años, en ese tiempo armamos un tallercito con escenarios, porque lo hicimos con la metodología, de los escenarios hicimos el análisis a 20 años, hicimos la imagen-objetivo. ¿Dónde estoy? y ¿A dónde voy a llegar?, pero donde voy a llegar no era un lugar incierto si no ahí está, que era el de imagen-objetivo... con base en eso, hasta lo puedo decir, muchas escuelas empezaron a desarrollarse con una alineación más hacia el desarrollo de la profesión como para profesionalizar a la disciplina, siempre estuvimos como mirando esas dos cosas... era parte de nuestro proyecto de desarrollo de la FEMAFEE... después sacamos un documento, un documento que se llamó "Prospectiva de la formación de enfermería". Y en ese documento de la prospectiva, ese lo ha de tener M. E. porque lo hizo ella con una muestra de San Luis, no es cierto, de la Universidad de Nuevo León, con la maestra M., también con Nuevo León nos juntamos mucho porque la gente de Nuevo León también es una gente comprometida en el trabajo, no es una gente nada más politizada, los de la UNAM también han de trabajar, pero no me tocó conocer a gente, a ni una sola de la UNAM que se comprometiera... EGC (10 de junio de 2014:tr. p. 4 - 9)

La experiencia al realizar ésta entrevista permitió tener una idea clara del trabajo no reconocido, no remunerado que se hace, quedando sólo el compromiso personal y profesional que se traduce en la construcción de una ciencia como la enfermería.

6. Enfermería dentro de la multidisciplinariedad

La EG al ser licenciada en enfermería se formó en investigación educativa y en el doctorado en educación y se crea la visión de llevar a la enfermería a un nivel alto de profesionalización. Viaja a Brasil para traer el doctorado a México, además de traer el doctorado impulso la educación a distancia y la movilidad estudiantil.

El mismo caso para la EGC con respecto a EG que fue formada como licenciada en enfermería y cursó su maestría en educación, le dio una formación multidisciplinaria que le permitió ampliar su visión, realizó las gestiones conjuntamente con la EG para implementar el doctorado de enfermería de Brasil a México muy específicamente en la Universidad de Guanajuato, campus Celaya.

En el caso de la EZ formada como licenciada en enfermería maestra en educación con doctorado y posdoctorado en ciencias del comportamiento lo que le ha permitido desarrollar análisis crítico sobre la disciplina vertiéndolas en sus artículos de tipo reflexivo y demás su productividad está dirigida en dos líneas: la de “enfermedades crónico degenerativas, “la tecnología y los problemas de salud”.

La EH con título de licenciada y maestra en enfermería aunque su formación no la ha llevado cursar por otra disciplina diferente a enfermería su trabajo en una universidad la ha llevado a tener un trabajo multidisciplinario, ya que formó parte del equipo que crearon el centro de simulación en el Instituto de Ciencias de la Salud de su Universidad y refiere estar en constante comunicación con médicos e ingenieros e informáticos en la elaboración de casos clínicos y en la parte académica; su trabajo también es multidisciplinario ya que los exámenes profesionales los realizan con simuladores con los académicos en donde participan psicología, nutrición, enfermería farmacobiólogos, odontólogos.

En el caso de las ET, EQ, EM, ellas recibieron la licenciatura maestría y doctorado en enfermería y su trabajo docente y de investigación es interdisciplinario, multidisciplinario

y además interinstitucional.

Con respecto a la interacción entre las diferentes disciplinas el trabajo fortalece las intervenciones de enfermería y refleja que para resolver problemas de salud no se puede investigar de manera aislada, vale retomar lo que refiere la EQ:

...para tener mejores resultados de investigación en enfermería depende de la intención y del objetivo por ello nosotras siempre hemos manejado la interdisciplinariedad... los cuerpos académicos son interdisciplinarios... sobre todo cuando se manejan intervenciones de enfermería... EQ (02 de junio de 2014: tr. p. 11)

De las nueve entrevistadas dejan ver a través de su trabajo interdisciplinario, multidisciplinario y hasta interinstitucional que trascienden hacia nuevas tendencias tanto en el trabajo que se realiza día a día como en el quehacer investigativo que es el generador de nuevos conocimientos.

CONCLUSIONES

La investigación inicio con trabajos basados en el paradigma positivista para llegar a las investigaciones con enfoque cualitativo; y así proponer la utilización de multimétodos para la solución de un problema.

En el caso de las investigaciones es notorio el avance que ha tenido la enfermería de pasar a ser sólo recolectoras de datos a la conformación de líneas de investigación con trabajos interdisciplinarios y multidisciplinarios.

Los paradigmas de la investigación cambian; una forma es desde cómo me planteo la pregunta y cómo llego a la respuesta que satisfaga dicha interrogante.

La divulgación de la investigación en México se encuentra debilitada ya que en este momento no se cuenta con una revista indexada para el conocimiento del trabajo

investigativo.

Se debe fomentar la aplicación de trabajos de investigación en las instituciones donde están insertos los investigadores, con la finalidad de: primero impactar a su comunidad, segundo para trascender en otros ámbitos ya sea educativos o del sector salud.

A cien años aproximadamente del surgimiento de la enfermería, camina hacia un marco epistémico empirista y positivista queriendo buscar la explicación del porqué del cuidado basándose en estudios epidemiológicos de las enfermedades sin encontrar respuesta por lo que tenemos que realizar estudios con la utilización de multimétodos para dar mejores respuestas al problema a investigar y así impactar a la sociedad y enfrentar los problemas de salud desde la promoción, prevención, durante la vivencia de un problema de salud, la rehabilitación y hasta aprender a vivir con un proceso patológico.

Al hacer investigación, la enfermera refleja la formación profesional que ha tenido en la licenciatura en México; esta formación varía de acuerdo a la institución de la que procede ya que existen en la actualidad diversidad de planes de estudios que limitan la competitividad con respecto a otros profesionales cuando los egresados de la licenciatura en enfermería transitan por estudios de posgrado multidisciplinarios haciendo esto un tránsito un poco atropellado, limitando así el impacto de éstas ante una sociedad, reflejado en las pocas personas que se encuentran en el SNI.

La enfermería debe tender hacia una nueva visión metodológica cualitativa para realmente valorar el “cuidado” que cada persona debe tener ante un problema de salud, determinado por las vivencias, costumbres, creencias y significados que tenga cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ-GAYOU, J.L., (2013). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Séptima reimpresión, México, ed. Paidós Educador.
- BALCÁZAR, N.P., González-Arratia, L-F. N.I., Gurrola, P. G.M., Moysén, Ch. A., (2010). *Investigación cualitativa*. 2da. ed. edit. Universidad Autónoma del Estado de México.
- CABRERO G. J., Richard M, M., (2001). *Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería*. Salamanca, ed. Publicaciones Universidad de Alicante.
- CÁRDENAS, B. L. (2005). *La profesionalización de la enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones*. México, ed. Pomares.
- CHINN PL, Jacobs MK. (1983). *Theory and Nursing – A Systematic Approach*. St Louis, CV Mosby
- ESPINO, V. M.E. (1999). *Plan para el desarrollo del posgrado de enfermería en México*. FEMAFEE.
- FELDMAN, HR., (1981). *Commentary: A science of nursing - to be or not to be*. Image.
- GÁLVEZ, T. A., (2001). *Enfermería basada en la evidencia. España y México*, ed. Corporativo en medios de comunicación. Fundación index.
- KUMATE, J. (1981). *Necesidades de información en la investigación biomédica*. Educ Méd Salud.
- LEININGER, M. (1978). *The Phenomenon of Caring: Importance, Research Questions and Theoretical Considerations*. En M. Leininger (Ed.), *The Phenomena and Nature of Caring*. Salt Lake City: University of Utah.
- MEDINA, J.L. (1994a). *La investigación enfermera: entre mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma*. ed. *Enfermería clínica*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1974). *Enfermería y salud de la comunidad. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 558*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1983). *Reunión del Comité Asesor en Educación en Enfermería*. Washington, D. C., 23 al 27 de mayo de

1983 (Informe Preliminar).

PALAZUELOS, L. C. (sin/fecha) XIII Difusión Nacional de Investigación en Enfermería.

Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya de la Universidad de Guanajuato.

PEARSON, A., Field, J., Jordan, Z., (2007). *Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia.* México, ed. McGraw-Hill.

POLIT, D., Hungler, B. (1995). *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* 5ta. ed. México: Interamericana, McGraw-Hill.

ROGERS, M. E., (1967). *Nursing: Today's happening.* Ponencia presentada en el Día Anual de Egresados, en la Universidad of North Carolina, School of Nursing, en 2 de junio.

SECRETARÍA DE SALUD. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD. COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA DE LA SS. (2005). *Perfiles de Enfermería.*

TECLA, J. A., y Garza R.A. (1977). *Teoría, métodos y técnicas de investigación social.* México. ed. Cultura popular.

REVISTAS

CARDÉNAS, V., V.M. (2010). *Enfermería en el Sistema Nacional de Investigadores. Desarrollo Científico de Enfermería.* Vol. 18, No, 4, Mayo.

CASTAÑEDA, H., H., Acevedo, P.,G., Garza, H., R., Melendez, M., C., Rangel, T., S., Aguilera, P., A. (2010). *La construcción de instrumentos de Investigación en salud. Desarrollo Científico de Enfermería.* Vol. 18, No. 2, Marzo.

ESPINO, V., M.E., Díaz, G., R. (2009). *Doce categorías de análisis de la educación de la enfermería Mexicana. Desarrollo Científico de Enfermería.* Vol. 17, No. 4, Mayo.

GALÁN, C., S., Terán, F., Y., Gutiérrez, E., S.O., Velázquez, M., G.P. (2009). *El ABC de los diseños de investigación: un acercamiento práctico. Desarrollo Científico de Enfermería.* Vol. 17, No. 9, Octubre.

GUILLÉN, C., D.M., Cuevas, G., L. (2009). *Investigar en enfermería:¿Por qué y*

para qué? Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 17, No. 2, Marzo.

GUTIÉRREZ, G., T., Peñarrieta, D.C., M.I., Castañeda, H., H. (2012). La educación, el desarrollo de la investigación y el avance de la acreditación en enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 20, No. 1, Enero-Febrero.

HERNÁNDEZ, C., M.A., García, V., M.L.R., Uicab, P., G.D.L.A., HL, C., M., AC, M., I. (2008). Barreras y estrategias para la divulgación del conocimiento de enfermería en México. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 16, No. 10, Noviembre-Diciembre.

JIMÉNEZ, S., R.C. (2009). La evolución de la enfermería a través del tiempo. Un enfoque epistemológico. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 17, No. 10, Noviembre-Diciembre.

JORDAN, J., M.L., Ruíz, P., M.L., Romero, B., I., Ojeda, V., M.G. (2008). Exactitud de las referencias bibliográficas de dos revistas de enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 16, No. 1, Enero-Febrero.

QUINTERO, C., A.L. (2009). Reflexión sobre el desarrollo de la investigación en enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 17, No. 3, Abril.

MARTÍNEZ, R., J.R., Sanjuan, Q., A. (2010). Incorporación de las evidencias científicas a la actividad enfermera de urgencias y emergencias. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 18, No. 18, Abril.

MEDINA, R.L.M., (junio, 2010). Artículo informativo. Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 18, No. 5.

MESA, M., L., y Galindo, H., S. (2009). Aislamiento y consumo de publicaciones periódicas de la enfermería Iberoamericana. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 17, No. 3, Abril.

MURRAIN, Knudson, E. (2009). Tendencias de la investigación en enfermería. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. 18, No. 2.

REBOLLEDO, M., D., Alcaráz, M., N., Amador, F., G. (2009). Importancia de la investigación cualitativa en la determinación del objeto epistémico de enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 17, No. 5, Junio.

RODRÍGUEZ, A., M., Toledo, R., C., Brito, B., P.R., García, H., A.M., (2011). Análisis de la producción enfermera en torno al duelo en el espacio científico

Iberoamericano. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 19, No. 1, Enero-Febrero.

VILLELA, R., E., (2010). El paradigma de la investigación cualitativa: alternativa valiosa en la construcción del conocimiento de enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 18, No. 9, Octubre.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

AIMAR, A., Videla, N., Torre, M. (2006). Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. Enfermería Global. No. 9, Noviembre. www.um.es/egiobal/ Accesado 30 de octubre de 2014.

BRAUSTEIN, Néstor A. Cap. 1. P. 7 en Psicología, Ideología y Ciencia. Editorial Siglo XXI, 4ª. ed .¿Cómo se constituye una ciencia? (título del capítulo) Disponible en; <http://es.scribd.com/doc/22824565/Como-Se-Constituye-Una-Ciencia-de-Nestor-Braunstein>. Accesado el 21 noviembre del 2013.

Consejo Internacional de Enfermeras (2010), (en línea), CIE. Disponible en: <http://www.icn.ch/definitions.htm> (2009, diciembre) Accesado 26 de noviembre de 2013.

CUESTA, C de la., (2000) Investigación Cualitativa y Enfermería. Index de Enfermería. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php. Accesado 30 de octubre de 2014

PERSONAS ENTREVISTADAS

Entrevistada: Dra. Dulce María Guillén Cadena. (20 de mayo de 2014) en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Autónoma de México.

Entrevistada: Dra. María Leticia Rubí García. (26 de mayo de 2014) Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Entrevistada: M. en C. Reina Cristina Jiménez Sánchez. (27 de mayo de 2014) en

el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Hidalgo.

Entrevistada: Dra. María Alejandra Hernández Castañón. (02 de junio de 2014) en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Querétaro.

Entrevistada: Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal. (04 de junio de 2014) en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Entrevistada: Dra. María Elena Espino Villafuerte. (10 de junio de 2014) jubilada de la Universidad de Guanajuato campus Celaya-Salvatierra.

Entrevistada: M. en E. Rosalinda Díaz Guerrero. (10 de junio de 2014) jubilada de la Universidad de Guanajuato campus Celaya-Salvatierra.

Entrevistada: Dra. Noemí Alcaraz Moreno. (18 de junio 2014) en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Colima.

Entrevistada: Dra. Tranquilina Gutiérrez Gómez. (19 de junio de 2014) en la Universidad Autónoma de Tamaulipas campus Tampico.

LA TUTORÍA COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA

Cesar Monroy Mondragón¹

Ariadna Rodríguez Romero²

RESUMEN

Introducción: La tutoría es una estrategia educativa que el SNIT ha diseñado, que recae principalmente en el docente, se convierte en facilitador no sólo del aprendizaje de los estudiantes, sino también de la adquisición de sus competencias, cumpliendo de esta manera con la tarea de educar para el trabajo y para la vida. **Objetivos:** conocer datos generales, datos escolares, enfermedades patológicas de los alumnos tutorados. **Metodología:** recopilación de datos por medio de encuestas a los alumnos tutorados por medio de una entrevista directa en donde se recaban como datos generales, datos escolares, enfermedades patológicas y no patológicas; con la información obtenido se envía al alumno a la atención, se hace el seguimiento con especialista como psicólogos, asesores, médicos, etc. **Resultados:** al enviar a los alumnos a que les sea brindada la atención requerida; es necesario repetir la encuesta para detectar nuevos cambios. **CONCLUSIONES:** Es necesario brindar el tiempo necesario para realizar dichas entrevistas pues depende de ese tiempo la solución que podemos dar y la orientación adecuada para su mayor aprovechamiento. Como tutores debemos dar seguimiento al alumno después de que se haya remitido con el especialista. **Bibliografía:** Cuaderno de tutoría del estudiante del SNIT, 2013, Secretaria de Educación Pública. Manual del tutor del SNIT, noviembre 2012, Secretaria de Educación Pública.

Palabras clave: tutorado, tutor, acción tutorial, Sistema Nacional de Institutos Tecnológicos (SNIT).

¹ Docente del Tecnológico de Estudios Superiores De Valle De Bravo. (TESVB). mvacesarmonroy@gmail.com

² Docente de la Facultad de Odontología, UAEMéx. ariyrr@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el actual escenario perfilado por la sociedad del conocimiento, resulta impostergable ampliar los horizontes de la acción del docente en las instituciones de educación superior. Además de ser agente transmisor del saber, se requiere ahora, que el docente posea una nueva forma de percibir el proceso educativo acompañando a los jóvenes en formación, implicado en el desarrollo humano integral de quienes comparten con él los espacios educativos. En virtud de ello, el presente documento tiene como finalidad estimular en el estudiante, el desarrollo y el ejercicio de una de las competencias profesionales del Sistema Nacional de Institutos Tecnológicos (SNIT), la tutoría.

La tutoría es una estrategia educativa que el SNIT ha diseñado y tiene los siguientes propósitos: contribuir al mejoramiento del desempeño académico de los estudiantes, coadyuvar en el logro de su formación integral con la participación de docentes y otras instancias que puedan conducirlo a superar los obstáculos que se presenten durante su desarrollo como son: bajos niveles de desempeño, repetición, rezago y fracaso estudiantil, deserción, abandono y baja eficiencia terminal, e incidir en las metas institucionales relacionadas con la calidad educativa, favoreciendo con ello la eficiencia terminal de los programas educativos.

La acción tutorial recae principalmente en el docente, quien al asumir el papel que el Modelo Educativo para el Siglo XXI le confiere, se convierte en facilitador no sólo del aprendizaje de los estudiantes, sino también de la adquisición de sus competencias, cumpliendo de esta manera con la tarea de educar para el trabajo y para la vida.

La tutoría, como lo señala la UNESCO (1998), comprende un conjunto de actividades que propician situaciones de aprendizaje y apoyan el correcto desarrollo del proceso académico, personal y profesional, al orientar y motivar a los estudiantes, para que a su vez avancen y concluyan eficazmente su propio proceso formativo.

Por su parte la ANUIES, (2000) dice que: “La tutoría es un acompañamiento personal y académico a lo largo del proceso formativo para mejorar el rendimiento académico, facilitar que el estudiante solucione sus problemas escolares, desarrolle hábitos de estudio, trabajo, reflexión y convivencia social”.

En tanto que Castellanos A. R. citada por Romo (2011), advierte que: La tutoría no debe considerarse un "añadido", sino un aspecto esencial de la función docente. Los programas destinados a su operación son proactivos y están encaminados al desarrollo de las potencialidades de los estudiantes, ayudándolos a tomar decisiones ante las opciones académicas que van conociendo como profesionales en formación.

La tutoría no es una acción que se desarrolle en forma aislada por el tutor, sino una actividad educativa que ha de realizarse de manera coordinada involucrando a docentes y a la estructura e instancias del Instituto Tecnológico. El tutor no decide por el estudiante, o le indica qué hacer, sino que le ayuda a analizar su situación y le propone elementos de juicio para que el estudiante tome sus propias decisiones.

A través de la acción tutorial, los estudiantes aprenden a: identificar retos en el campo profesional; localizar el conocimiento disponible; recuperar información relevante; desarrollar modelos conceptuales para visualizar posibles abordajes a los problemas; buscar conexiones con otros campos disciplinarios y tener un enfoque interdisciplinario; verificar con una metodología sistemática los resultados de las intervenciones profesionales; reflexionar en y sobre la acción.

La tutoría, dentro de sus objetivos, busca reducir los índices de reprobación y deserción, potenciar las competencias del estudiante mediante acciones preventivas y correctivas, así como apoyar al estudiante en el proceso de toma de decisiones relativas a la construcción de su trayectoria formativa, de acuerdo con su vocación, intereses y competencias, mediante la atención personalizada y/o grupal en donde se apoye la formación del tutorado centrada en prácticas metacognitivas, es decir, orientada a que los estudiantes mejoren en forma continua a partir de la propia reflexión

sobre su desempeño de tal suerte que no sólo es importante poseer saber, sino comprender cuál es la naturaleza de éste, por ejemplo: ¿Cómo se adquiere?, ¿Qué características personales influyen en él?, ¿Cómo mejorarlo?, ¿Cómo aplicarlo?” (Romo A., 2011).

Previamente se realiza el plan de acción tutorial en donde se describen las actividades que se realizan. Las entrevistas se llevaron a cabo por medio de formatos impresos previamente proporcionados por el Sistema Nacional de Institutos Tecnológicos (SNIT), la tutoría. Los tutorados que presenten algún conflicto serán canalizados con especialistas de acuerdo a las necesidades que requiera, en donde el especialista realizara la investigación necesaria para dar solución al posible problema; el tutor dará seguimiento junto con el especialista, el crecimiento y cambio de actitud del tutorado.

El estudio fue realizado por un docente de la Licenciatura de Arquitectura del Tecnológico de Estudios Superiores De Valle De Bravo. (TESVB), tutor de los 17 tutorados; con formatos previamente proporcionados por el Sistema Nacional de Institutos Tecnológicos (SNIT), la tutoría. Los cuales están formados por expediente con datos generales de los tutorados, expediente de enfermedades patológicas y no patológicas, expediente de uso de aditamentos visuales y trayectoria académica.

Se realizaron entrevistas individuales en donde se recopiló toda la información. Al término de dichas entrevistas se realiza un reporte grupal por parte del tutor y se remite y da seguimiento a los alumnos que necesiten apoyo.

PLAN DE ACCIÓN TUTORIAL				
CARRERA:	ARQUITECTURA			PERÍODO: 2015-1
COORDINADOR:	ARQ. CELIA ALVARADO OSORIO			GRUPO: 801
FECHA	SESIÓN	ACTIVIDADES	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
06-mar-15	1	1. PRESENTACIÓN DE TUTOR Y TUTORADOS 2. PRESENTACIÓN DEL PIT. 3. Recabación de datos estadísticos e información académica para canalizar asesorías.	1. Presentación entre tutor y tutorados. 2. Presentación del Programa Institucional de Tutorías como estrategia fundamental para atención individualizada de orientación y acompañamiento para los tutorados. 3. Obtener información actualizada de Tutorados para identificar necesidades de asesorías.	1. Conversación entre Tutor y Tutorados para establecer comunicación efectiva y brindar confianza. 2. Presentación del PIT, basada en MANUAL DEL TUTOR. 3. Enviar, vía correo electrónico, el <i>Cuaderno de Trabajo de Tutoría del Estudiante</i> y formato de <i>Expediente de Tutorado</i> para requisitarlo.
13-mar-15	2	1. Actualización de expedientes. 2. Recabar información de condiciones generales de salud de Tutorado.	1. Obtener o Actualizar la información personal del Tutorado. 2. Obtener o actualizar información sobre estado de salud general del Tutorado. En ambos casos, para identificar acciones a tomar.	1. Se recibirá formato de Expediente de Tutorado actualizado. 2. Se aplicará encuesta formulada por Coord. de Tutorías Gral. y se complementará con información de certificado médico proporcionada por alumno para obtener IMC.
20-mar-15	3	PLÁTICA DE SALUD (Conferencia sobre ADICCIONES)	Actualizar información sobre adicciones para generar conciencia en los Tutorados que les evite caer en ellas o, en su caso, que se motiven a solicitar ayuda para salir de ellas.	Se llevará a cabo una conferencia sobre ADICCIONES, mediante presentación de diapositivas; la impartirá el médico del TESVB.
27-mar-15	4	ANTEPROYECTO DE RESIDENCIAS	Conocer el estatus de los anteproyectos de Residencia que ya se deben estar trabajando para que al finalizar el semestre se proceda a diseñar y elaborar el informe técnico de residencia profesional.	Se estudiará el Reglamento de Residencia Profesional para aclarar dudas con respecto a procedimientos y proyectos involucrados.
10-abr-15	5	ANTEPROYECTO DE RESIDENCIAS	Dar seguimiento al avance de investigación de proyectos de Residencia Profesional en empresas o instituciones públicas o privadas.	Se solicitará reporte de avance al tutorado y a su docente asignado para conocer su situación y tomar acciones pertinentes, en caso de ser necesaria intervención de Tutor.
17-abr-15	6	SEGUIMIENTO DE ASESORÍAS	Canalizar a los tutorados más atrasados, o que hayan reprobado los primeros parciales, con los profesores especialistas en la materia.	Plática individual o grupal para identificar a los tutorados en problemas.
24-abr-15	7	PROCESO DE TITULACIÓN	Explicar a los tutorados las diferentes alternativas de titulación, así como el procedimiento para presentar el examen recepcional.	Plática grupal relacionada con el proceso de titulación.
30-abr-15	8	PLÁTICA DE SALUD	Identificar los problemas médicos a los que se enfrenta el tutorado y generar un expediente médico.	Elaboración de formato para manejar los problemas médicos del tutorado.
08-may-15	9	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	Informar sobre las alternativas del Examen Global por Áreas del Conocimiento y del CENEVAL, como requisitos para poder continuar con el proceso de titulación o, en su defecto, presentar Informe Técnico de Residencia Profesional.	Elaboración y aplicación del Examen Global por Áreas del Conocimiento, para obtener resultados e identificar las deficiencias de conocimientos reflejadas en respuestas de examen teórico y práctico.
15-may-15	10	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	Aplicar examen EGAC, con los dos grupos que están por egresar, para obtener datos positivos o negativos en relación a las materias de la retícula a evaluar	Elaboración y aplicación de examen escrito y practico con la modalidad CENEVAL,
22-may-15	11	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	Revisar el protocolo de investigación que se esté trabajando, para determinar si es viable realizar el proyecto de Residencia Profesional.	Entrega de investigación impresa, para su revisión.
29-may-15	12	PLÁTICA DE SALUD	Identificar problemas médicos a los que se enfrenta el tutorado y gestionar su atención.	Elaboración de reporte de problemas detectados y canalizarlo a quien

				corresponda.
05-jun-15	13	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	Revisar el protocolo de investigación que se esté trabajando, para determinar si es viable realizar el proyecto de Residencia Profesional.	Entrega de investigación impresa, para su revisión.
12-jun-15	14	SEGUIMIENTO DE ASESORIAS	Obtener información sobre resultados de avance en los tutorados canalizados para atención específica.	Solicitar información actualizada, a tutorados y docentes involucrados, para conocer situación individual y grupal, y actuar en consecuencia.
19-jun-15	15	PLÁTICA DE VIOLENCIA	Concientizar a tutorados sobre causas y consecuencias de la violencia, como problema actual en nuestro entorno; e identificar si existe entre tutorados.	Exposición del tema mediante diapositivas y generación de discusión sobre lo observado en su entorno.
26-jun-15	16	GENERACIÓN DE REPORTES TUTORES	Generar reportes con información fidedigna estadística, con tablas de aprovechamiento de tutorados, tanto individual como grupal.	Incorporación de información en formatos para reportes de tutores, con presentación de tablas de resultados y gráficas de aprovechamiento.
03-jul-15	17	GENERACIÓN DE REPORTES COORDS.	Integración de reporte final de actividades del grupo tutorado al reporte concentrado de la carrera.	Entrega de reportes y evidencias con la información generada durante semestre a Coord. Gral.
<u>ARQ. CÉSAR MONROY MONDRAGÓN</u> FIRMA TUTOR		<u>ARQ. CELIA ALVARADO OSORIO</u> COORDINADOR DE TUTORÍAS		<u>M.I.C. ARACELI GUERRERO ALONSO</u> Vo.Bo. COORDINADOR DE TUTORÍAS GRAL

OBJETIVO

- Orientar a los docentes- tutores, en la planeación, organización, seguimiento y evaluación de la actividad tutorial, facilitando el desarrollo académico, personal y profesional de los estudiantes, con la finalidad de fortalecer su formación integral.
- Conducir el aprendizaje del estudiante, ya sea individual o grupal, que contiene las indicaciones y formatos de los ejercicios de cada sesión y anexos con los instrumentos que se utilizarán a lo largo de las sesiones tutoriales.

EXPERIENCIA

Durante el estudio permitió conocer con mayor profundidad a los estudiantes de la Licenciatura de Arquitectura del Tecnológico de Estudios Superiores de Valle de Bravo (TESVB), por medio de las entrevistas personales se tuvo en contacto con los estudiantes de una forma privada y personal pues al estar dentro del aula con sus compañeros se observan como un grupo y no como individuos como personas únicas.

Al realizar las entrevistas nos encontramos que muchos de ellos influye mucho las relaciones interpersonales con su familia o su pareja, más sin embargo solo como tutores podíamos ofrecer un consejo o remitirlos a un especialista.

En los alumnos que se encontraban en riesgo de no cumplir la competencia, eran canalizados con los expertos de dichas materias para que acudieran a constantes asesorías en donde en sus evaluaciones se observó una mejoría considerable y un cambio de actitud hacia la materia.

En el caso de las entrevistas en donde se encuestó sobre las enfermedades que padecían, se obtuvieron resultados de que por lo menos 2 alumnos son alérgicos a la penicilina; esta información nos resultó interesante pues en caso de accidente podemos referir que el estudiante es alérgico a estos medicamentos y ayudamos a su pronta mejoría. En el caso de uso de lentes sólo dos alumnos los usan, esto también influye en su aprendizaje pues al no tener uno de sus sentidos al 100% lo afectaría.

CONCLUSIONES

En la Licenciatura de Arquitectura del Tecnológico de Estudios Superiores de Valle de Bravo. (TESVB), le es asignada una hora a la semana para entrevistarse con el tutor lo que permite tener una mayor comunicación entre el tutor y el tutorado. Al inicio del semestre se entrega un plan de acción tutorial en donde está descrito todas las actividades que se realizarán durante todo el semestre.

De las encuestas realizadas a los tutorados se detectó que influye en gran medida su relación de la escuela con el hogar, en donde las relaciones interpersonales son importantes e incentivan al alumnado.

De los tutorados encuestados se obtuvo que algunos de ellos no acreditaron materias con anterioridad por falta de ingresos para continuar con sus estudios o simplemente como motivación para continuar con ellos.

Para los encuestados les es muy importante el cuidado de la salud general así como la educación sexual en donde desean esperar un poco antes de convertirse en padres de familia.

Los tutorados encontraron satisfactorio el apoyo que les brinda el Tecnológico pues le permite continuar sus estudios, y evitar el abandono escolar; buscando alternativas he intentado dar una mejor resolución de problemas. Para lograr el éxito profesional.

Ésta es una propuesta para el nuevo cambio que se pretende hacer en la tutoría universitaria, por lo cual nos es importante, conocer nuevas alternativas.

Información perteneciente al Tecnológico de Estudios Superiores De Valle De Bravo. (TESVB) de la Licenciatura de Arquitectura

BIBLIOGRAFÍA

ANUIES, (2001) La Educación Superior en el Siglo XXI; Líneas estratégicas de desarrollo, Una propuesta de ANUIES

Bisquerra, R., Barcelona (2004) Métodos de investigación educativa: Guía práctica. PPU.

Castellanos, Ana Rosa, México (2006) Integración del Servicio Social al Currículo. Taller realizado durante el XXII Congreso Nacional de Servicio Social. Documento base.

Cuaderno de tutoría del estudiante del SNIT, 2013, Secretaria de Educación Pública. Manual del tutor del SNIT, noviembre 2012, Secretaria de Educación Pública

De Serrano y Olivas, México (1989) la Tutoría grupal: ¿una opción para las universidades?, ANUIES.

Declaración de la 44a reunión de la, Conferencia Internacional de Educación, Ginebra, Suiza, octubre de 1994. Ratificada por la Conferencia General de la UNESCO en su 28a reunión, París, Francia, noviembre de 1995.

DGEST, México (2007) Programa Nacional de Tutorías.

DGEST, México (2008) Programa Institucional de Innovación y Desarrollo 2007-2012, "Hacia la Transformación del Sistema"

García H, Madrid (1994): Problemas y métodos de investigación en educación personalizada. Bases metodológicas de investigación.

http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/libros/lib42/000.htm

Lorea Conde I., Pamplona (2006). Características clínicas, comorbilidad psicopatológica y rendimiento neuropsicológico de adictos a la cocaína en tratamiento ambulatorio, Tesis Doctoral, Universidad Pública de Navarra

Presidencia, México, (2007) Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2012

Romo López A. México (2011) Programas Institucionales de Tutoría; ANUIES.

Romo López, A. (2011) La Tutoría; Una estrategia innovadora en el marco de los programas de atención a estudiantes, México, ANUIES. Cuadernos de casa ANUIES.

SEP, México (2007) Programa Sectorial de Educación 2007 - 2012

UNESCO, Paris (1998) Declaración Mundial Sobre Educación.

Vexler I. Perú (2000) la función Tutorial y el sistema de Tutoría, Cursos de Cultura y humanidades, Educación, Tutoría Educativa, Ministerio de Educación.

ANEXOS

REPORTE GRUPAL DE ACTIVIDADES TUTORIALES POR SESIÓN					
CARRERA:	ARQUITECTURA			PERÍODO:	2015-1
TUTOR:	ARQ. CESAR MONROY MONDRAGÓN			GRUPO:	801
FECHA	SESIÓN	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES	ALCANCE	NO. ALUMNOS
06-mar	1	1. PRESENTACIÓN DE TUTOR Y TUTORADOS 2. PRESENTACIÓN DEL PIT. 3. Recabación de datos estadísticos e información académica para canalizar asesorías.	Se llevó a cabo la conversación inicial entre Tutor y Tutorados para establecer comunicación efectiva y brindar confianza. Se llevó a cabo la Presentación del PIT, basada en MANUAL DEL TUTOR. Se entrega el <i>cuaderno de Trabajo de Tutoría del Estudiante</i> y formato de <i>Expediente de Tutorado</i> para requisitarlo.	cumplido	18
13-mar	2	1. Actualización de expedientes. 2. Recabar información de condiciones generales de salud de Tutorado.	Se recibió el formato de Expediente de Tutorado actualizado, así como también la aplicación de la encuesta formulada por Coord. De Tutorías Gral. Complementando la información con un certificado médico proporcionada por alumno para obtener IMC.	cumplido	12
20-mar	3	PLÁTICA DE SALUD (Conferencia sobre ADICCIONES)	Se llevó a cabo una conferencia sobre ADICCIONES, mediante presentación de diapositivas; la impartirá el médico del TESVB.	cumplido	18
27-mar	4	ANTEPROYECTO DE RESIDENCIAS	Se le dio lectura al Reglamento de Residencia Profesional y se aclararon dudas con respecto a procedimientos y proyectos involucrados.	cumplido	9
10-abr	5	ANTEPROYECTO DE RESIDENCIAS	Se pido el reporte de avance al tutorado y se le solicito al docente encargado de metodologías de investigación informar su situación para tomar acciones pertinentes, en caso de ser necesaria intervención de Tutor.	cumplido	9
17-abr	6	SEGUIMIENTO DE ASESORÍAS	Se llevó a cabo la plática grupal para identificar a los tutorados en problemas en sus diferentes materias.	cumplido	9

24-abr	7	PROCESO DE TITULACIÓN	En relación a la plática impartida por la Lic. Mariana Lazos se les pregunto a los tutorados si existía alguna duda con el proceso de titulación.	cumplido	10
30-abr	8	PLÁTICA DE SALUD	Se elaboró un formato para detectar los problemas médicos de los tutorados en relación a los certificados de salud presentados al inicio del semestre.	cumplido	16
08-may	9	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	Se elaboró y se aplicó el examen práctico del Examen Global por Áreas del Conocimiento, para obtener resultados e identificar las deficiencias de conocimientos reflejadas en respuestas.	cumplido	18
15-may	10	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	No se aplicó el examen escrito del examen global por áreas del conocimiento ya que por las entregas que tenían los tutorados fue difícil acordar un día para su aplicación quedando con los tutorados de aplicar este examen en el periodo intersemestral.	incumplido	12
22-may	11	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	Se realizó la entrega de investigación impresa, para su revisión.	cumplido	9
29-may	12	PLÁTICA DE SALUD	Se realizó el reporte de problemas detectados y canalizarlo a quien corresponda.	cumplido	18
05-jun	13	PROYECTO CENEVAL/ O RESIDENCIAS Y TITULACIÓN	Se continuó con la revisión de la investigación impresa, para su revisión.	cumplido	18
12-jun	14	SEGUIMIENTO DE ASESORIAS	Se llevó a cabo una plática entre los tutores para solicitar la información actualizada, para conocer la situación individual y grupal, y actuar en consecuencia.	cumplido	18
19-jun	15	PLÁTICA DE VIOLENCIA	No se llevó a cabo la exposición del tema mediante diapositivas y generación de discusión sobre lo observado en su entorno, en el tema de violencia.	incumplido	18
26-jun	16	GENERACIÓN DE REPORTES TUTORES	se generaron los reportes por materia y general para identificar si se alcanzó la competencia, así como graficar	cumplido	18

			los resultados		
03-jul	17	GENERACIÓN DE REPORTES COORDS.	Se realizó la entrega de la información generada al coordinador de la carrera.	cumplido	18

TRATO DIGNO POR EL PERSONAL DE SALUD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Natalie Bonaga Aguirre¹

Iris Hayde Arzate Arzate²

Tania Michel Mariano Cruz³

Miriam Gómez Ortega⁴

Bárbara Dimas Altamirano⁵

RESUMEN

Introducción: El trato digno es el respeto que se proporciona a una persona, en el área hospitalaria, el paciente requiere de la atención y/o cuidados en base a sus necesidades básicas, fisiológicas y fisiopatológicas, debe ser considerado como un ser humano con derechos por lo tanto el servicio que se le proporciona tiene que ser con amabilidad, cortesía y respeto. **Objetivo:** Analizar el trato digno que reciben los usuarios del personal de salud en un hospital de tercer nivel. **Metodología:** Fue cuantitativo, descriptivo, transversal, conformada por un universo de 108 usuarios de un hospital de tercer nivel. La muestra estuvo integrada por 75 usuarios de los servicios de hospitalización de todos los turnos, instrumento: fue una encuesta de indicador trato digno de la Secretaría de Salud, integrado por 15 reactivos. El análisis de los datos estadísticos fue Excel y SPSS aplicado para análisis e interpretación. **Resultados:** En relación al trato con respeto hacia los usuarios, el personal de enfermería lo cumple un 97.3%, el médico en un 88%. En cuanto a la presentación con el usuario por parte de enfermería, lo lleva a cabo en un 93.3%, y los médicos en un 84%. Respecto al personal de enfermería que se dirige al usuario por su nombre, lo hacen el 94.7%, y los médicos en un 84%. **Conclusión:** Los usuarios refieren que

¹ Pasante de la Licenciatura en Enfermería. natalie1dic@yahoo.com.mx

² Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx.

³ Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx. rugal_mio2510@hotmail.com

⁴ Dra. en Educación .P. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. miriamgo29@hotmail.com

⁵ Dra. en A. D. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Integrante del cuerpo académico Educación para la salud y de la Red Nacional Salud y Educación. (barby041508@gmail.com)

el trato digno es la adecuada atención en el cuidado de su salud, brindada por el personal de salud que son de vital importancia en el proceso salud enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública en un estudio realizado en el 2001 arrojó que el índice de trato digno fue adecuado en los hospitales con 5.7 cifra que refleja la capacidad del sistema para responder a expectativas de los usuarios, colocando a México en un nivel intermedio a nivel mundial, donde Estados Unidos alcanza un índice de 8.1 y Suiza 7.4 mientras que Asia y África ocuparon los últimos lugares (García, 2011:33). En el ámbito nacional, el 80.6% de los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena, esta proporción fue de 80.3 y 84.2% para 2006 y 2010 respectivamente. Por el contrario, 6% de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala, similar a lo reportado en 2006 de 6.4%, pero superior a lo reportado en 2000, 4.2%. En 2012, 13.4% de los usuarios de servicios hospitalarios dice que no regresaría a la misma institución que lo atendió (Gutiérrez, 2012:11). Las quejas más comunes ante la comisión nacional de arbitraje son la mala práctica y la negligencia, así como las deficiencias administrativas y accidentes e incidentes (CONAMED, 2015:42). Así mismo existen quejas verbales de algunos pacientes con relación a la realización de los procedimientos, y debido a que la mayoría de la población derechohabiente es servidor público demandan servicios más rápidos, de calidad atención personalizada, así como servicios fiables y confiables con horarios más extensos, pero sobre todo, el personal de salud que los traten con cortesía, respeto y amabilidad. (SSA; 2003: 32). La coordinación de calidad pasa a evaluar diariamente a los servicios los indicadores de calidad y mensualmente se publican los resultados en las mamparas del hospital, encontrándose el indicador trato digno en un nivel bajo durante el mes de Agosto Septiembre 2015. A nivel estatal en un hospital de Santiago Tianguistenco se realizó un estudio en el que se encontró que el 8% de los usuarios indicaron que el servicio fue bueno, el 9% regular y el 3% como excelente, a sí mismo el 80% señalaron que fueron tratados con respeto (Mendoza,

2009:8). Por tal motivo la Dirección General de Calidad, y Educación en Salud, así como la Comisión Permanente de Enfermería, en Junio del 2002, inició el desarrollo del proyecto Evaluación de la Calidad de los servicios de Enfermería con el propósito de definir el concepto de calidad, indicadores de calidad del personal de salud y la metodología para su medición. Entre estos indicadores destaca el trato digno cuyas características son: respeto, información, interés y amabilidad. (CPE, 2009:35). El código de Ética impone a los miembros del área de la salud, en quienes recae la responsabilidad de cumplir con los indicadores de calidad. El deber de desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral y como miembro de una sociedad y de un profesión es indispensable para un mejor cuidado de los usuarios, en cada momento, y es un derecho de estos el recibir un trato digno y respetuoso con respecto a sus condiciones personales y morales, relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor, y a su intimidad cualquiera que sea su padecimiento que presente. El departamento de calidad en enfermería evalúa diariamente los indicadores de calidad en las áreas de hospitalización y mensualmente publican los resultados, y se observó que el indicador trato digno se encuentra en un nivel bajo. Las quejas más comunes ante la comisión nacional de arbitraje son la mala práctica y la negligencia, así como las deficiencias administrativas y accidentes e incidentes (CONAMED, 2015:42). Así mismo existen quejas verbales de algunos pacientes con relación a la realización de los procedimientos, y debido a que la mayoría de la población derechohabiente es servidor público demandan servicios más rápidos, de calidad atención personalizada, así como servicios fiables y confiables con horarios más extensos, pero sobre todo, el personal de salud que los traten con cortesía, respeto y amabilidad (SSA, 2003:32). La coordinación de calidad pasa a evaluar diariamente a los servicios los indicadores de calidad y mensualmente se publican los resultados en las mamparas del hospital, encontrándose el indicador trato digno en un nivel bajo durante el mes de Agosto-Septiembre 2015. La productividad social el crecimiento económico de los países, no obstante, en los últimos años ha sido evidente que no sólo los indicadores materiales son relevantes en la vida de las personas, sino que existen otros factores como los bienes relacionales, los bienes que no se adquieren en el mercado, que también tienen gran influencia en la

percepción de la satisfacción y la felicidad de las personas (García, 2011:9-11). En una sociedad en la que sus miembros viven enfermos, física o mentalmente, tiene menos relación social, baja la productividad, aumento de gastos y disminuye en el rendimiento económico, pero sobre todo presenta la disminución del bienestar por tal motivo, la razón de ser del Sistema Nacional de Salud es el bienestar del país y un estado saludable (Hamui, 2013:21-31) .El trato digno por parte del personal de salud se apega al respeto de los Derechos Generales de los usuarios, así como al cumplimiento del Decálogo de Ética de las Enfermeras, Enfermeros y Médicos de México. La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos (García, 2011:27-28). En la asistencia de la salud, la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que este mantiene un vínculo más estrecho con los usuarios y la comunidad, por ello adquieren gran importancia. Por tal motivo, un trato digno por el personal de salud, genera que el paciente adquiera confianza y seguridad, lo que se manifestará en un estado de mejora, creando un ambiente de bienestar emocional, que se verá reflejado en el estado físico del paciente, reduciendo así su estadía hospitalaria y evitando que adquieran enfermedades nosocomiales debido a la estancia prolongada en el hospital. Esto a su vez beneficia al hospital, ya que reduce tiempo, costos y tiempo de espera.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de estudio del estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, correspondiente a la línea de investigación, Educación para la Salud en el ambiente laboral, la muestra estuvo conformada por los usuarios de segundo piso cirugía, tercer piso: nefrología, geriatría y traumatología y cuarto piso de medicina interna De los 108 usuarios de los servicios de hospitalización, se tomó únicamente a 75 participantes, mediante el programa SPSS, esto durante el mes de octubre del 2015 durante los turnos: vespertino y nocturno (guardia B).la recopilación de datos se hizo

a través de la técnica de encuesta como instrumento se utilizó un formato que está basado en el indicador trato digno formato F1-TDE/02 de la Secretaría de Salud modificado, el cual está integrado por una ficha de identificación y contiene dos apartados.

El primero corresponde a los datos sociodemográficos y el segundo que cuenta con 11 reactivos referentes al trato digno de tipo dicotómico para personal de enfermería y médicos, finalmente, dos preguntas de opción múltiple respecto a turno y quien lo trata mejor y dos abiertas de cómo les gustaría ser tratados por enfermería y médicos; el instrumento se validó con una muestra piloto del 10% de la muestra total. Cabe destacar que el aspecto ético fue cubierto con base en lo establecido con la ley General de Salud 2015, Artículo 100 para la investigación en seres humanos en la cual se cuenta con el consentimiento por escrito del sujeto en quién se realiza la investigación.

RESULTADOS

En relación a las medidas de tendencia central la moda es de 38 años, la mediana de 49 y la media de 48 años, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 36 a 40 años de edad de los usuarios participantes.

El grado académico de los usuarios participantes son: estudiantes 2.7%, jubilado/pensionado 5.3%, ama de casa 14.7%, servidores públicos 24% y con mayor frecuencia los profesionistas con 53.3% dando a conocer que la mayoría de los encuestados tienen una carrera la cual ejercen actualmente.

En cuanto a los días de estancia hospitalaria se manejó un rango siendo el mínimo 1 y máximo 18, por lo tanto de 16 a 18 días de estancia hospitalaria representa el 18.4%, de 13 a 15, 6.8%, de 10 a 12, 16%, de 1 a 3, 17.3%, de 7 a 9, 21.3% y con mayor frecuencia de 4 a 6 días con el 34.6%, esto influye de manera significativa en la percepción de los usuarios acerca del trato digno debido a que a mayor días de

estancia hospitalaria mayor interacción con el personal que le atiende. El indicador trato digno se refiere a el saludo por parte del personal de salud, en el caso del profesional de enfermería lo cumple en un 92%, mientras que el médico lo hace en un 89.3%, por tanto es importante reforzar este rubro.

En cuanto a la presentación por parte del personal de enfermería con los usuarios si lo lleva a cabo en un 93.3%, aclarando que dicha acción se realiza al inicio de la jornada laboral y no el 6.7% en ocasiones es omitida agregando que los usuarios mencionan desconocer el nombre de quien le atiende. Con respecto a la presentación de los médicos con los usuarios si lo hace al inicio de la jornada el 84% y no el 16% argumentando que desconocen quien es el médico tratante, residentes e internos ayudantes y lugar en donde se le puede ubicar, por lo que se tendrá que reforzar este rubro.

El personal de Enfermería se dirige por nombre del usuario en un 94.7% este rubro es de gran importancia para los usuarios, debido a que les incomoda que les hablen en diminutivo. Por lo que se refiere al personal médico, lo realiza el 84% refiriendo que los médicos omiten esta acción, les cambian el nombre a: madre, madrecita o tío, o bien no saben su nombre, por lo tanto es necesario implementar acciones para cumplir con este rubro.

En relación con el trato con respeto hacia los usuarios, el personal de enfermería cumple este rubro en un 97.3%, en contraparte con el médico que lo acata en un 88% dado que perciben gestos faciales/corporales, falta de amabilidad y no se dirigen de manera respetuosa hacia su persona. Concerniente al turno en que los usuarios perciben recibir mejor atención: turno especial obtuvo un 4%, turno nocturno 14.7%, turno vespertino 32% y con mayor frecuencia el turno matutino con 49.3%. Perciben que el personal demuestra interés, amabilidad y disponibilidad, hay continuidad en los cuidados, explican los procedimientos al usuario y al familiar, tiene mayor acceso a los servicios hospitalarios, esto debido a que hay más profesionales de la salud.

El significado de trato digno para los participantes es: cariño 1.3%, cortesía 4%, amabilidad 14.7%, adecuada atención 24% y respeto con 56%, en base a lo anterior los usuarios determinan que al ingresar a un hospital, el personal que respete sus derechos como lo establece la Secretaría de Salud, será la que cubra con el indicador de trato digno.

La continuidad de los cuidados en 24 hrs. proporcionados conforme a su padecimiento, por parte del personal de Enfermería, el 90.7% si lo llevan a cabo, mientras que el 9.3% manifestó que, se pierde la continuidad en el cambio de turno y los cuidados no son los mismos. Por parte del personal médico, el 76% realiza esta actividad y el 24% no, fundamentando que, los usuarios no conocen a los médicos que están a su cargo, hay demora para su atención, se olvidan de los procedimientos a realizar, así como de las solicitudes para estudios, agregando que no hay continuidad entre cada jornada laboral. Es importante crear conciencia en el personal médico de la continuidad y la homogeneidad del cuidado para otorgar una mejor atención. En cuanto a la consideración de los usuarios de la mejor atención que reciben del personal de salud, médicos 4.0%, ambos 37.3% y enfermería 58.7%, tomando en cuenta que la atención es oportuna, brindan buena atención y de calidad. Con la finalidad de dar cumplimiento al indicador trato digno, es importante tomar en cuenta lo que los usuarios externan a como les gustaría ser tratados por el personal de salud enfatizando en: perfeccionar la comunicación, mejorar carácter, mayor accesibilidad pero sobre todo mejorar la atención en los servicios de salud. Por último los usuarios agradecen la atención brindada por el personal, reconocen el compromiso y responsabilidad que asumen.

DISCUSIÓN

En la actualidad ha sido necesario realizar cambios en las instituciones para favorecer el desarrollo de los servicios que se brindan en la atención del paciente. Es indispensable la calidad en la atención de enfermería y médicos, debido a que no hay suficiente investigación de este indicador.

En este estudio respecto a los factores sociodemográficos que influyen en el trato digno de enfermería en la atención de los usuarios fueron: la edad, en un rango de 36 a 40 años de edad, predominó el sexo femenino, el estado civil fue casado y con uno, a tres hijos en etapa adulta lo cual coincide con los resultados de un estudio realizado por Vargas Esquivel en el año 2012.

En cuanto a los criterios del indicador de calidad trato digno el saludo por parte personal enfermería si lo cumple, mientras que el personal no lo cumple, este resultado no coincide con Carrillo Martínez 2009, debido a que la mayoría del personal de salud; tanto enfermeras como médicos omite presentarse e identificarse previo al inicio de la jornada laboral, además de que no se dirigen por el nombre del usuario, siendo importante en la identificación del usuario.

Con respecto a la explicación de los cuidados y procedimientos a realizar por parte del personal de enfermería si lo cumple, mientras que el personal médico no lo cumple, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Jiménez y Villegas 2013 quienes concluyen en su investigación realizada en un nosocomio de tercer nivel, que los usuarios reciben un explicación mínima de los procedimientos que se realizan los médicos, siendo importante el conocimiento de si proceso salud-enfermedad. Sobre el interés en el paciente por el personal de enfermería, este resultado coincide con, Bautista Luz 2012, donde existe interés por brindarle comodidad, privacidad y un ambiente agradable al usuario, a diferencia del personal médico que no lo muestra.

Referente a que el personal de salud ofrezca las condiciones necesarias para guardar la intimidad/pudor de los usuarios, el personal médico no lo realiza, y el personal de enfermería sí, lo cual coincide con Ortiz Espinoza 2006 al priorizar acciones para la sensibilización médica.

En cuanto al trato con respeto hacia los usuarios por parte del personal de salud, los resultados coinciden con Vargas Esquivel, donde por ambas partes, se determina que los usuarios son tratados con respeto por los profesionales de la salud.

En relación al criterio de enseñanza a los usuarios y familiares sobre los cuidados de su padecimiento por parte del personal de salud, no da cumplimiento y los resultados no coinciden con Vargas Esquivel en 2012, debido a que se debe enseñar al usuario y familiar los cuidados que se requieren para su recuperación.

Por lo que se refiere a la continuidad en los cuidados de los usuarios las 24 horas del día por parte del personal de enfermería, este si lo cumple y los médicos no, este resultado coincide con Vargas Esquivel 2012, donde los usuarios refieren que los cuidados de enfermería son continuos. En relación al turno en el que los usuarios refieren recibir una mejor atención es el turno matutino debido a que hay más personal de enfermería y médico, a diferencia del nocturno, estos resultados tienen similitud con Burgos Moreno en 2012, quien refiere la falta de atención, aseo y confort, relacionado con la escasez del personal y la poca empatía del usuario.

Con respecto al significado del trato digno para los usuarios la mayoría lo relacionó con el respeto y adecuada atención, este resultado coincide con Vargas Esquivel 2012, en el que los usuarios expresan que un trato digno es aquel en el que se atienden a los usuarios como seres humanos y no como objetos.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de los usuarios participantes son derechohabientes, profesionistas y servidores públicos, por tanto su percepción y exigencia es mayor en el trato digno que esperan recibir del personal de salud. Los resultados del rubro de saludo superan el rango estimado en el valor estándar por parte del personal de enfermería y en el personal médico no lo cumple. El rubro de llamar al usuario por su nombre; arroja que el personal de enfermería cumple con el

valor estándar, mientras que el personal médico no lo hace. Los resultados del rubro sobre el explicar al usuario los procedimientos a realizar muestran que el personal de enfermería lo cumple, mientras que el personal médico no lo cumple. El rubro de interés del personal de salud para el logro de una estancia hospitalaria agradable y confortable hacia el usuario demuestra que el personal de enfermería lo cumple, a diferencia del personal médico, el cual no lo hace. Los usuarios perciben que la mayor atención y trato digno recibido del personal de salud se brinda en el turno matutino, debido a que consideran hay mayor número de personal que se muestra amable e interesado ante sus intervenciones y cuidados. Los usuarios refieren y perciben el trato digno como la adecuada atención, cariño, y amabilidad brindada, haciendo especial énfasis en el respeto; ya que refieren es la mejor forma en la que el personal de salud puede brindarles un trato digno. En esta investigación fue importante analizar los aspectos de los rubros del trato digno al usuario para sugerir mejoras en el cuidado de la salud del paciente dado que cada uno de ellos tiene su propio concepto y manera de percibir estos rubros, lo cual resulta esencial para ampliar la visión sobre los factores que influyen en la atención de calidad brindada por el personal de salud, para lograr así y la calidad en los servicios de salud.

REFERENCIAS

- Comisión Permanente de Enfermería (2009): Evaluación de la Calidad de los servicios de Enfermería [en línea], disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/, accesado: 3 de septiembre de 2015.
- CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) (2015), México, disponible en www.conamed.gob.mx, accesado: 15 de Septiembre 2015.
- García (2011) Mejorar en la efectividad de la entrega del cuidado de Salud. Madrid España. Ed: Booz Allen/Pearson, pág. 27-45.
- Gutiérrez T. (2012). Estudio percepción de paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de salud, México. Ed: Nueva Era. pág. 11.

Hamui L. Fuentes R. Aguirre R. Ramírez O. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México “Un estudio de satisfacción con la atención médica” 1° Ed. México. Distrito Federal. pág. 21-31.

INDICAS: “Indicadores de Calidad de Enfermería” [internet]. Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/ssm/9-programas/49-indicadores-de-calidad-en-enfermeria>. accesado: Julio de 2015.

INDICAS: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud” [internet] Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>.accesado: Julio 2015.

INDICAS: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud” (2011). Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/ssm/9-programas/49-indicadores-de-calidad-en-enfermeria> Julio de 2015.

Ley General de Salud (LGS) (2015). México. Publicado: 17 de Marzo por el Diario Oficial de la Federación. pág. 45.

Mendoza V. (2009). Percepción de la atención otorgada por el personal de enfermería; revista de enfermería intencional seguro social. Madrid. pág. 8.

PATRONES DE DISTRIBUCIÓN DE SALUD EN LA ZONA METROPOLITANA DE TOLUCA, 2000 Y 2010.

Jesús Emilio Hernández Bernal¹

Alfredo Estrada Ramírez

Roque Ortega Alcántara

RESUMEN

En la actualidad, la salud representa un tema prioritario de agenda nacional que demanda trabajo conjunto multidisciplinario para atender los retos y desafíos que se presentan hoy en día para preservar la salud de la población a través de políticas públicas que, promuevan, su promoción.

Sin, lugar, a dudas la participación de los Geógrafos en materia de salud, ha marcado un paso importante en su aportación de conocimientos y herramientas de gestión que ha permitido evaluar el impacto, la distribución y localización de las enfermedades y muertes dentro del territorio nacional.

En esta tesis se presenta un estudio derivado del proyecto de investigación de "Ciudades Saludables en México a partir de una perspectiva Geográfica. Caso Zona Metropolitana de Toluca (ZMT) ", enfocado a la promoción de la salud de la población en México, específicamente en la Zona Metropolitana de Toluca, se consideran los patrones de distribución de la mortalidad, los patrones de distribución de la morbilidad, los patrones de distribución de la natalidad y los patrones de distribución de la calidad de vida de la población.

El método empleado considera información de los censos y conteos de población y vivienda, se identificaron datos de la población total, para obtener las tasas de crecimiento entre cada periodo (2000-2010).

¹ Facultad de Geografía, Universidad Autónoma del Estado de México.

Los principales resultados en esta investigación presentan los patrones de distribución de las tasas de mortalidad, morbilidad, natalidad y calidad de vida para los años 2000 y 2010.

INTRODUCCIÓN

La teoría de la multicausalidad de la enfermedad y los avances científicos y tecnológicos de la medicina han hecho variar la estrategia seguida frente a la enfermedad. Por una parte, la enfermedad ya no es considerada como un problema individual, sino como problema colectivo. Por otra, no basta únicamente vencer a la enfermedad, hay que conseguir la salud. La base teórica del análisis de la situación de salud se fundamenta en parte, por un amplio y positivo concepto de salud, por otra en la teoría de la multicausalidad, ligada a los factores determinantes de la salud y en la necesidad de medirla no sólo en su vertiente negativa (morbilidad, mortalidad) sino también en formas directas (bienestar y calidad de vida).

El análisis de la situación de salud debe de considerarse en la primera fase de la planificación sanitaria. La medición del nivel de salud de la Zona Metropolitana de Toluca (ZMT) o diagnóstico de salud es el paso previo a la formulación de cualquier plan de salud. La información que proporciona este diagnóstico de salud es la base de trabajo para administrar correctamente los recursos humanos, materiales y financieros.

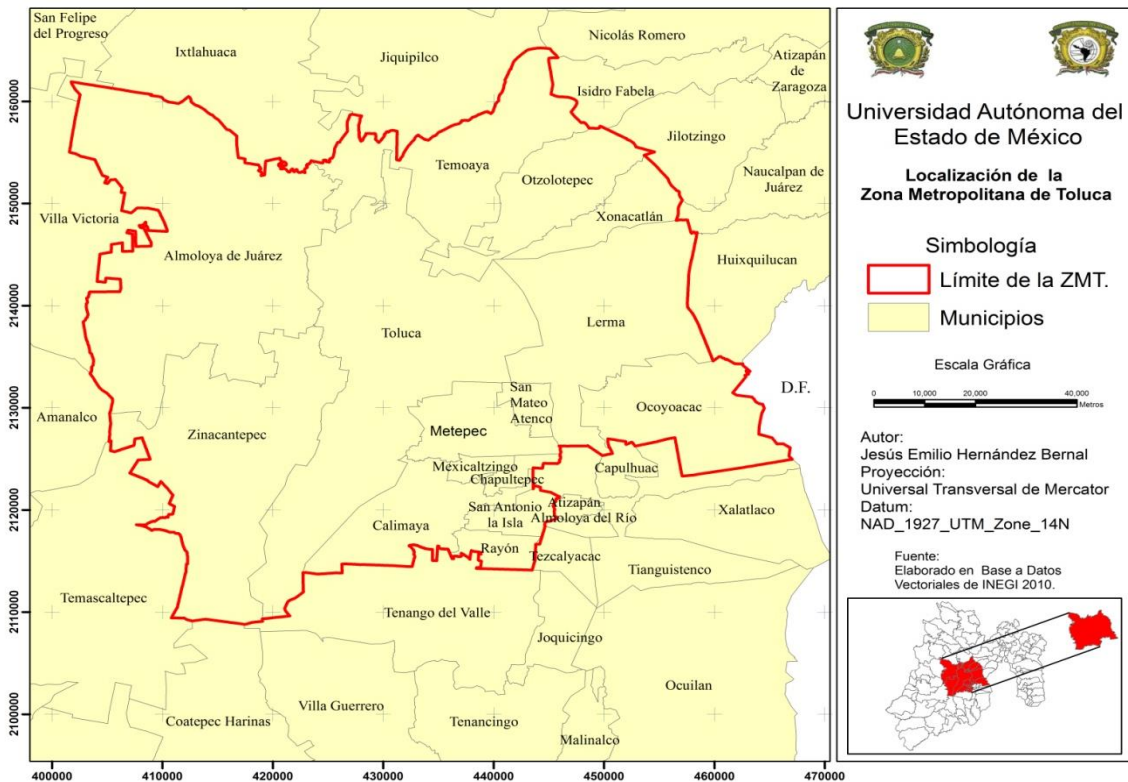
El diagnóstico de salud consiste en un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de sus problemas, y las necesidades de la población, así como los factores que influyen positiva o negativamente sobre dichos niveles de salud. Trata de explicar cuáles son los problemas de salud, las causas.

El diagnóstico de salud es el intento riguroso de objetivar el nivel de salud de una comunidad, a través de los problemas y necesidades de salud, así como de los factores que favorecen dicho estado.

Aunque existe todo un campo de investigación abierto con el objetivo de buscar los indicadores más válidos, sensibles y fiables del fenómeno salud, en la actualidad el sistema de indicadores de salud más aceptado es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud para la evaluación de la Estrategia de Salud.

Localización

La ZMT cuenta con una extensión territorial de 2, 203.2 km². Y se encuentra ubicada en la porción centro-oeste del Estado de México. Sus límites territoriales están definidos al norte por los municipios de Ixtlahuaca, Jiquipilco e Isidro Fabela, al sur por lo municipios de Coatepec Harinas, Villa Guerrero, Tenango del Valle, Texcalyacac, Almoloya del Río, Atizapán y Capulhuac, en dirección este por el Distrito Federal y los municipios de Xalatlaco, Huixquilucan, Naucalpan de Juárez y Jilotzingo y en dirección oeste por los municipios de San Felipe del Progreso, Villa Victoria, Amanalco y Temascaltepec (Mapa

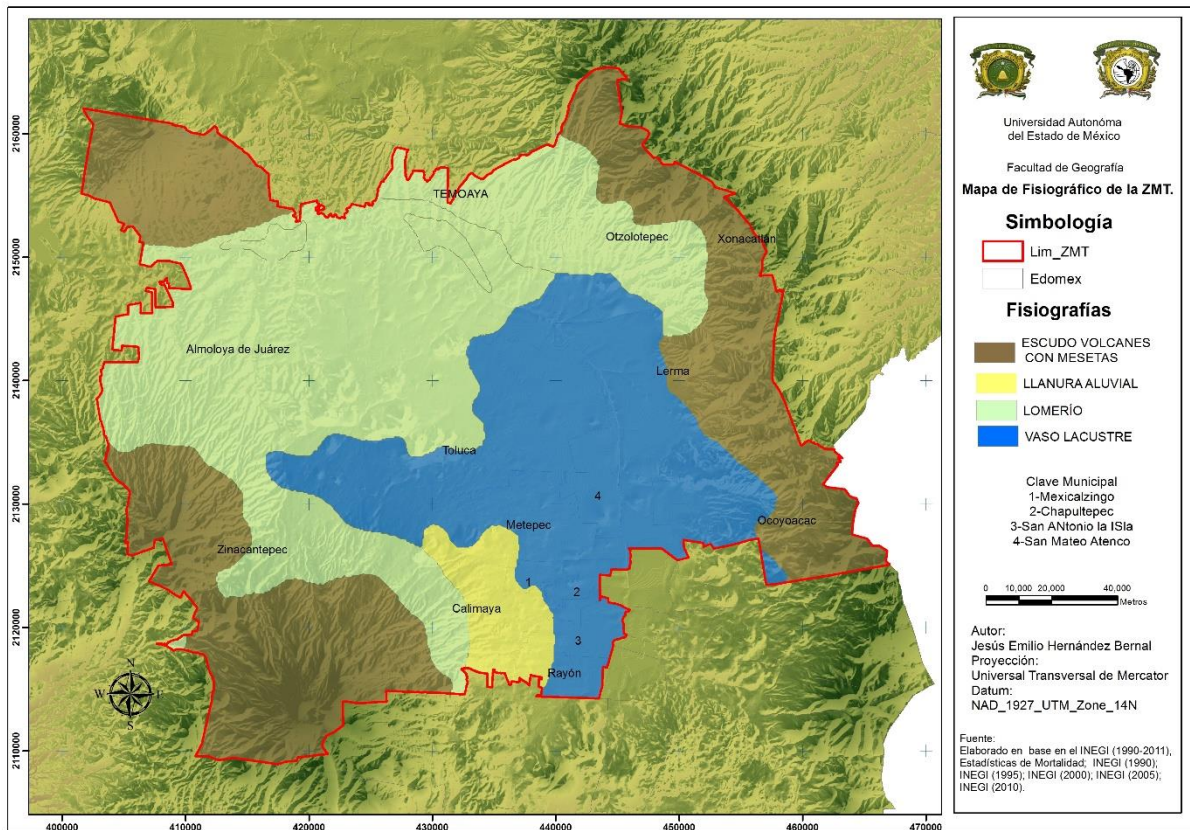


1).

Mapa 1: Localización de la Zona Metropolitana de Toluca.

Fisiografía

Según INEGI (2007) la ZMT se localiza en la subprovincia de Lagos y Volcanes de Anáhuac, perteneciente a la provincia del Eje neo volcánico-transversal que se encuentra dentro del estado de México. Los sistemas de toposformas que constituyen a esta subprovincia en la ZMT son: sierras volcánicas, entre ellas está el Nevado de Toluca con una elevación de 4, 680 m.s.n.m. y Sierra de las Cruces la cual separa las cuencas de Toluca y México, aquí las lavas dominantes son de tipo andesítico y producen un paisaje abrupto, sobrepasa los 3, 000 m.s.n.m. también destacan relieves como llanuras y lomeríos enmarcados por la cuenca del río Lerma que posee rasgos característicos de un vaso lacustre y se encuentra a 2, 600 m.s.n.m. donde nace el río del mismo nombre Mapa 2.



Mapa 2: Principales Fisiografías de la Zona Metropolitana de Toluca.

Clima.

En general la ZMT presenta un tipo de clima C(w2)(w)b(i)g templado-subhúmedo con verano largo, lluvia invernal inferior a 5%, es isotermal y la temperatura más elevada se presenta antes del solsticio de verano, este tipo de clima cubre totalmente a los municipios de Metepec, San Mateo Atenco, Mexicaltzingo, Chapultepec, San Antonio la Isla y Rayón y parcialmente a los municipios de Almoloya de Juárez, Temoaya, Oztolotepec, Xonacatlán, Lerma, Toluca Zinacantepec, Ocoyoacac y Calimaya. A su vez corresponde a las zonas más bajas enmarcadas por lomeríos y llanuras.

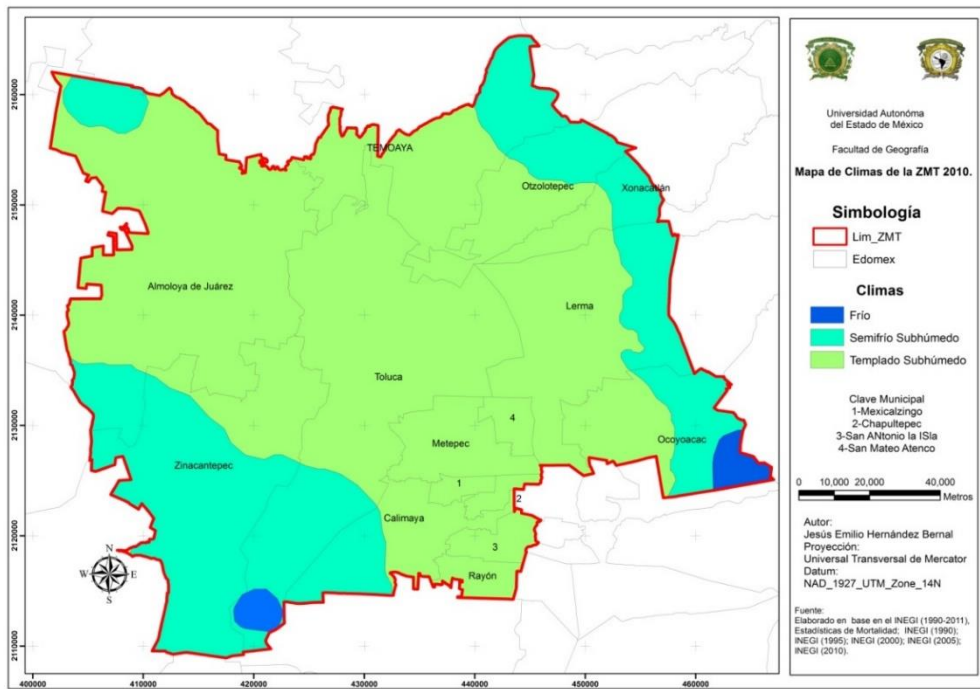
El segundo en predominancia es el C(E)(w2)(w)b(i)g clima semifrío, subhúmedo, con porcentaje de precipitación invernal menor a 5, el verano es largo, es isotermal y la temperatura más elevada se presenta antes del solsticio de verano. Corresponde a algunas porciones con lomeríos y sierras, específicamente en los municipios de Zinacantepec, Toluca, Temoaya, Oztolotepec, Xonacatlán, Lerma, Ocoyoacac y Almoloya de Juárez.

También se presenta el E(T)H clima frío, con temperatura media anual entre -2 °C y 5 °C y, la del mes más frío es menor a 0 °C. Únicamente se localiza en la parte más elevada del Nevado de Toluca, por encima de los 4, 000 m.s.n.m.

La temperatura media anual es de 14.7 °C, las temperaturas más bajas se presentan en los meses de enero y febrero son alrededor de 3.0 °C. La temperatura máxima promedio se presentan en abril y mayo es alrededor de 25 °C.

Las lluvias se presentan durante el verano en los meses de junio a septiembre, la precipitación media anual de la ZMT es de aproximadamente 900 mm anuales.

El Nevado de Toluca (Alberge, Estación de Microondas), se registra una temperatura media anual de 3.9 °C, que es de las más bajas del país, Mapa 3.



Mapa 3: Principales climas en la Zona Metropolitana de Toluca

Aspectos socioeconómicos

La población del año 2000 en la ZMT se contabilizó en 1,540,452 habitantes, siendo los municipios de Toluca, Metepec y Zinacantepec los que concentraron más del cincuenta por ciento del total con 43.27%, 12.62% y 7.91% respectivamente. Y Mexicaltzingo (0.60%), Rayón (0.59%) y Chapultepec (0.37%) fueron los municipios que menor porcentaje de población tuvieron respecto a la ZMT.

En la siguiente tabla se muestra la población total de los municipios que conforman la ZMT y el porcentaje correspondiente respecto a la población total de la Zona Metropolitana de Toluca del año 2000, Tabla 1.

Tabla 1. **Población Total de la ZMT por municipio año 2000.**

Municipio	Población Total	%
Toluca	666,596	43.27

Metepec	194,463	12.62
Zinacantepec	121,850	7.91
Almoloya de Juárez	110,591	7.18
Lerma	99,870	6.48
Temoaya	69,306	4.50
San Mateo Atenco	59,647	3.87
Otzolotepec	57,583	3.74
Ocoyoacac	49,643	3.22
Xonacatlán	41,402	2.69
Calimaya	35,196	2.28
San Antonio la Isla	10,321	0.67
Mexicaltzingo	9,225	0.60
Rayón	9,024	0.59
Chapultepec	5,735	0.37
Total	1,540,452	100.00

Elaboración propia en base a Censo de Población y Vivienda 2000 (INEGI).

De acuerdo a los últimos datos del INEGI (2010) la ZMT cuenta con una población total de 1,936,126 millones de habitantes; destacando de igual manera como el municipio más poblado la ciudad de Toluca con 819,561 habitantes (42.33%) así misma Toluca es el principal centro de los demás municipios aledaños.

Entre el año 2000 y el 2010 la población en aumento fue de 490,681 habitantes lo cual representa un crecimiento promedio de 20.3% en los últimos 10 años.

La población que concentra la ZMT representa el 12.16% de la población total de la entidad Mexiquense de ahí la importancia de los 15 municipios que la conforman. Destacando de igual forma que en el año 2000 los municipios de Toluca (42.33%), Metepec (11.06%) y Zinacantepec (8.66%) por ocupar los tres primeros sitios en cuanto a la población total del último censo (INEGI 2010), Tabla 2.

Tabla 2. **Población total de los municipios que conforman la ZMT 2010.**

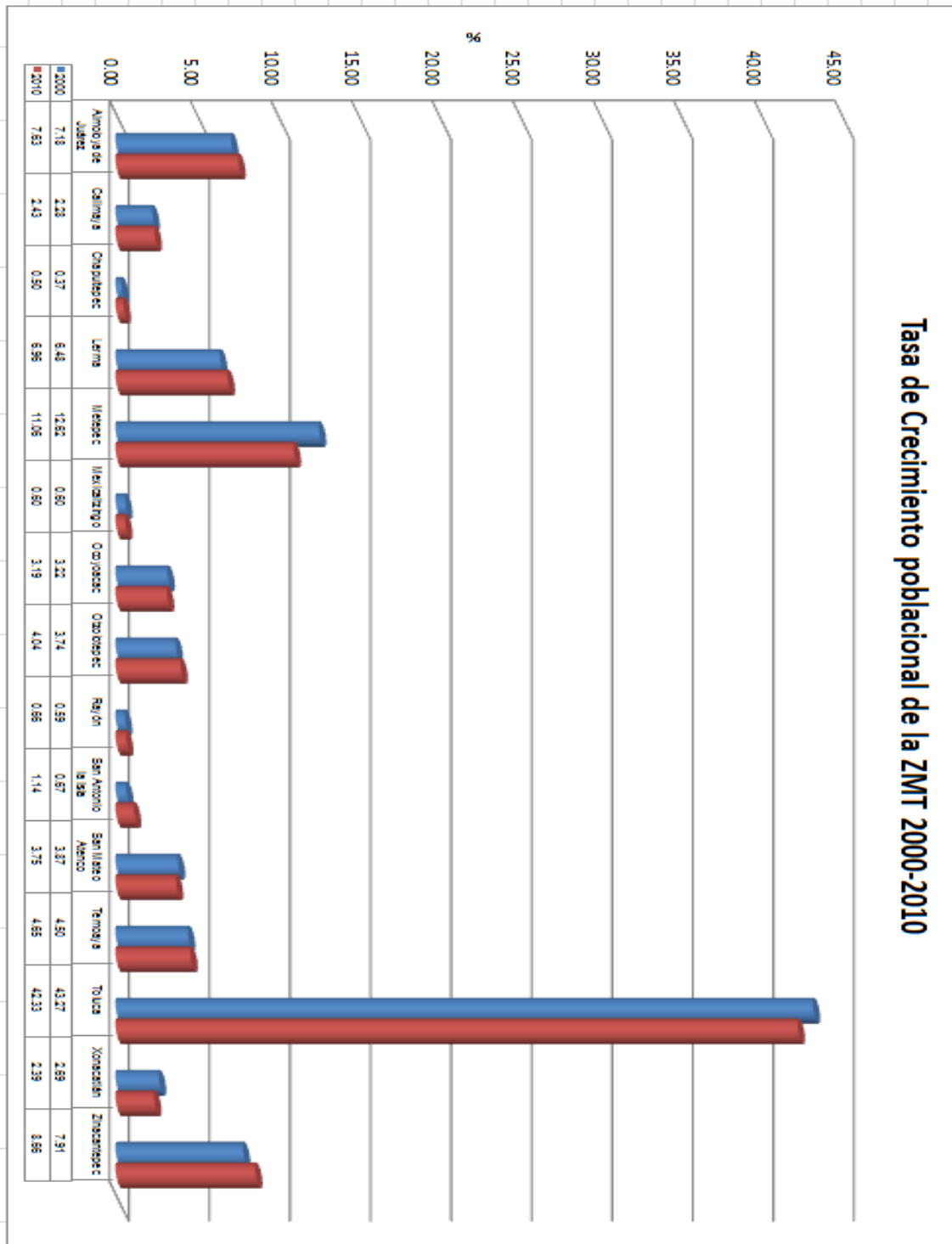
NOMBRE	POBTOT 2010	Porcentaje
Toluca	819,561	42.33
Metepec	214,162	11.06
Zinacantepec	167,759	8.66
Almoloya de Juárez	147,653	7.63
Lerma	134,799	6.96
Temoaya	90,010	4.65
Otzolotepec	78,146	4.04
San Mateo Atenco	72,579	3.75
Ocoyoacac	61,805	3.19
Calimaya	47,033	2.43
Xonacatlán	46,331	2.39
San Antonio la Isla	22,152	1.14
Rayón	12,748	0.66
Mexicaltzingo	11,712	0.60
Chapultepec	9,676	0.50
Población Total	1,936,126	100.00

Elaboración propia en base a Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI).

En la Grafico 1, se aprecia el crecimiento de cada municipio del año 2000 al 2010 respecto a la población total de la ZMT, en la mayoría de ellos el crecimiento ha sido mínimo, siendo los municipios de Zinacantepec, Lerma, San Antonio la Isla y Almoloya de Juárez los que han presentado mayor crecimiento poblacional con un 0.75%, 0.48%, 0.47% y 0.45% respectivamente. Caso contrario los municipios de Metepec, Toluca, Xonacatlán, San Mateo Atenco y Ocoyoacac presentaron una tasa de crecimiento negativo con -1.56%, -0.94%, -0.29%, -0.12% y -0.03% respectivamente.

También se puede notar que aunque los municipios de Toluca y Metepec son de los que concentran el mayor porcentaje de la población, en los últimos diez años ha ido en decremento debido a que las periferias han crecido más rápidamente.

Gráfico 1. Tasa de crecimiento poblacional por mil habitantes de la Zona Metropolitana de Toluca (2000-2010)



Elaboración propia en base a datos del INEGI (2000 y 2010).

Aunado al incremento de la población se da el crecimiento irregular de la mancha urbana, extendiéndose hacia a zonas con fines agrícolas y forestales presentándose en la mayoría los casos en los municipios periféricos. Y eso se asocia a su vez con las actividades económicas desarrolladas en los últimos años y se refleja en el deterioro de las condiciones de esta metrópoli, derivado principalmente de la incorporación de nuevas localidades al crecimiento urbano. Ello origina serios problemas de acceso a los servicios básicos, deficiencias en la dotación de equipamiento, generación de asentamientos irregulares sin ningún control y en zonas de riesgo no aptas para el desarrollo urbano, delincuencia, congestionamientos viales, problemas ambientales y deterioro de la imagen urbana y de los centros urbanos de las localidades que recientemente han sido incorporadas a la expansión, situación que da lugar a la existencia de vacíos urbanos o islas que se encuentran subutilizadas dentro del contexto metropolitano.

Es evidente que el municipio con mayor población de asentamientos humanos es la ciudad de Toluca ya que en la ZMT la ciudad está colocada en el centro quedando a su alrededor los demás municipios.

La PEA es la parte de la población total que participa en la producción económica. En la práctica, para fines estadísticos, se contabiliza en la PEA a todas las personas mayores de una cierta edad (15 años, por ejemplo) que tienen Empleo o que, no teniéndolo, están buscándolo o a la espera de alguno. Ello excluye a los pensionados y jubilados, a las amas de casa, estudiantes y rentistas así como, por supuesto, a los menores de edad.

En general la Población Económicamente Activa (PEA) de la ZMT en el año 2000 fue menor que la Población Económicamente Inactiva (PEI), representado por 519, 535 persona activas y 542, 190 personas inactivas. Sólo en los municipios de Chapultepec (51.30 %), Metepec (52.45 %), Mexicaltzingo (53.05 %), San Mateo Atenco (51.17 %) y Toluca (50.95 %) presentaron un mayor número de personas desempeñándose económicamente, Tabla 3.

Tabla 3. **Población económicamente Activa e Inactiva de la ZMT año 2000.**

NOMBRE	PEA	%	PEI	%
Almoloya de Juárez	29, 392	41.10	42, 128	58.90
Calimaya	11, 079	45.99	13, 010	54.01
Chapultepec	2, 013	51.30	1, 911	48.70
Lerma	32, 449	47.74	35, 517	52.26
Metepec	73, 905	52.45	66, 991	47.55
Mexicaltzingo	3, 365	53.05	2, 978	46.95
Ocoyoacac	17, 340	49.81	17, 474	50.19
Otzolotepec	17, 158	45.33	20, 691	54.67
Rayón	3, 078	47.65	3, 382	52.35
San Antonio la Isla	3, 392	47.51	3, 748	52.49
San Mateo Atenco	20, 769	51.17	19, 820	48.83
Temoaya	18, 504	42.34	25, 195	57.66
Toluca	237, 157	50.95	228, 349	49.05
Xonacatlán	13, 693	47.58	15, 087	52.42
Zinacantepec	36, 241	44.12	45, 909	55.88
Total	519, 535		542, 190	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de INEGI 2000.

En el año 2010 la Población Económicamente Activa (PEA) sumo un total de **768, 641** personas desempeñándose económicamente, por encima de **666, 879** personas que encontraban dentro de la categoría PEI en el mismo año.

En la tabla siguiente se observa como en la mayoría de los municipios la PEA supera la PEI excepto en el municipio de Almoloya de Juárez, Tabla 4.

Tabla 4. **Población Económicamente Activa e Inactiva del año 2010 de la ZMT.**

NOMBRE	PEA	%	PEI	%
Almoloya de Juárez	51, 587	49.70	52, 212	50.30
Calimaya	17, 875	51.65	16, 732	48.35
Chapultepec	3, 890	55.44	3, 126	44.56
Lerma	51, 688	52.11	47, 495	47.89
Metepec	91, 700	55.08	74, 788	44.92
Mexicaltzingo	4, 710	53.64	4, 070	46.36
Ocoyoacac	24, 547	52.45	22, 254	47.55
Otzolotepec	28, 160	50.38	27, 734	49.62
Rayón	4, 750	50.39	4, 677	49.61
San Antonio la Isla	8, 830	56.82	6, 711	43.18
San Mateo Atenco	28, 803	54.51	24, 036	45.49
Temoaya	32, 408	51.37	30, 677	48.63
Toluca	338, 926	55.10	276, 182	44.90
Xonacatlán	17, 848	52.32	16, 267	47.68
Zinacantepec	62, 919	51.22	59, 918	48.78
Total	768, 641		666, 879	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de INEGI 2000.

Es importante mencionar el incremento en la PEA pasando de 519, 535 personas desempeñándose económicamente en el 2000 a 768, 641 en el 2010. Sin embargo igual importancia tiene conocer las actividades en las que estos se emplean ya que esto puede estar relacionado con el cambio de uso de suelo en la ZMT, dejando de lado actividades primarias por terciarias como de servicio.

RESULTADOS

Mortalidad:

El término mortalidad es amplio y ambiguo, sin embargo, en este estudio se refiere únicamente a un componente de cambio poblacional. La ocurrencia de este evento depende de muchos factores como los fisiológicos, biológicos y ambientales que se

presentan de manera diferente entre razas, países, regiones, estados, grupos culturales, clases sociales y sexos. Además, la forma de vida es determinante para cada persona por su ocupación, ingreso, hábitos alimenticios y sobre todo el tipo de comunidad en el que vive. Dicho fenómeno proporciona gran cantidad de información acerca del nivel de vida y de los servicios de salud de una población.

El Estado de México y la ZMT han presentado cambios en la evolución de la mortalidad, al presentar una tendencia descendente de la tasa bruta de mortalidad conforme avanza el tiempo, Tabla 5.

Tabla 5. Tasa de Mortalidad del año 2000 y 2010 (Por mil Hab.).

Municipios	Tasa de mortalidad 2000	Tasa de mortalidad 2010
Almoloya de Juárez	3.32	2.84
Calimaya	3.47	2.89
Chapultepec	2.27	1.76
Lerma	2.67	2.63
Metepiec	2.91	6.17
Mexicaltzingo	3.47	3.67
Ocoyoacac	3.44	3.07
Otzolotepec	2.57	2.67
Rayón	2.99	2.59
San Antonio la Isla	2.62	2.17
San Mateo Atenco	2.57	2.98
Temoaya	4.05	3.10
Toluca	6.93	7.07
Xonacatlán	2.83	3.89
Zinacantepec	2.97	2.55

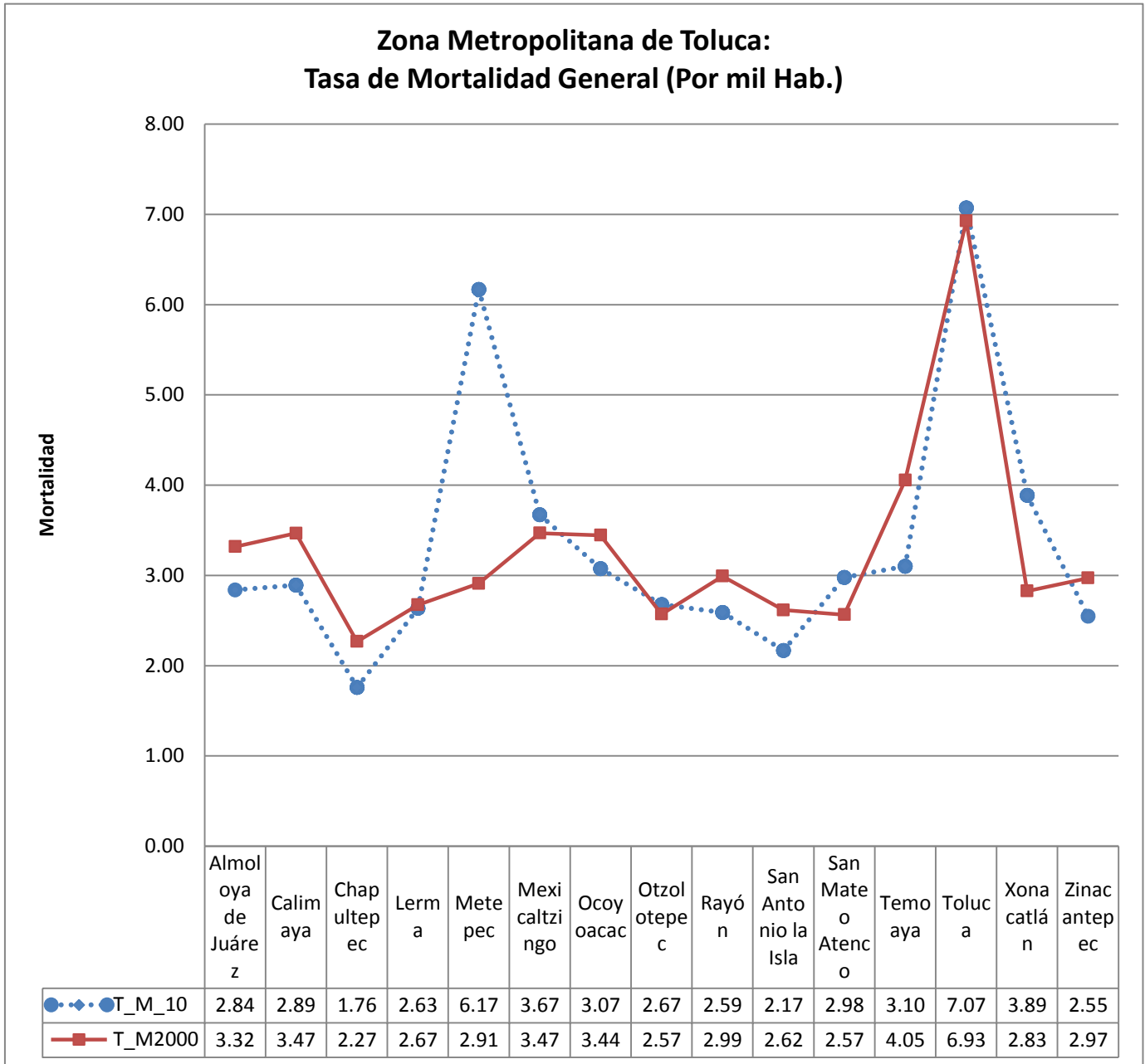
Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del ISEM e INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

Esta situación se analizó para los municipios que conforman la ZMT y se encontró que para el año de 2000, el impacto en la tasa de mortalidad fue 6.93, reflejo del comportamiento promedio de la zona, con grandes carencias, un medio ambiente contaminado y casi nulo impacto de desarrollo urbano extendido al interior de los municipios; el único municipio que marcó la diferencia fue Chapultepec con una menor tasa de mortalidad de 2.27.

Entre los municipios de mayor mortalidad para el año 2000 podemos mencionar en primer lugar a Toluca, seguido de Temoaya y Mexicaltzingo los cuales representaron una tasa de 6.93, 4.05 y 3.47, respectivamente. Al paso de una década se dieron cambios sustanciales, por ejemplo, Metepec, que no presentaba una mayor tasa para el año 2000, en 2010 pasó de ocupar el noveno lugar con una tasa de 2.91, a un segundo lugar con una tasa promedio de 6.17; es decir, este municipio creció en 3.25 puntos porcentuales lo que implicó un aumento en la tasa de mortalidad.

Por el contrario, Temoaya no se comportó de la misma forma, pasó del segundo lugar en el 2000, al quinto para el decenio siguiente con una tasa de 4.05 y 3.10 para 2000 y 2010, respectivamente. Mexicaltzingo también varió su posición al transitar del tercer al segundo lugar, en el año 2000 al cuarto, con una tasa bruta de mortalidad de 3.47 a 3.6 en este municipio se observó que aumentó su tasa de mortalidad, en este caso lo desplazó un sitio Xonacatlán ya que este en el año 2000 ocupaba el décimo lugar con una tasa de 2.83 y para el año 2010 se trasladó al tercer lugar con un aumento de 1.1 puntos porcentuales y con una tasa de 3.89 respectivamente (Gráfico 2).

Gráfico 2. Zona Metropolitana de Toluca: Tasa de Mortalidad General (Por mil Hab.)



Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del ISEM e INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

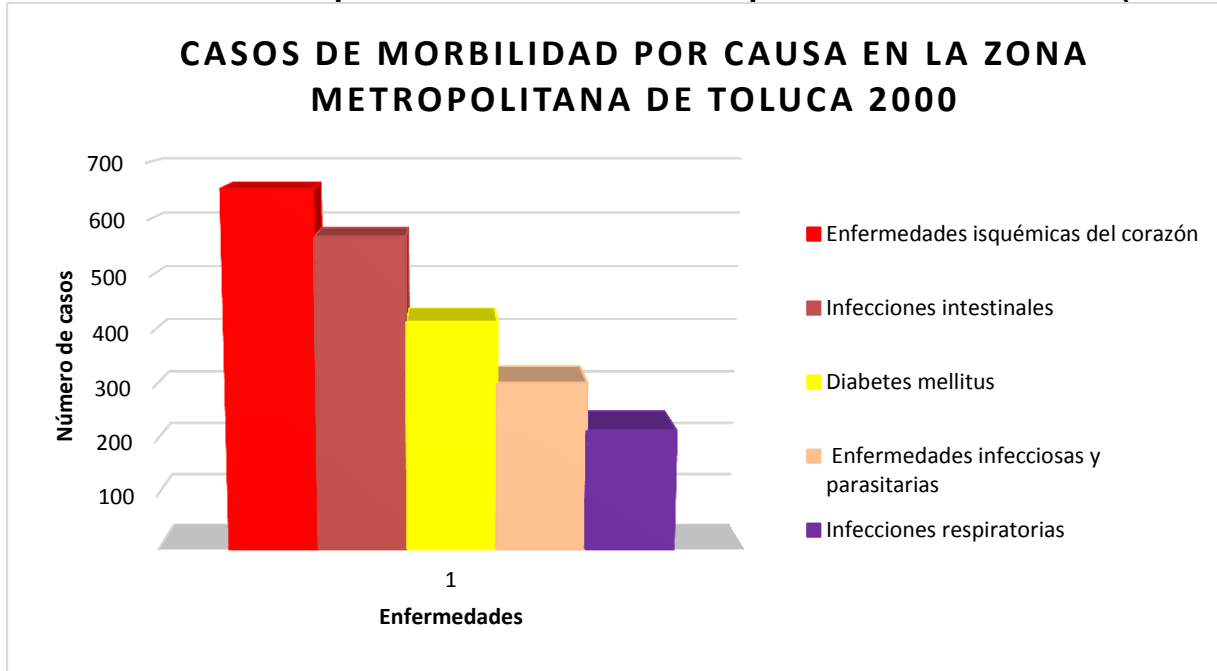
Morbilidad

La morbilidad nos permite conocer las principales enfermedades que padecen una población, el comportamiento de éstas, y además, permite establecer políticas de salud e invita a realizar investigación en tendencias y factores de riesgo de las enfermedades.

Por ellos se considera de suma importancia conocer los 5 principales padecimientos que afectan la salud de la población de la ZMT.

De acuerdo a la Secretaría de Salud en el año 2000 las principales causas de enfermedad en el Estado de México fueron: Enfermedades cardiovasculares con un total de 655 casos reportados, Infecciones intestinales con 571 casos. Diabetes mellitus fue la tercera enfermedad que más afectó a la población reportando un total de 420 casos. Enfermedades infecciosas y parasitarias ocupó el cuarto lugar con 309 casos y finalmente Infecciones respiratorias fueron de los cinco padecimientos más comunes dentro de la población mexiquense reportándose para ese mismo año un total de 222 casos. Grafico 3.

Gráfico 3. Morbilidad por causa de la Zona Metropolitana de Toluca 2000 (Casos).

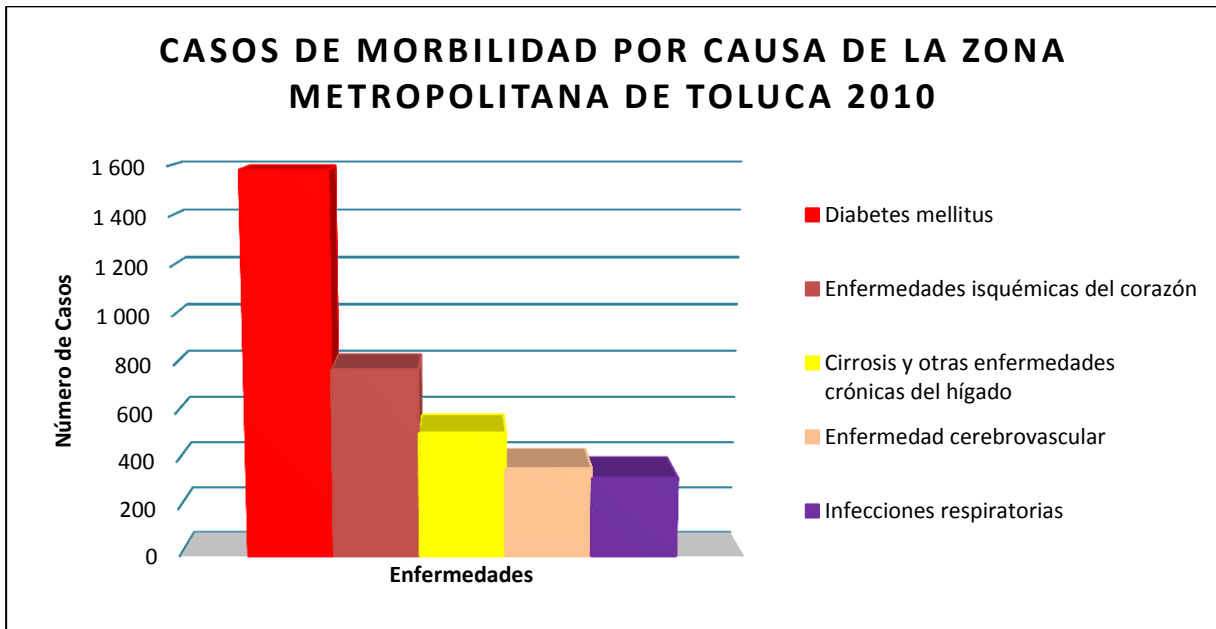


Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del ISEM e INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

En general para el año 2010 las principales enfermedades que se reportaron en la ZMT fueron: Diabetes mellitus con 1585 casos reportados, la segunda enfermedad para este año fueron las enfermedades isquémicas del corazón con un total de 784 casos, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado ocupó el tercer sitio con 522 casos, le sigue la enfermedad cerebrovascular con 372 casos y por último se encuentra las infecciones respiratorias con 334 casos.

Estas mismas enfermedades se pueden apreciar mejor en la siguiente Gráfico 4.

Gráfico 4. Morbilidad por causa de la Zona Metropolitana de Toluca 2010 (Casos).



Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del ISEM e INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2010.

Como se puede comparar en las dos Mapas, la transición de las enfermedades ha sido de manera variable; el ejemplo más claro es la tercera posición que ocupaba la diabetes mellitus en el año 2000 y como pasa a estar en primer lugar una década después. Así mismo las infecciones parasitarias descienden de las principales causas y a su vez se incorpora en tercer lugar la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, otro caso nuevo que se incorporó para el año 2010 fue la enfermedad cerebrovascular; donde no se encontró variación alguna fue el caso de las infecciones respiratorias ya que ocupan el quinto lugar general.

En particular el caso de las infecciones respiratorias que siguen constantes dentro de los principales casos de enfermedades reportados se debe al tipo de clima frío y semifrío que predomina en la ZMT.

Natalidad

Esta corresponde al número de nacidos vivos por mil habitantes en un cierto periodo de tiempo, la tasa o coeficiente de natalidad se expresa como el número de nacidos vivos por cada 1, 000 habitantes.

La tasa de natalidad se obtiene mediante la siguiente fórmula:

$$b = \frac{B}{P} \times 1000$$

Dónde:

b = tasa de natalidad

B = Número total de nacimientos en un año

P = Población total

En cuanto a la Tasa de Natalidad de la ZMT en el año 2000, el registro más alto se presentó en el municipio de Temoaya con Tasa de natalidad de 40.04, es decir, que en ese año hubo 400 nacimientos por cada 1000 habitantes. El segundo registro más alto se obtuvo en el municipio de Almoloya de Juárez, seguido por San Mateo Atenco con 35.34 y 34.97 respectivamente. Y los municipios que obtuvieron los registros más bajos en tasa de natalidad fueron: Metepec quedando en el último lugar con 23.49, Ocoyoacac con 26.33 y Toluca con 26.77.

En la siguiente tabla se puede apreciar, el número total de nacimientos que se registraron en el año 2000 para cada uno de los municipios de la ZMT, la población total del mismo año y la Tasa de Natalidad, Tabla 6.

Tabla 6. Tasa de Natalidad de la ZMT año 2000 (Por mil Hab.)

Municipios	Nacimientos	Pot_Tot	T_N
Almoloaya de Juárez	3, 908	110, 591	35.34
Calimaya	1, 005	35, 196	28.55
Chapultepec	173	5, 735	30.17
Lerma	3, 086	99, 870	30.90
Metepec	4, 568	194, 463	23.49
Mexicaltzingo	285	9, 225	30.89
Ocoyoacac	1, 307	49, 643	26.33
Otzolotepec	1, 946	57, 583	33.79
Rayón	274	9, 024	30.36
San Antonio la Isla	320	10, 321	31.00
San Mateo Atenco	2, 086	59, 647	34.97
Temoaya	2, 775	69, 306	40.04
Toluca	17, 846	666, 596	26.77
Xonacatlán	1, 353	41, 402	32.68
Zinacantepec	3, 626	121, 850	29.76

Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del ISEM e INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

En cuanto a la tasa de natalidad en el año 2010 los municipios que presentaron las tasas más altas de natalidad fueron Temoaya con 41.99, Xonacatlán con 40.63, San Mateo Atenco 40.63. Por el contrario, los municipios que registraron menor tasa de natalidad están, Rayón con 22.81, Metepec con 23.37 y San Antonio la Isla con 27.41.

Tabla 7

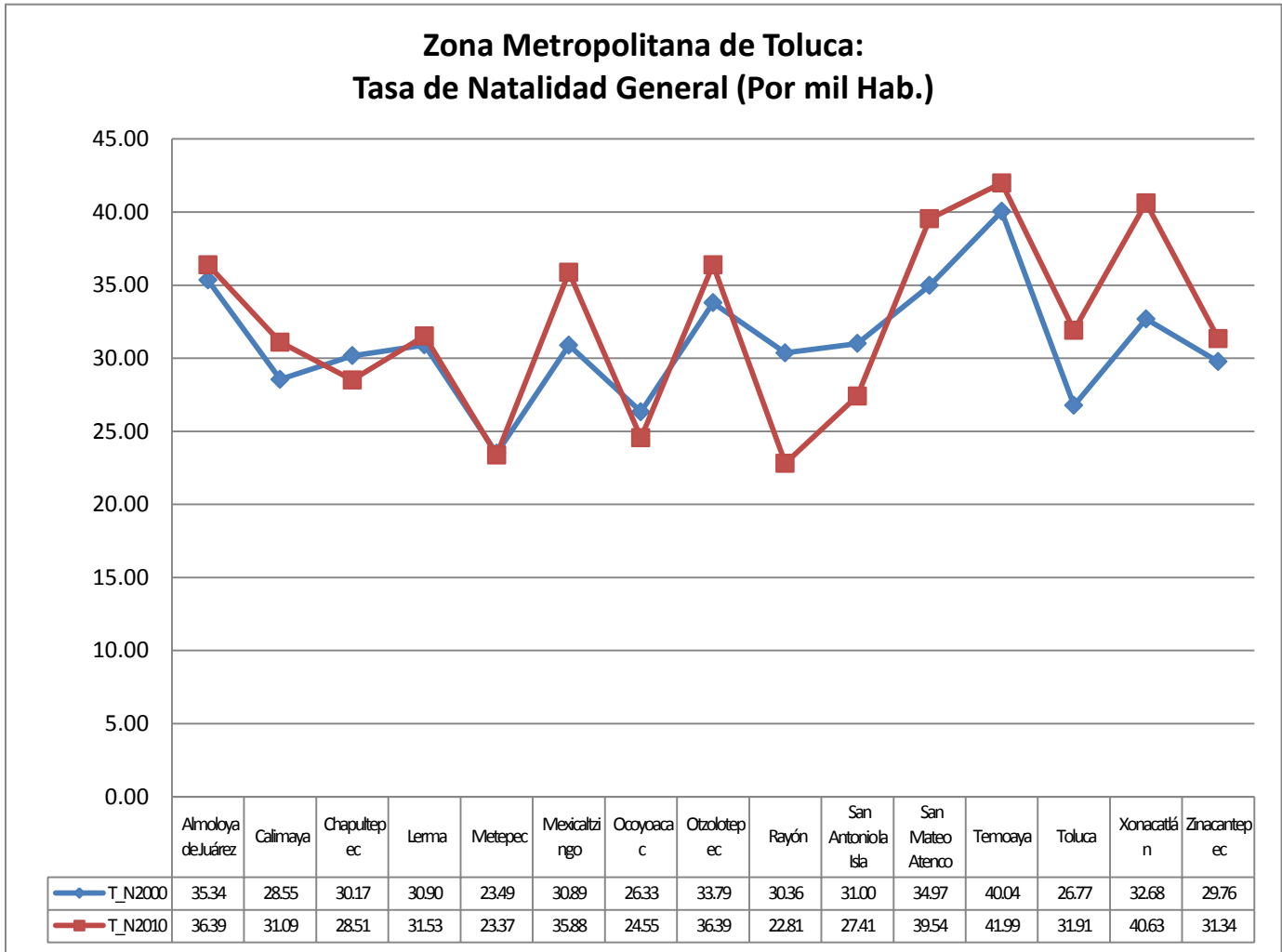
Tabla 7. Tasa de Natalidad de la ZMT año 2010 (Por mil Hab.)

Municipios	Nacimientos	Pot_total	T_N
Almoloya de Juárez	3, 777	103, 799	36.39
Calimaya	1, 076	34, 607	31.09
Chapultepec	200	7, 016	28.51
Lerma	3, 127	99, 183	31.53
Metepiec	3, 891	166, 488	23.37
Mexicaltzingo	315	8, 780	35.88
Ocoyoacac	1, 149	46, 801	24.55
Otzolotepec	2, 034	55, 894	36.39
Rayón	215	9, 427	22.81
San Antonio la Isla	426	15, 541	27.41
San Mateo Atenco	2, 089	52, 839	39.54
Temoaya	2, 649	63, 085	41.99
Toluca	19, 628	615, 108	31.91
Xonacatlán	1, 386	34, 115	40.63
Zinacantepec	3, 850	122, 837	31.34

Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del ISEM e INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

A continuación se muestra en el Gráfico 5 una comparativa de tasa de natalidad de la ZMT del año 2000-2010.

Gráfico 5. Zona Metropolitana de Toluca: Tasa de Natalidad General (Por mil Hab.)



Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del ISEM e INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

Diez de los municipios presentaron un crecimiento en la tasa de natalidad entre el año 2000 y 2010. Estos fueron: Almoloya de Juárez el cual pasó de 35.34 en el año 2000 a 36.39 en el 2010. Calimaya incremento a 31.09 en 2010. Lerma pasó de 30.90 a 31.53. Mexicaltzingo fue de los que más creció en tasa de natalidad pasando de 30.89 a 35.88. Otzolotepec creció hasta un 36.39 en 2010 a comparación del año 2000 cuando presento una tasa de natalidad de 33.79. San Mateo Atenco fue de los que también aumento su tasa de natalidad en los últimos diez años ya que fue de 39.54 en 2010. Temoaya aunque ha incrementado poco su tasa de natalidad, continúa siendo el

municipio el más alto con 41.99 en el 2010. Toluca, Xonacatlán y Zinacantepec son otros que han crecido en tasa de natalidad pasando de 26.77, 32.68 y 29.76 a 31.91, 40.63 y 31.34 en 2010 respectivamente.

Calidad de Vida

Índice de la Marginación

El índice de marginación es utilizado como un indicador para determinar las condiciones de vida de la población, permite conocer los aspectos en los cuales se encuentran más rezagados y requieren mayor atención, y así, elevar el desarrollo humano de los habitantes. Generalmente los rubros que se analizan son: educación, vivienda, ingresos monetarios y residencia en localidades pequeñas.

Para este estudio se utilizaron las estimaciones de la CONAPO (Consejo Nacional de Población) basado en datos del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010.

Como se analizó en la Zona Metropolitana de Toluca la población del año 2000 al 2010 creció rápidamente y con ello las demandas en educación, vivienda y generación de empleos. Desde 1990 la CONAPO considera estas tres dimensiones de marginación aunque para este estudio todavía se retoma la distribución de la población como una dimensión más. A continuación se abordan dichas dimensiones y los indicadores socioeconómicos empleados para su medición, los cuales se miden en sentido privativo, es decir, como déficits.

Educación

Porcentaje de Población de 15 años o más analfabeta.

Porcentaje de Población de 15 años o más sin primaria completa.

La escasa o nula escolaridad repercute a nivel individual en la generación de oportunidades de movilidad social y a nivel comunitario, en tanto que en una población trabajadora pobremente capacitada influye en el ámbito laboral, en la innovación y en la productividad. (CONAPO, 2004)

Vivienda

La vivienda es el único espacio físico constante durante las etapas de la vida de los individuos, desde la infancia hasta la edad adulta en plenitud, por tanto, es determinante para el desarrollo de las capacidades, habilidades, madurez emocional y conocimientos de toda persona (CONAPO, 2010). La carencia de estos indicadores reduce el bienestar de los ocupantes.

Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin drenaje ni excusado.

La carencia de este servicio repercute sobre la higiene de las viviendas y la salud de los ocupantes, propiciando la transmisión de enfermedades gastrointestinales entre otras, que pueden convertirse en problemas de salud pública y que repercuten en el gasto familiar, aumentando las disparidades sociales y afectando la calidad de vida. (CONAPO, 2004)

Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica.

La falta de energía eléctrica en la vivienda limita el uso de bienes y servicios tecnológicos que permiten la preparación y conservación de alimentos, así como el acceso a sistemas de información, comunicación y entretenimiento que repercuten en la calidad de vida. Asimismo, supone el uso de fuentes de energía que además de elevar los costos afectan negativamente al medio ambiente y la salud de los ocupantes (CONAPO, 2004).

Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin agua entubada.

La ausencia de agua entubada perjudica la salud y potencia la presencia de enfermedades gastrointestinales, dérmicas y respiratorias; y además obligan a los miembros de los hogares a invertir tiempo y esfuerzo físico en el acarreo de agua, a la vez que dificultan el desempeño de las labores domésticas. (CONAPO, 2004)

Porcentaje de viviendas con algún nivel de hacinamiento.

El hacinamiento compromete la privacidad de las personas generando espacios inadecuados para el estudio, esparcimiento y actividades íntimas para el desarrollo pleno de las personas. Al afectar de esta manera, se traduce en una desventaja para los individuos. (CONAPO, 2004)

Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas con piso de tierra.

La presencia de piso de tierra se relaciona directamente con la salubridad de las viviendas y su vulnerabilidad ante enfermedades principalmente gastrointestinales; también influye en la confortabilidad, por ellos se considera una limitante para el desarrollo integral de las familias y las comunidades. (CONAPO, 2004)

Distribución de la población

Porcentaje de población en localidades con menos de cinco mil habitantes.

La residencia en localidades pequeñas, que en muchos casos se encuentran dispersas y aisladas, se asocia a la carencia de servicios básicos como disponibilidad de agua, drenaje, servicio sanitario, electricidad y la inaccesibilidad a servicios educativos, lo cual repercute en los ingresos percibidos por la población y en consecuencia en su bienestar. (CONAPO, 2004)

Ingresos

Porcentaje de la población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos.

El ingreso monetario determina las capacidades para adquirir bienes y servicios; además, en el caso de los trabajos con baja capacitación se relaciona estrechamente con la productividad. (CONAPO, 2004)

En el Tabla 8 se muestran los datos recabados de CONAPO (2000) para los 15 municipios de la ZMT y las nueve variables que integran en Índice de Marginación:

Tabla 8. Variables que integran el índice de marginación de la ZTM año 2000.

Municipio	Población Total	% Población analfabeta de 15 años o más	% Población sin primaria completa de 15 años o más	% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario exclusivo	% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	% Ocupantes en viviendas sin agua entubada	% Viviendas con algún nivel de hacinamiento	% Ocupantes en viviendas con piso de tierra	% Población en localidades con menos de 5 000 habitantes	% Población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos
Almoloya de Juárez	110, 591	15.41	40.95	46.49	9.31	29.65	59.35	23.48	85.55	63.13
Calimaya	35, 196	9.35	22.79	5.80	2.49	1.90	57.06	13.55	41.45	55.84
Chapultepec	5, 735	4.87	18.77	2.90	0.63	1.69	57.78	4.67	8.70	49.87
Lerma	99, 870	7.90	22.33	5.88	0.87	3.14	50.02	6.77	54.88	44.38
Metepec	194, 463	2.80	10.18	1.24	0.60	2.25	29.14	3.06	8.18	30.42
Mexicaltzingo	9, 225	6.11	19.48	3.91	1.20	9.02	52.50	6.61	19.28	53.60
Ocoyoacac	49, 643	6.28	20.35	3.28	1.33	2.48	52.03	5.32	39.47	47.10
Otzolotepec	57, 583	13.98	35.15	22.53	1.52	2.49	61.34	22.49	71.44	54.80
Rayón	9, 024	7.56	21.53	2.83	0.63	2.31	52.42	10.40	25.88	51.07
San Antonio la Isla	10, 321	7.66	19.65	2.20	1.38	2.76	60.54	13.29	3.17	50.15
San Mateo Atenco	59, 647	5.88	17.21	4.77	1.45	24.21	49.33	5.98	3.70	51.87
Temoaya	69, 306	17.32	48.61	40.61	3.59	1.16	69.10	38.03	84.79	70.74
Toluca	666, 596	6.23	18.49	6.80	1.02	7.59	39.96	6.49	13.71	39.15
Xonacatlán	41, 402	9.59	26.46	11.50	1.34	5.05	56.33	12.18	35.94	52.50
Zinacantan	121, 850	10.52	28.00	14.68	3.56	14.89	56.84	15.75	41.02	49.15

Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del Consejo Nacional de Población. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

Como se observa en la tabla, en general los mayores porcentajes los ocupan los municipios de Almoloya de Juárez y Temoaya seguidos por el municipio de Oztolotepec, esto valores son inversamente proporcional al índice de marginación, es decir, dichos municipios son los que se encuentran más carentes en servicios.

Por ejemplo, en el indicador de porcentaje de población analfabeta los municipios más rezagados por orden de importancia son: Temoaya, Almoloya de Juárez y Oztolotepec con valores de 17.32%, 15.41% y 13.98% respectivamente. En el siguiente indicador, porcentaje de población sin primaria completa los valores más altos son para los tres municipios antes mencionados y en el mismo orden con los valores siguientes; 48.61%, 40.95% y 35.15%. En el indicador de Porcentaje de ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario exclusivo se presenta con los valores más altos Almoloya de Juárez, seguido por Temoaya y Oztolopetec con 46.49%, 40.61% y 22.53% respectivamente. Después los municipios que más déficit tuvieron en el año 2000 en servicio de energía eléctrica fueron Almoloya de Juárez, Temoaya y Zinacantepec con los valores de 9.31%, 3.59% y 3.56%. Almoloya de Juárez, San Mateo Atenco y Zinacantepec son los municipios que más déficit en el abasto de agua presentaron en el año 2000 con valores muy por encima del resto de los municipios (29.65%, 24.21% y 14.89%). Temoaya, Oztolotepec y San Antonio la Isla presentaron mayores porcentajes en viviendas con algún nivel de hacinamiento con los siguientes valores 69.1%, 61.34% y 60.54% respectivamente. Los porcentajes más altos en viviendas con piso de tierra los ocuparon los municipios de Temoaya con 38.03%, Almoloya de Juárez con 23.48% y Oztolotepec con 22.49%. En el indicador de porcentaje de población en localidades con menos de cinco mil habitantes, los primeros sitios en déficit son, Almoloya de Juárez con 85.55 %, Temoaya con 84.79 % y Oztolotepec 71.44 %. Finalmente en el último indicador porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos los más rezagados son, Temoaya con 70.74%, Almoloya de Juárez con 63.13% y Calimaya con 55.84%. Como es de notarse los municipios que más carencia tuvieron en los 9 indicadores son Almoloya de Juárez, Temoaya y Oztolotepec, de ahí que el grado de marginación es alto para los dos primeros y medio para el tercero, como se muestra en el siguiente Tabla. Se hace mayor énfasis a estos tres debido a las

escaseces que presentan y por tanto deben de recibir mayor atención en la prestación de servicios. En el Tabla 9 se muestran los 15 municipios de la ZMT con el índice y grado de marginación que corresponde a cada uno de acuerdo a las estimaciones de la CONAPO 2000.

Tabla 9. Grado de Marginación de la ZTM año 2000.

Municipio	Índice de Marginación	Grado 2000
Almoloya de Juárez	0.06082	Alto
Calimaya	-1.04893	Bajo
Chapultepec	-1.42213	Muy Bajo
Lerma	-1.26583	Bajo
Metepiec	-2.06306	Muy Bajo
Mexicaltzingo	-1.31233	Muy Bajo
Ocoyoacac	-1.34431	Muy Bajo
Otzolotepec	-0.53718	Medio
Rayón	-1.29752	Muy Bajo
San Antonio la Isla	-1.29503	Muy Bajo
San Mateo Atenco	-1.35638	Muy Bajo
Temoaya	0.18225	Alto
Toluca	-1.60659	Muy Bajo
Xonacatlán	-1.2868	Bajo
Zinacantepec	-0.88296	Bajo

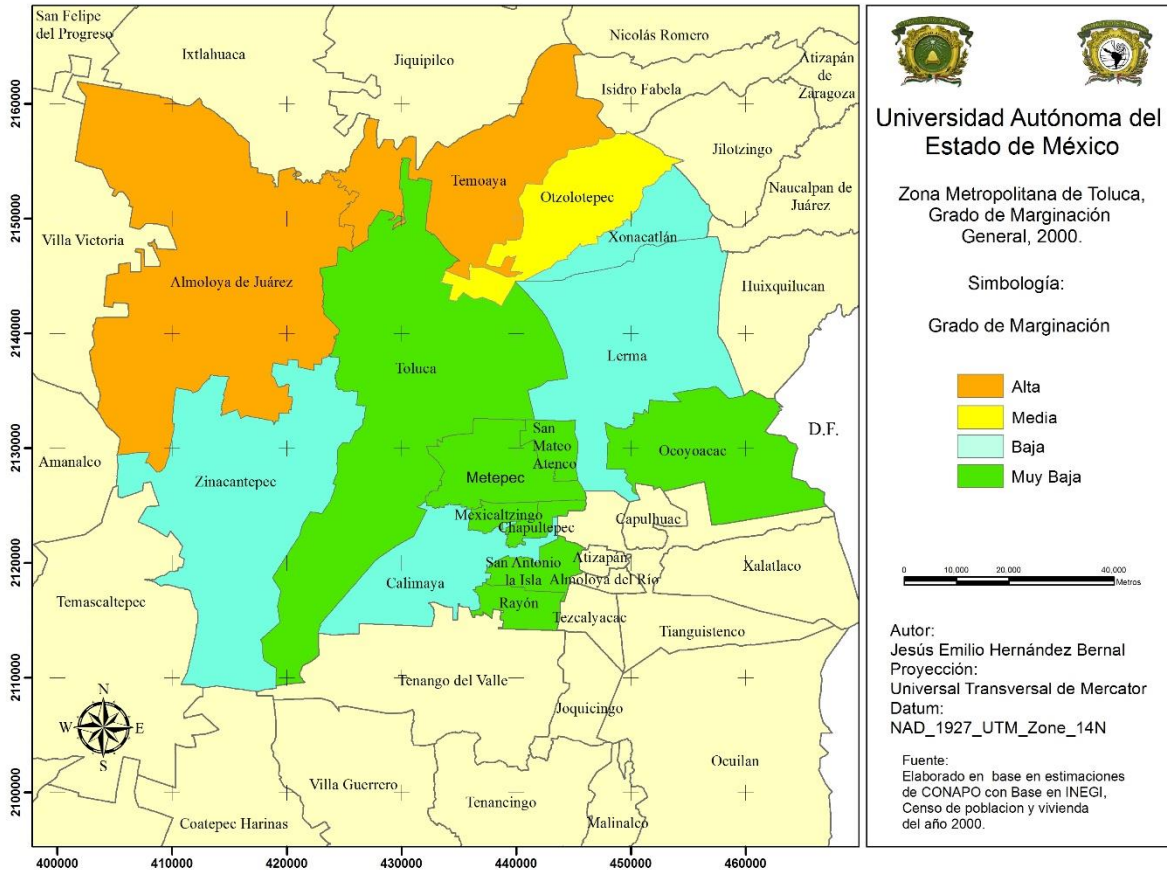
Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del Consejo Nacional de Población. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

En la ZMT se presentan cuatro categorías o grados de marginación que va de alto, medio, bajo y muy bajo.

De acuerdo a estos grado de marginación, los municipios de Almoloya de Juárez y Temoaya en el año 2000 presentaron un grado de marginación alto, Otzolotepec un grado de marginación medio, mientras que Calimaya, Lerma, Xonacatlán y

Zinacantepec tuvieron un grado de marginación medio y finalmente Chapultepec, Metepec, Mexicaltzingo, Ocoyoacac, Rayón, San Antonio la Isla, San Mateo Atenco y Toluca tuvieron un grado de marginación muy bajo, Mapa 4.

Mapa 4. Grado de Marginación de la Zona Metropolitana de Toluca 2000.



En el Tabla 10 se presentan los valores porcentuales (año 2010) de cada uno de los municipios de la ZMT y las nueve variables que integran el índice de marginación.

Tabla 10. Variables que integran el índice de marginación de la ZTM año 2010.

Municipio	Población	% Población	% Población	% Ocupantes	% Ocupantes	% Ocupantes	%	% Ocupantes	%	% Población
-----------	-----------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---	-------------	---	-------------

	Total	analfabeta de 15 años o más	sin primaria completa de 15 años o más	en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario exclusivo	en viviendas sin energía eléctrica	en viviendas sin agua entubada	Viviendas con algún nivel de hacinamiento	en viviendas con piso de tierra	Población en localidades con menos de 5 000 habitantes	ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos
Almoloya de Juárez	147,653	9.10	25.63	19.45	2.89	17.87	50.45	8.11	73.95	32.60
Calimaya	47,033	5.31	14.63	1.36	0.95	1.33	42.91	6.53	40.03	35.26
Chapultepec	9,676	2.12	9.45	0.82	0.20	2.40	40.99	1.99	37.95	38.10
Lerma	134,799	5.08	14.23	1.42	0.48	3.41	38.78	3.80	54.91	27.26
Metepec	214,162	1.85	7.16	0.42	0.27	1.68	21.80	2.36	7.45	21.14
Mexicaltzingo	11,712	3.85	12.13	1.01	0.84	4.50	39.58	4.09	17.24	31.75
Ocoyoacac	61,805	4.00	12.90	1.05	0.93	3.58	40.27	3.92	43.44	28.16
Otzolotepec	78,146	9.48	24.17	8.87	0.77	0.93	50.75	12.38	69.91	39.39
Rayón	12,748	4.74	13.91	0.15	0.60	0.85	43.94	3.54	32.62	37.46
San Antonio la Isla	22,152	3.11	10.05	0.47	0.75	0.79	35.34	4.82	5.67	40.14
San Mateo Atenco	72,579	3.46	11.12	1.10	0.69	22.04	39.57	2.54	6.46	36.92
Temoaya	90,010	10.86	31.35	10.72	1.47	1.80	56.46	14.51	80.10	50.80
Toluca	819,561	3.99	12.20	1.50	0.48	6.53	30.59	3.08	10.19	27.32
Xonacatlán	46,331	6.38	17.42	3.00	0.32	3.51	44.66	5.68	32.36	31.32
Zinacantepec	167,759	6.31	17.19	3.32	1.26	11.10	41.98	6.63	29.62	38.00

Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del Consejo Nacional de Población. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

Comparando los valores porcentuales de los índices socioeconómicos de marginación, se observa que los valores del año 2010 son relativamente bajos en comparación a los del año 2000 en todos los municipios, aunque continúan siendo los municipios de Almoloya de Juárez, Temoaya y Otzolotepec lo que poseen los valores más altos.

De esta manera en el primer indicador “Porcentaje de población analfabeta” Temoaya ocupa la primera posición en déficit con un porcentaje de 10.86%, le sigue Otzolotepec con 9.48% y Almoloya de Juárez con 9.10%. En cuanto a la población sin primaria completa, el mayor porcentaje lo tiene Temoaya, Almoloya de Juárez y Otzolotepec con 31.35%, 25.63% y 24.17% respectivamente. En el aspecto de vivienda y en la dotación del servicio sanitario y drenaje las mayor escasas lo padecen los municipios de Almoloya de Juárez con 19.45%, Temoaya con 10.72% y Otzolotepec 8.87%. En déficit

del servicio energético los mayores porcentajes lo ocupan Almoloya de Juárez con 2.89%, Temoaya con 1.47% y Zinacantepec con 1.26%. Después en el abasto de agua los municipios que más rezagos tienen son San Mateo Atenco, Almoloya de Juárez y Zinacantepec con porcentajes de 22.04 %, 17.87% y 11.10% respectivamente.

En otro indicador de vivienda “vivienda con algún nivel de hacinamiento” Temoaya y Oztolotepec tienen mayores valores porcentuales, seguidos por Almoloya de Juárez con 56.46%, 50.75% y 50.45% respectivamente.

Temoaya, Oztolotepec y Almoloya de Juárez en ese mismo orden son los que más sentido privativo tienen en cuanto a las viviendas con piso de tierra, es decir, 14.51%, 12.38% y 8.11% respectivamente, son las viviendas que aún no cuentan con piso de concreto.

En la dimensión distribución de población, Temoaya, Almoloya de Juárez y Oztolotepec presentaron mayor población en localidades con menos de cinco mil habitantes con porcentajes de 80.10%, 73.95% y 69.9%¹ respectivamente. Y finalmente los porcentajes más altos en población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos lo tuvieron Temoaya con 50.80%, San Antonio la Isla con 40.14% y Oztolotepec con 39.39%.

En el Tabla 11 se muestran el índice y grado de marginación de acuerdo a estos valores porcentuales de cada municipio de la ZMT del año 2010.

Tabla 11. Grado de Marginación de la ZTM año 2010.

Municipio	Índice de Marginación	Grado 2010
Almoloya de Juárez	-0.352	Medio
Calimaya	-1.173	Bajo
Chapultepec	-1.390	Muy Bajo

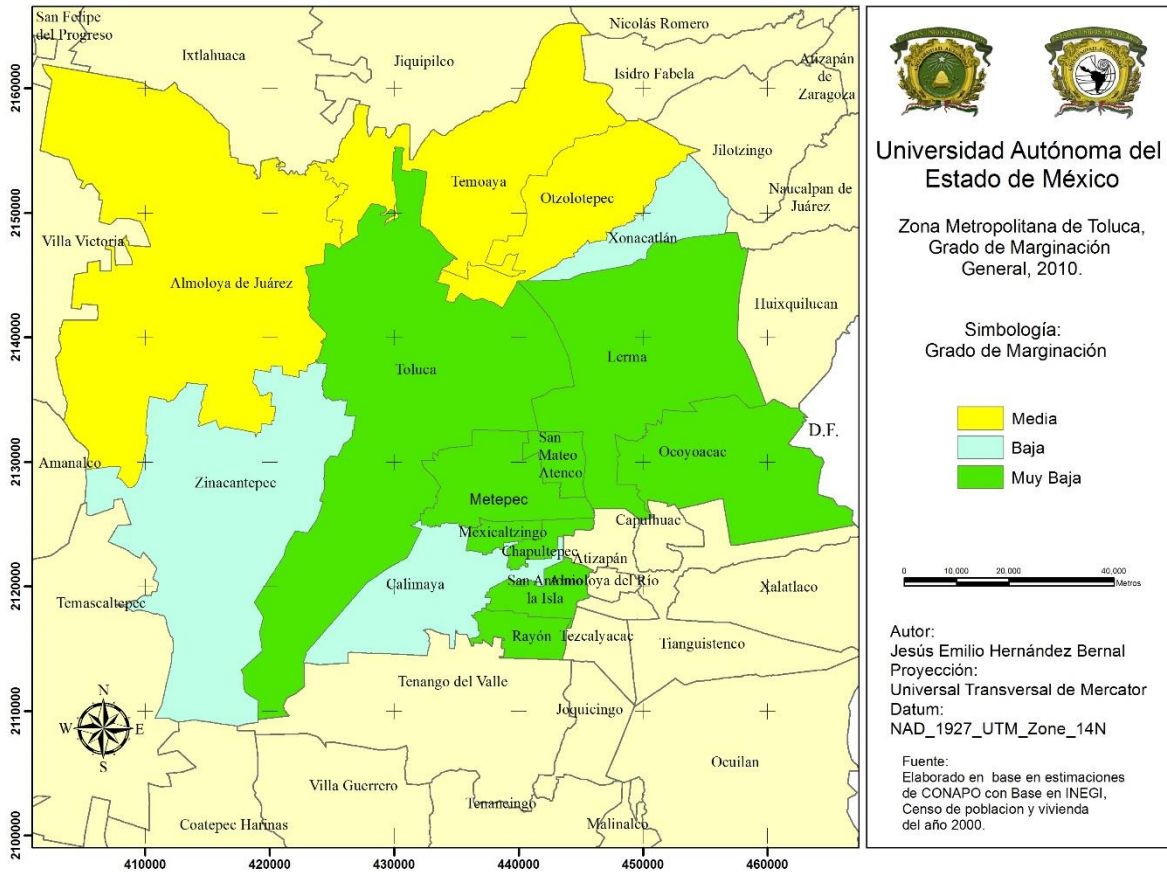
Lerma	-1.281	Muy Bajo
Metepc	-1.965	Muy Bajo
Mexicaltzingo	-1.423	Muy Bajo
Ocoyoacac	-1.334	Muy Bajo
Otzolotepec	-0.538	Medio
Rayón	-1.252	Muy Bajo
San Antonio la Isla	-1.513	Muy Bajo
San Mateo Atenco	-1.336	Muy Bajo
Temoaya	-0.111	Medio
Toluca	-1.604	Muy Bajo
Xonacatlán	-1.147	Bajo
Zinacantepec	-1.044	Bajo

Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del Consejo Nacional de Población. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

A diferencia del año 2000, en el año 2010 se presentaron sólo tres categorías o grados de marginación que son medio, bajo y muy bajo. Lo cual indica que se ha mejorado o reducido el déficit en la prestación de servicios de educación, vivienda y generación de empleos en los últimos diez años.

De esta manera Almoloya de Juárez, Otzolotepec y Temoaya presentaron un grado de marginación medio, mientras que los municipios de Calimaya, Xonacatlán y Zinacantepec tuvieron un grado de marginación bajo y los municipios que presentaron menores índices de marginación fueron con un grado de marginación muy bajo Chapultepec, Lerma, Metepc, Mexicaltzingo Ocoyoacac, Rayón, San Antonio la Isla, San Mateo Atenco y Toluca, Mapa 5.

Mapa 5. Grado de Marginación de la Zona Metropolitana de Toluca 2010.



Y se presentaron tres casos distintos; primero están los municipios que bajaron su índice de marginación del 2000 al año 2010, están los que aumentaron el índice de marginación hasta el año 2010 y los que mantuvieron el mismo índice de marginación.

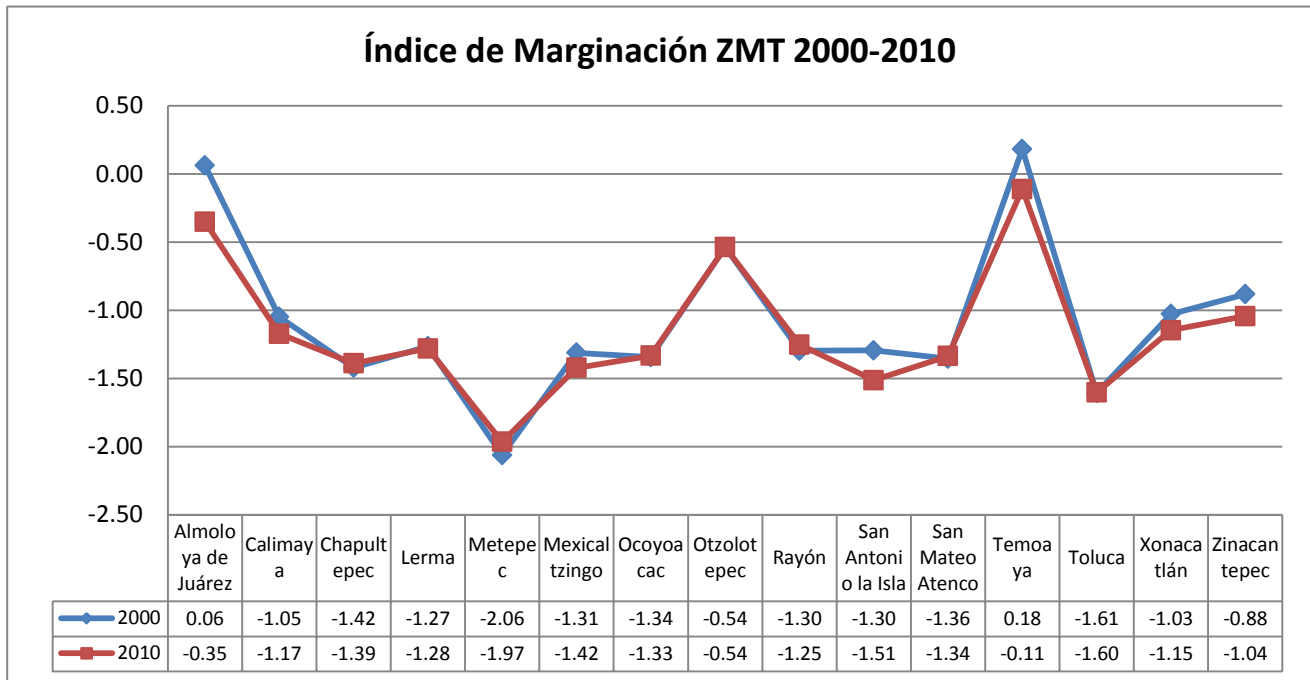
Almoloya de Juárez redujo su índice de marginación pasando de 0.06 en el 2000 a -0.35 en 2010, de igual manera Calimaya (de -0.35 a -1.17), Lerma (de -1.27 a -1.28), Mexicaltzingo (de -1.31 a -1.42), San Antonio la Isla (de -1.30 a -1.51), Temoaya (de 0.18 a -0.11), Xonacatlán (de -1.03 a -1.15) y el municipio de Zinacantepec (de -0.88 a -1.04).

Los que incrementaron su índice de marginación al 2010 fueron: Chapultepec que en el año 2000 tuvo un índice de marginación de -1.42 y en el 2010 fue de -1.39, así también

Metepec pasando de -2.06 a -1.97, Ocoyoacac con -1.34 en 2000 y -1.33 en 2010, Rayón que paso de -1.30 a -1.25, San Mateo Atenco de -1.36 a -1.34 y finalmente el municipio de Toluca de -1.61 a -1.60.

Mientras que el municipio de Otzolotepec fue el único que se mantuvo en cuanto a índice de marginación con -0.54, Gráfico 6.

Gráfico 6. Índice de Marginación de la Zona Metropolitana de Toluca 2000- 2010.



Fuente: Cálculos propios a partir de datos obtenidos del Consejo Nacional de Población. Censo General de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

CONCLUSIONES

Los cambios sociodemográficos y de salud han sido diferenciales en el territorio durante los años 2000 y 2010 en la ZMT, debido a que las condiciones físico Geográficas, socioeconómicas han incidido de manera desigual en cada municipio. Los cambios más rápidos se han registrado en los ámbitos urbanos (los primeros en industrializarse), correspondientes a los municipios de Toluca y Lerma; Los cambios más lentos se registraron en los municipios periféricos de la ZMT.

La tasa de mortalidad general registró un comportamiento desigual en la temporalidad estudiada ya que para el año 2000 algunos municipios que estaban en proceso de urbanización tenían un índice de mortalidad bajo y la sorpresa fue que una década después estos duplicaron su índice de mortalidad a pesar de haber llegado a un nivel de urbanización bastante aceptable para poder disminuirlo.

Los municipios con condiciones de salud bajas, son aquellos que han registrado tasas de mortalidad alta y muy alta durante la mayor parte del año 2000 (Alta: Temoaya y Muy Alta el municipio de Toluca, para el año 2010 no hay; la tasa de mortalidad se presenta de una forma muy alta en los municipios de Metepec y Toluca los cuales se caracterizan por ser urbanos.

En los tipos de caso de morbilidad a nivel ZMT no cambiaron mucho durante una década aún siguen predominado las infecciones respiratorias e infecciones gastrointestinales debido a la altitud y al tipo de clima que se presenta en la zona.

En relación a la tasa de natalidad se presentó un crecimiento considerable en el municipio de Rayón y una disminución en los municipios de Toluca y Xonacatlan.

BIBLIOGRAFÍA

- Agarwal, C., G. M. Green, J. Morgan Grove, T. P. Evans and C. M. Schweik (2002), A review and assessment of land-use change models: dynamics of space, time, and human choice, General Technical Report NE-297, USDA, Forest Service.
- Barcellos, L. Í. (2003). GEOGRAFÍA Y SALUD EN AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS*. Centro de Información Científica e Tecnológica, 330-343.
- Brown, D. G., B. C. Pijanowski and J. D. Duh (2000), "Modeling the relationships between land use and land cover on private lands in the Upper Midwest, USA", *Journal of Environmental Management*, no. 59, pp. 247-263.

- Buzai, Gustavo y Baxensale Claudia. (2006) "Análisis Socio Espacial con Sistemas de Información Geográfica", Ed.Lugar.
- CONAPO, SEDESOL, INEGI (2005) "Delimitación de las zona metropolitanas de México 2005". Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/dzm2005/index.htm>
- Darchenkova, N.P. Significado, tareas, desarrollo y objeto de la Geografía Médica. La Habana": Facultad de Geografía. Universidad de La Habana. 1986.
- García Robles, Eduardo, Garduño García, Leon, Miraflores Castro Ricardo Antonio. (2008) "Tesis de Licenciatura: Distribución de la Morbimortalidad 2000 y 2005 de la Jurisdicción Sanitaria de Tejupilco, Estado de México", Ed. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Geografía general.- José Chávez Flores, et al. Editorial Kapelusz mexicana; tercera reimpresión, México 1990.
- Geografía General. El universo, nuestro planeta y sus recursos. Erasmo Trejo Escobar.- et al. Editorial Trillas. 4ª. Reimpresión, México 1994.
- Gol Freixa JM. Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia. Evidence based medicine working group. La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. Ediciones Doyma 1997: 5-15. Guttorp, P. (1995), Stochastic Modeling of Scientific Data, Chapman & Hall. New York.
- Hernandez. A.,(1996)"El Estudio del Crecimiento de las Relaciones Humanas", en papeles de población, enero-marzo,no.10, Toluca, Estado de Mexico, UAEMex.
- Lambin, E. F. (1997), "Modelling and monitoring land-cover change process in tropical regions", Progress in Physical Geography, vol. 21, no. 3, pp. 375-393.
- Olivera, A. (1993). Geografía De La Salud. Madrid: Síntesis.
- Piédrola Gli, G.: Directores: Gálvez Varagas, R. y Sierra López, A.: Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson, Barcelona 2001. DE LAROSA, M.: Microbiología. Enfermería-ciencias de la salud. Conceptos y Aplicaciones. Harcourt. Brace, Madrid 2003.
- PyleLE. G. Introduction: Foundations to Medical Geography. Economic Geography, 52: 95-123. 1975.

- Ramirez, M. L. (IV). La Moderna Geografía De La Salud Y Las Tecnologías De La Información Geográfica. Revista Investigaciones y Ensayos Geográficos de la Carrera de Geografía de la Universidad Nacional de Formosa., 53-64.
- Rojas, L. I. (2003). Geografía y Salud. Entre historias, realidades y utopías. I Simposio Nacional de Geografía de la Salud., 22.
- Sáenz de la Calzada, C., 1956. Los fundamentos de la Geografía Médica. Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. Tomo LXXXI: I
- Salleras Sanmartin, L. Educación Sanitaria: Principios, Métodos y aplicaciones. Ed. Diaz de Santos, Madrid 1989.
- Santana Juárez, Marcela Virginia. (2009) "Tesis de Doctorado: Condiciones Geográficas y de Salud de la Población del Estado de México", Ed. Universidad Autónoma de México, México.
- Sigerist HE. Man and medicine. An introduction to medical knowledge. New York: W.W. Norton, 1934.
- Terris Milton. La epidemiología y la Salud Pública: orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica. Rev San Hig Pub 1994; 68: 5-10.

PERCEPCIÓN DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Karla Laura González Peña¹

Miriam Gómez Ortega²

Bárbara Dimas Altamirano³

Andrea Guadalupe Sánchez Arias⁴

Vianey Méndez Salazar⁵

RESUMEN

Objetivo. Determinar la percepción de salud los estudiantes de enfermería, como futuros educadores de la salud. **Metodología.** Cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra fue de 60 participantes, 11 de género masculino (18%) y 49 femeninos (82%) estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Se tomaron antropometrías de peso, talla, cintura, hábitos alimenticios y de actividad física. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS. **Resultados.** La edad promedio de los estudiantes es de 20 años, con un Índice de Masa Corporal con creciente tendencia en el sobrepeso. En otras medidas, arroja que existe en ellos un Índice de Cintura-Talla que manifiesta que predomina la obesidad con un 52%, y esto indica también un importante riesgo cardiovascular que compromete su salud presente y futura. Los hábitos alimenticios y de actividad física no idóneos; el 55% consideran que si lo son y que se encuentran en un buen estado de salud tanto como personas y un 73% manifiesta sentiré futuro personal educador de salud en excelentes condiciones de salud. **Conclusiones.** Es de vital importancia mantener estilos de vida saludable, donde los hábitos alimenticios y la actividad física tengan un fuerte peso para que puedan garanticen la salud del estudiante y futuros educadores de la salud se pueda brindar un cuidado de confianza que sea transmitida con el buen ejemplo.

¹ Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la UAEMéx. lalita_1614@hotmail.com

² Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. miriamgo29@hotmail.com

³ Doctora en Alta Dirección. Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. babytol2002@yahoo.com.mx

⁴ Maestra en Administración de Sistemas de Salud. Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. vicnal74@hotmail.com

⁵ Doctora en Educación. Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. vianey.ms@gmail.com

Palabras clave: Universitarios, Enfermería, Índice de masa corporal, Índice Cintura Talla, Obesidad, Sobrepeso.

INTRODUCCIÓN

La grasa es un componente esencial del cuerpo humano, este en tejido adiposo, y se encuentra distribuida en distintas zonas de él. El exceso de grasa se puede considerar un riesgo a la salud de la persona, pues altera los niveles lipídicos en el organismo. (Corvos, 2014:2)

En las últimas tres décadas la prevalencia de obesidad y sobrepeso ha rebasado poco a poco sus límites, esto propiciando que el estado de salud de la población se vea afectado. Este problema de salud implica enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, las cuales han sido las principales causas de mortalidad en el mundo. (Rajme, 2013:12-13)

La obesidad ha sido declarada como la epidemia del siglo XXI, que se presenta en sociedades tanto industrializadas como las sociedades en desarrollo. Los estudios realizados han mostrado que en la sociedad mexicana prevalece el sobrepeso y la obesidad y va cada vez en aumento.

Este problema de salud se ha convertido en un desafío para la salud pública no solo del país, sino para la salud pública mundial. (OMS, 2004:1)

Entre algunas consecuencias de mantener un índice de masa corporal desequilibrado está el desarrollar enfermedades cardiovasculares como: EVC Evento Vascular cerebral, IAM Infarto Agudo al Miocardio, HAS Hipertensión Arterial Sistémica; enfermedades como diabetes mellitus. (Corvos, 2014:3) Además de ser considerado un riesgo por sí mismo, se considera riesgo de morbilidad. La obesidad es el principio de un continuo de enfermedades tales como diabetes, hipertensión, síndrome metabólico y

falla renal, entre otras. Cada día se infiltra con mayor facilidad en la sociedad. (OMS, 2015:3).

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Éste es medido dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). El IMC \geq 25 determina sobrepeso. El IMC \geq 30 determina obesidad. (OMS, 2015:1)

Los hábitos alimenticios y de ejercicio, por lo general se adquieren y se adoptan durante la infancia que marcará los estilos de vida y las tendencias de hábitos de salud en la edad adulta.

Los hábitos alimenticios son factor elemental en la salud de una persona, como la población en general. Si los hábitos son malos por consecuencia traerán un desequilibrio que se notara en su apariencia física. Ha surgido una gran preocupación pues el desequilibrio del estado de salud, que tiene como consecuencia una tendencia de obesidad y sobrepeso, condiciona la morbilidad y mortalidad de la población (Pérez, 2008:204)

La parte de la educación alimenticia en casa, es un factor clave, sumamente importante que determina las tendencias alimenticias de una persona, pues desde ahí se encamina los hábitos que se decide adoptar para la vida, es decir, desde la infancia se crean los buenos o incorrectos hábitos.

La inseguridad alimentaria, enmarca la falta de confiabilidad de los alimentos comerciales que se consumen en día, los cuales por sus dudables procedencias y/o preparación, con altas densidades calóricas y energéticas causan en los organismos un desequilibrio metabólico, esto aunado a la falta de ejercicio físico propicia la elevación de peso y tallas que desequilibran el índice de masa corporal. (Rajme, 2013:15-17)

Por tanto, el ejercicio es una de las características y elementos que se deben de considerar, pues la actividad física contribuye a un mejor metabolismo y gasto de energía que mantienen al organismo dentro de sus niveles normales, medidas normales y por tanto propician un adecuado índice de masa corporal. (Salazar, 2011:3)

Las personas que suelen ser inactivas desde tempranas edades, tienden a continuar así en su estilo de vida. Si ya en edades jóvenes hay malos hábitos, es muy factible que los éstos empeoren conforme avancen los años.

Los jóvenes deberían de invertir al menos 60 minutos de ejercicio al día. Las actividades que debieran de practicar son aeróbicas, y al menos tres veces a la semana deberían de realizar ejercicio vigoroso y así, reforzar los músculos y huesos. Y además de los beneficios fisiológicos que el ejercicio proporciona, ayuda a mantener una salud mental adecuada, que integra a la sociedad y se adoptan comportamientos saludables. (OMS, 2015:2)

La actividad física favorece el mejor funcionamiento del cuerpo y la salud, también muchos aspectos en la vida de un ser humano, da una visión positiva, aporta beneficios a las esferas psicológica, biológica y social. Algunas investigaciones han aportado que la actividad física ayuda a disminuir el exceso de grasa corporal.

La inactividad física ha sido factor causal y/o desencadenante de las principales enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, inclusive de mortalidad a partir de éstas; y está demostrado que la actividad reduce el riesgo y las complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas. (Salazar, 2011:3)

La etapa de estudios universitarios se torna una situación difícil, en cuanto a los hábitos de salud, pues el hecho de vivir sólo, la falta de conocimientos de cocina, y de iniciativa para el autocuidado, limitan las posibilidades de mantener un estado de salud. Se propicia una nueva situación de convivencia, donde incluso, al vivir con otros

compañeros en el mismo lugar, se comparten y se crean nuevos estilos de vida, incluyendo los alimenticios y de actividad física.

El cambio casi radical que sufren las actividades de los universitarios al llegar a esta etapa, se vuelve tan marcado, y en ello se ve reducido de gran forma la actividad física, y sería lo ideal que dentro de la institución se la promoción de los hábitos de actividad física diaria, que pueda acoplarse a las actividades del estudiante enfocados a la mejora de la salud (Salazar, 2011:14) y sobre todo en universitarios que estén enfocados a áreas de la salud, como los son los estudiantes de enfermería, que son un ejemplo a la sociedad, y son los futuros educadores de la salud.

En su mayoría, los estudiantes mantienen un ritmo de vida ajetreado, entre actividades que incluyen las clases, citas, ocio, exámenes, trabajos prácticos, o prácticas; entre todo ello, apenas le dan un tiempo ni siquiera necesario a descansar adecuadamente o a hacer ejercicio, o mantener actividad física; éste siendo de tanta importancia para ayudar a mantener la salud.

Durante esta etapa se adoptan actitudes como una desorganizada forma de comer, en lo que se incluye, el omitir comidas, o bien, comer en varias ocasiones pero no una comida completa, sino que, se toman snacks, o no se completa la comida. Se consumen en frecuentes ocasiones comidas rápidas, e incluso se acompañan de bebidas alcohólicas. (Iglesias, 2013:2)

Además de ello, los tiempos tan limitados que los universitarios, en específico de los estudiantes de enfermería, propician que la calidad de la dieta sea de baja calidad, pues en ella se incluyen alimentos con altos contenidos energéticos y calóricos, como hidratos de carbono y lípidos en exceso, que determinan un estado de salud riesgoso, pues es una reacción en cadena, que da pauta a el desencadenamiento de enfermedades crónico degenerativas, tanto metabólicas como físicas; que a su vez generan complicaciones que pueden terminar en la muerte.

La mayoría de los jóvenes universitarios provienen de lugares lejanos al centro universitario, esto implica un cambio de hábitos y costumbres que se ven reflejados en alimentación y estilo de vida, que pueden empeorar y a su vez, aumentar las posibilidades de sobrepeso y obesidad (Espinoza, 2011:458).

Es de importancia el estudio de este tema pues más allá de analizar el estado de salud alimenticia de un simple grupo de personas; se analiza el estado de salud alimenticia de universitarios que se preparan para ser futuros educadores de la salud, y desde su formación debieran de adoptar conductas acordes a su profesión. Sin embargo en los resultados se muestra las deficientes cultura y acciones que los universitarios futuros educadores mantienen, y con ello pretenden dar el ejemplo de las buenas conductas y decisiones acerca de la salud.

La salud se condiciona entonces, en el conjunto de actitudes y acciones, como lo son la alimentación, el ejercicio; estilos de vida, donde se incluyen los hábitos alimenticios con altos contenidos energéticos y calóricos, la vida sedentaria, estrés; que si no son manejados organizadamente y priorizando su cantidad y calidad en la vida de las personas, muy probablemente el estado de salud se verá afectado, ocasionará complicaciones y puede llegar a la muerte.

Ahora bien, como personal de salud, están expuestos a gran riesgo, más aun que el de otras personas, u otras profesiones pues el ritmo tan acelerado que mantiene este personal, por tal motivo es de suma importancia fomentar los estilos de vida saludables.

OBJETIVO: Determinar la percepción de salud de los estudiantes de enfermería, como futuros educadores de la salud.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El universo estuvo integrado por 313 alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, con una muestra de 60 alumnos

universitarios de ambos géneros. De edades entre los 18 a 25 años, con una media de 22 años, que se encontraron en clase y práctica clínica, con un horario de 12 horas aproximadamente y que firmaron consentimiento informado. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS-21 y Microsoft Office Excel 2010, para obtener tablas de frecuencia.

RESULTADOS

El 55% refiere que son personas sanas y saludables, que practican ejercicio por salud y que mantiene una dieta equilibrada para mantenerse en un estado de equilibrio. Como educadores de la salud se proyectan como personal saludables en un 73%. (Gráficas 1 y 2)

Se mantiene en cifra más alta de estudio el peso normal con un 63%, y el sobrepeso en el IMC son el 30% de los participantes. Sin embargo la escala de medición ICT, proporciona que el 52% de los participantes presentan obesidad, 15% presentan sobrepeso, y un 33% se mantienen en medidas normales. Esto nos muestra que el 52% tan solo de la muestra tomada, tiene un gran riesgo cardiovascular.

Solo el 27% refiere verificar los nutrientes y contenidos energéticos de los productos y alimentos que consumen. Por otro lado 67% suelen evitar alimentos porque se inclinan por el sabor y precio de los alimentos, solo un 13% lo hace por cuidarse.

Un factor importante, es que la mayoría de los universitarios adoptan estilos de vida donde el consumo del alcohol es de 38%, pese a ser los futuros educadores de la salud, y saber las consecuencias que generan estas bebidas, no son la excepción.

El aspecto del ejercicio, que es un tema demasiado importante, arroja los resultados de que los estudiantes de enfermería en un 57% no realizan ejercicio, y del 47% que refiere sí hacerlo, sólo un 6% lo hace por quemar calorías y mejorar su estado de salud.

CONCLUSIONES

Los recientes estilos de vida adoptados por la población en general, y en específico de los universitarios, no son los más saludables, por tanto no propician un estado de salud adecuado, no solo para la época actual, sino para la vida a futuro, pues el mantener un desequilibrio de salud más adelante desencadenará una serie de enfermedades que deterioran cada vez más y más, no solo la salud de la persona, sino de la sociedad, y así sucesivamente mundialmente.

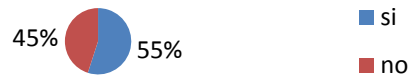
Se encontró en esta investigación que los estudiantes universitarios de enfermería, se encuentren en un estado de riesgo a su salud; pese que son quienes debieran de ser las personas de las más saludables y mantener hábitos correctos, por el contrario a lo que debiese de ser, se encuentran en un estado de salud que limita su propio bienestar, que propicia posibles complicaciones en su propia equilibrio y estado de salud.

Los universitarios estudiantes de enfermería deben de adoptar conductas que mejoren su salud, que mejoren su apariencia física y con ello se sientan motivados a seguir autocuidándose, a su vez mejorar su estado de ánimo, lo cual se puede transmitir a los pacientes que ellos atiendan, y así, de ésta forma poder proporcionar una adecuada Educación a la Salud.

El desequilibrio de la salud es uno de los principales obstáculos para mantener una calidad de vida.

Como futuros profesionales de la salud, es evidente que no se puede dar educación de vida saludable si no se predica con un buen ejemplo. Así que este es el momento en que se forma y se debe actuar, propiciar, y llevar a cabo el autocuidado, mantener un buen ejemplo y transmitirlo a la sociedad, como el trabajo que corresponde a los enfermeros.

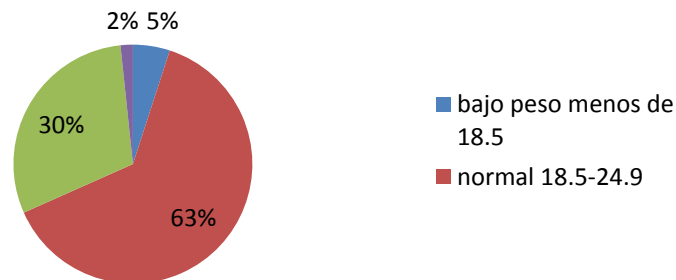
Gráfica 1. Persona saludable



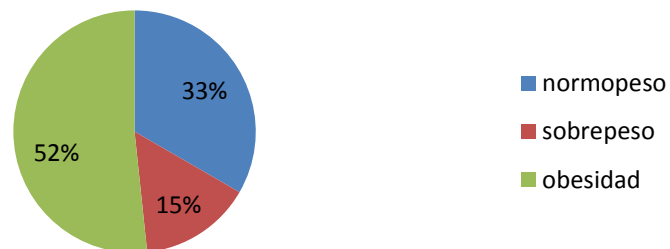
Gráfica 2. Educador saludable



Gráfica 3. IMC Índice de masa corporal



Gráfica 4. ICT Índice Cintura Talla



REFERENCIAS

Astiazaran, A. I., 2007. *Alimentación de estudiantes*. Available at: <http://www.euskomedia.org/PDFAnt/osasunaz/08/08007018.pdf>

Salazar C., C.M, et al, IMC y actividad física de los estudiantes de la Universidad de Colima, 2011: 3-14

OMS, O. M. d. I. S., 2015. *Obesidad y Sobrepeso*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- OMS, 2015. *La actividad física en los jóvenes*. [En línea] Available at:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/
- Ignacio Osuna Ramírez, B. H.-P. J. C. C. J. S., 2008. *Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte*, Morelos, México: Salud Pública en México.
- Iván Hernández Ramírez, L. A., 2010. Estilos de vida de estudiantes de Nutrición y riesgo de. 01 octubre.pp. 1-8.
- Iglesias, M. G. & Pérez, H. G.-C. P., 2013. Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33(1), pp. 24-27.
- OMS, 2015. *La actividad física en los jóvenes*.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/
- Luis Espinoza, F. R. G. N. M., 2011. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 6 julio, 38(4), pp. 458-466
- César Corvos, A. C. A. S., 2014. Índices antropométricos y salud en estudiantes de ingeniería de la Universidad de Carabobo. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, pp. 45-51.
- Luis Pérez Villasante, J. R. M. A. C. E. S. M. A. A. F. P. S. J. C. J. C. C., 2008. Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú.
- Victoria Rajme, C. A. S. H. R. P. G. V. M. B. M., 2013. *Obesidad, Manuales para Profesionales de la Salud*, México: www.carlosslim.org.
- Georgina Contreras Landgrave, E. J. C. R. M. L. I. E. L. R. L. G. M. d. C. E. P. d. L. C. P. A. L. I. M. O., 2013. *Revista Digital Universitaria, Universidad Nacional Autónoma de México*.
Available at: Georgina Contreras Landgrave, Esteban Jaime Camacho Ruiz, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Luis Ramón López Gutiérrez, María del Consuelo Escoto Ponce de León, Camila Pereira Abagaro, Lidia Ivonne Munguía Ocampo

PERFIL PROFESIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO, 2015

Areli Mimbrera Maturano.¹

Lilia Esther Santana Castro

Ruth Sebastian Pérez

RESUMEN

La disciplina de Enfermería ha surgido desde la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesal, enfocándolo desde el aspecto de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud.

Actualmente una de las problemáticas encontradas en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería es el motivo que los lleva a elegir una profesión que no está basado en una buena preparación, sino en ser aceptados en una universidad sin saber realmente cual es la verdadera razón por la cual eligieron esta profesión y por lo tanto los resultados referentes a su aprovechamiento académico no es satisfactorio.

La educación superior está encaminada a la formación de estos aspirantes según la elección que estos hagan tomando en cuenta diferentes aspectos de la elección como las expectativas o motivos que los llevan a elegir una profesión tal como la Licenciatura en Enfermería.

En la presente investigación logramos observar que los alumnos del bachillerato de ambos turnos ingresan a la Universidad con conocimientos básicos de la Licenciatura, aunque los alumnos del turno matutino tienen una idea más clara de Enfermería así como de la definición de ésta y la valoración hacia la profesión que cada uno de ellos le hace.

¹ Licenciado en Enfermería, Centro Universitario UAEM Zumpango. arelibba_uva@yahoo.com.mx

En general la mayoría de los alumnos se encuentran a gusto con las asignaturas ofertadas en la Licenciatura así como del ambiente o ámbito universitario y en caso desertar lo harían por algún otro motivo ajeno a la Profesión.

Palabras clave: Perfil, estudiantes, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una disciplina constituida esencialmente de dos partes: un componente disciplinar y un componente profesional. Como profesión se preocupa por las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina en el terreno del conocimiento evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado de la salud.

La disciplina de Enfermería ha surgido desde la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesal, enfocándolo desde el aspecto de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud.

La profesión de enfermería es una ciencia, disciplina y arte, cuyo objetivo epistémico de estudio se encuentra referido al cuidado profesional.

La formación de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería en el Centro Universitario UAEM Zumpango se lleva a cabo mediante una preparación escolarizada, desde la presentación de un examen de admisión en donde se toman en cuenta los conocimientos generales y aptitudes que los aspirantes han desarrollado en los bachilleratos que se encontraron matriculados y que hacen referencia a su perfil profesional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Licenciatura en Enfermería se caracteriza desde su formación como una profesión altamente humanista entregada a servir desde un individuo hasta una comunidad, por lo cual es importante que al ingreso los alumnos tenga un perfil o una formación ya enfocada a lo que esperan encontrar en el ámbito universitario.

Actualmente una de las problemáticas encontradas en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería es el motivo que los lleva a elegir una profesión que no está basado en una buena preparación, sino en ser aceptados en una universidad sin saber realmente cual es la verdadera razón por la cual eligieron esta profesión y por lo tanto los resultados referentes a su aprovechamiento académico no es satisfactorio.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente surge la idea de conocer:

¿Cuál es el Perfil Profesional de los alumnos de la Licenciatura de Enfermería en el Centro Universitario UAEM Zumpango?

JUSTIFICACIÓN

El perfil profesional de una persona nos deja en claro como somos, como estamos capacitados y en que ámbitos podemos aplicarlo así como las diferentes funciones que podemos desempeñar.

Es importante darnos cuenta que el perfil profesional de una persona se va desarrollando y reforzando conforme a su formación tanto académica como personal, ya que tomando en cuenta la existencia de los diferentes bachilleratos de los que formaron parte estos alumnos y de que en esta etapa de crecimiento no todos tuvieron una adecuada orientación profesional muchas de las veces se convierte en un factor importante por la cual se tienen índices notorios de deserción de la carrera y mayor dificultad de entendimiento en las diferentes asignaturas ofertadas.

Lo anterior hace referencia a los resultados obtenidos en la presente investigación la cual se llevó a cabo en el centro universitario UAEM Zumpango conforme al perfil de ingreso de los alumnos matriculados en el Centro Universitario y en la cual se pudo observar el interés de los alumnos por su futuro profesional, en este trabajo.

Existe para ello básicamente tres procesos, en función a la etapa en la cual se encuentra la persona en tanto su elección primaria de carrera: la orientación vocacional, la reorientación vocacional y el reposicionamiento laboral.

La educación superior está encaminada a la formación de estos aspirantes según la elección que estos hagan tomando en cuenta diferentes aspectos de la elección como las expectativas o motivos que los llevan a elegir una profesión tal como la Licenciatura en Enfermería.

OBJETIVOS

General:

- Identificar el perfil profesional de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería del Centro Universitario UAEM Zumpango.

Específicos:

- Evaluar el aprovechamiento académico de los alumnos del primer periodo de la Licenciatura en Enfermería del Centro Universitario UAEM Zumpango.
- Comparar el aprovechamiento académico de los alumnos del Bachillerato con el obtenido en el primer Periodo de la Licenciatura en Enfermería del Centro Universitario UAEM Zumpango.
- Conocer la Identidad Profesional de los alumnos del primer periodo de la Licenciatura en Enfermería del Centro Universitario UAEM Zumpango.

HIPÓTESIS

- La identidad y el perfil profesional influirán en los motivos por los cuales eligieron Enfermería como Profesión y esto repercutirá en su aprovechamiento académico.
- El promedio de bachillerato de los alumnos determinara el promedio obtenido en el primer promedio del primer periodo.

METODOLOGÍA

- **Tipo de investigación:** Descriptivo. **Tipo de estudio:** Retrospectivo, prospectivo, transversal y observacional.
- **Límites de espacio:** **Tiempo:** 2015. **Lugar:** Centro Universitario UAEM Zumpango. **Unidad de análisis:** Estudiantes del primer periodo de la Licenciatura en Enfermería en ambos turnos.
- **Recursos humanos:** **Universo:** Estudiantes del Centro Universitario UAEM Zumpango. **Población:** Alumnos de la Licenciatura en Enfermería. **Muestra:** No probabilístico por conveniencia. 320 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de ambos turnos.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de primer ingreso a la Licenciatura en Enfermería ambos turnos.
- Estudiantes de primer periodo de la Licenciatura en Enfermería ambos turnos.
- Estudiantes que conozcan su promedio de bachillerato.
- Estudiantes que quieran participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de otras Licenciaturas en el Centro Universitario.
- Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de periodos más avanzados.
- Estudiantes que no quieran participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Alumnos de la Licenciatura en Enfermería que no contestaron el cuestionario parcial o totalmente.

Instrumento de medición: Se realizó un cuestionario con preguntas de tipo dicotómicas y de opción múltiple; integrado por tres apartados, el primero constituido por datos generales, el segundo por perfil de egreso del bachillerato y por último perfil profesional de los estudiantes del primer ingreso a la Licenciatura en Enfermería.

Análisis estadístico: se realizó una base de datos en el programa SPSS para la tabulación de las frecuencias y los porcentajes, llegando así a la obtención de cuadros y gráficas para poder determinar las conclusiones y sugerencias de esta investigación.

RESULTADOS

Realizando una comparación en ambos turnos, la muestra queda constituida por 36 estudiantes en turno matutino y 25 en vespertino. Con respecto a la edad el 39% de los alumnos tiene 18 años, el 31% 19 años y el 13% 20 años, lo cual nos demuestra que la mayoría de alumnos de nuevo ingreso a la Licenciatura en Enfermería son recién egresados de la preparatoria por lo que no ha transcurrido un periodo de tiempo mayor a los dos años sin estudiar; en cuanto al género, 77% son mujeres y el 23% hombres, se observa que el género femenino sigue predominando dentro de la profesión de Enfermería, sin embargo cabe mencionar que el hombre cada día se hace más participe dentro de esta profesión. De acuerdo al promedio en ambos turnos fue dividido en dos aspectos el primero del bachillerato el cual se clasificó en dos rangos 56% de 7 a 8 y 44% de 9 a 10, lo que indica que el alumno ingresa con conocimientos básicos necesarios para el ingreso a la Licenciatura. En promedio correspondiente al primer período cursado en la Licenciatura el 43% de 7 a 8, 57% de 9 a 10. Por lo que se puede observar que el turno matutino tiene mejores promedios con un 55% mientras que en el vespertino disminuye en promedios.

Los alumnos de nuevo ingreso que presentaron examen de admisión fue: 43%UAEM, el 28% UNAM, 17% IPN y 12% OTRA OPCIÓN es importante resaltar que la mayoría de los alumnos presentó examen de admisión en otra institución lo que nos da una visión más clara de que los alumnos estaban interesados en cursar la Licenciatura en Enfermería u otra Licenciatura en otra institución.

Referente al perfil de ingreso se les pregunto cuál fue la primera opción que eligieron al momento del examen de admisión, el 67% Enfermería, el 27% eligieron Medicina y 6% otras opciones. También se puede observar que en el turno matutino es más alto el porcentaje de los alumnos que están en su primera opción y en menor cantidad se encuentra el elegir otra licenciatura, comparada con el turno vespertino que muestra un mayor número de alumnos que opinaron que Enfermería no fue su primera opción.

Conforme a los resultados obtenidos el 50% de los alumnos refieren que Enfermería es atender a los enfermos en los hospitales, el 30% salvar vidas todos los días, el 2% lo hace por utilizar el uniforme blanco, el 6% por tener un trabajo seguro y por último el 12% tiene otra expectativa con respecto a la Licenciatura.

En relación con el perfil de egreso del bachillerato de los estudiantes, el área de estudio fue: 43% Ciencias de la salud, el 12% Ciencias administrativas, el 3% Ciencias Sociales, el 3% Ciencias Exactas y 39% otras asignaturas, por lo que se observa que la mayoría de los estudiantes de nuevo ingreso aun no contaban con un perfil definido para ingresar a la Licenciatura en Enfermería.

En relación con la definición de la profesión; el 77% lo relacionaron como el Cuidado de la persona, familia y Comunidad, 11% Ciencia que estudia el tratamiento de enfermedades, el 10% dio su propia definición y el 2% no saben cómo definirla. En general la mayoría de los alumnos conocen el concepto de la definición de Enfermería. Cabe resaltar que el turno matutino tiene una idea más clara de la definición de la Profesión con el 81%.

De acuerdo a las expectativas de los alumnos para conseguir empleo, el 67% considera que es más fácil en comparación con otras Profesiones y 33% opinan lo contrario; de igual manera a que si poseer un título de Enfermería representa obtener un puesto más elevado el 87% opinan que sí y 13% opinan que no; 77% de los alumnos coinciden que Enfermería permite un ingreso económico excelente mientras que el 23% opinan que no. En cuanto a el estatus Profesional de la Licenciatura en Enfermería el 79% opinan que el hecho de ser Licenciado en Enfermería no te otorga un estatus más alto que otros profesionistas y el 21% opinan que sí. De igual manera la Licenciatura en Enfermería es reconocida y valorada como profesión ante la sociedad en un 48% y el 52% refiere que no; cabe mencionar que el turno matutino siente que es más valorada la Profesión de Enfermería en comparación con el turno vespertino con 61% y 24% respectivamente.

Acerca de las unidades de aprendizaje con mayor complejidad para los alumnos en el primer periodo refieren: 56% Bioquímica, 22% Anatomía, 2% Enfermería Básica y 21% Otras. El 74% de los alumnos refieren que han tenido que recurrir a alguna técnica de estudio para mejorar su desempeño académico y el 26% refiere que no lo ha necesitado.

El 51% de los estudiantes mencionan estar a gusto con las asignaturas de la Licenciatura, el 18% con el ambiente universitario, el 3% con las instalaciones y el 18 % con otros motivos. Algunos de los motivos por los que los alumnos desertarían de la Licenciatura son: el 38% por las asignaturas complejas, el 3% por el ambiente universitario, el 3% por las instalaciones y el 56% por algunos otros motivos.

DISCUSIÓN

Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión altamente humanista a servir desde un individuo hasta una comunidad; por lo que se fundamenta la importancia de indagar sobre las características que poseen aquellas personas que aspiran a formarse

como licenciados en enfermería, dado que estas características personales tendrán gran impacto durante su formación profesional y eficiencia terminal.

El perfil observado considerando la edad, el estado civil y el porcentaje de estos que trabajan coinciden con los resultados de Irigoyen (2009) y (Aiello, 2014); donde hacen referencia a que los alumnos que ingresan a la Licenciatura han sido regulares en su trayectoria académica y que un gran porcentaje de estos son solteros lo cual se puede considerar un aspecto positivo para tener una buena trayectoria escolar y mayor oportunidad de dedicarse al estudio sin tener responsabilidad familiar directa.

Se consideró necesario saber, si coincidían las expectativas que tenían al ingreso sobre el concepto de enfermería, además de conocer si el rol percibido es congruente con su propósito al ingreso de la carrera; los alumnos consideran que enfermería tiene una gran responsabilidad en el cuidado de individuos/familias y su percepción se irá modificando en semestres posteriores.

Rodríguez y Hernández (2008) utilizan también datos de la ANUIES para analizar la deserción en general en las universidades mexicanas durante el periodo 1999-2003, identifican un mayor porcentaje en las universidades públicas en comparación a las privadas, 36 vs 29% respectivamente, aunque el porcentaje promedio está en alrededor del 25%, conforme a estos datos los correspondientes a enfermería proporcionados por Nigenda (2006) están dentro del rango general de todas las carreras, que igualmente es alto.

Es importante destacar que el perfil del alumno de nuevo ingreso en Enfermería es un tema poco estudiado en nuestro país, existe literatura que habla del perfil de ingreso de los alumnos a la educación superior, pero no hay estudios que indiquen cuál es el perfil ideal del alumno.

CONCLUSIONES

En relación al análisis e interpretación del “Perfil Profesional en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del Centro universitario UAEM Zumpango”. Se concluyó que en ambos turnos el género que sigue predominando es el femenino, no sin antes hacer mención que el género masculino cada vez se hace más presente en la Profesión.

El promedio de egreso del bachillerato con el obtenido en el primer periodo de la Licenciatura se observa que en el turno matutino hay un incremento de su aprovechamiento académico ya que en su mayoría si curso en la preparatoria un área enfocada a las Ciencias de la Salud, además de tomar en cuenta su perfil profesional de ingreso que se ve más enfocado a la Licenciatura por estar en la universidad de su preferencia y en su primera opción, en comparación con el turno vespertino ya que se observó que es un alto índice de alumnos que tomaron a enfermería por no haber quedado en otra licenciatura como medicina y que así mismo habían presentado examen de admisión en otra universidad.

Cabe mencionar que los alumnos del bachillerato de ambos turnos ingresan a la Universidad con conocimientos básicos de la Licenciatura, aunque los alumnos del turno matutino tienen una idea más clara de Enfermería así como de la definición de esta y la valoración hacia la profesión que cada uno de ellos le hace. Con respecto a sus expectativas se observa que los alumnos coinciden en que Enfermería permite un buen ingreso económico.

En general la mayoría de los alumnos se encuentran a gusto con las asignaturas ofertadas en la Licenciatura así como del ambiente o ámbito universitario y en caso desertar lo harían por algún otro motivo ajeno a la Profesión.

Por lo tanto la hipótesis:

- La identidad y el perfil profesional influirán en los motivos por los cuales eligieron Enfermería como Profesión y esto repercutirá en su aprovechamiento académico. Si se comprobó ya que la identidad y el perfil profesional ayudo para que los alumnos estén mejor identificados en la Licenciatura.

- El promedio de bachillerato de los alumnos determinara el promedio obtenido en el del primer periodo de la Licenciatura. No fue comprobado porque el rendimiento académico de los alumnos no se ve afectado por el promedio obtenido en el bachillerato.

BIBLIOGRAFÍA

- Aiello B, Martín M, et al. (2014), Una aproximación al perfil socio económico cultural de los ingresantes universitarios. Universidad Nacional del Sur.
- Alejandro R.G. (2001). Sucesivas aproximaciones de nuestra historia; Crónicas de la Universidad Autónoma del Estado de México Tomo II. Toluca, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- COMIPEMS. (2000). Tipos de Bachillerato. 2010, de Comipemstv.mex Sitio web: <http://www.comipems.edu.mx>
- Comipems. (2001). Perfil Profesional. 2009, de Org Sitio web: <http://www.comipems.edu.mx>
- Donahue, P. (1985). "Historia de la Enfermería". Madrid: Mosby.
- Eddine, J. (2009), "Educación en medios ante la brecha digital en los países del Sur", *Comunicar*, XVI (32), pp. 41-50.
- Efland, A. (2003). *La educación en el arte posmoderno*, Barcelona: Paidós.
- Hernández, J. Moral de Catalabra P. y Esteban A.M. (2003). "Fundamentos de Enfermería", Teoría y Método. Madrid: Mc Greaw-Hill.
- Irigoyen J, Mares G, Acuña K, et al. (2009) Caracterización del estudiante de nuevo ingreso a la Universidad de Sonora: un estudio comparativo. *Mex de Inv en Psicología*.
- López C. R. (1992). La Universidad Autónoma del Estado de México: "Apuntes para su historia". Toluca, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Marriner A. y Raile M. (1999). "Modelos y Teorías en Enfermería". Madrid: Mosby.
- Nava-Bustos G, Lara-García B, Ortega-Medellín MP. Perfil académico en alumnos de nuevo ingreso al Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y su correlación con el desempeño académico en el primer año de la carrera. *Revista de Educación y Desarrollo* 2006;5:29-38.

- Nigenda G, Ruiz JA, Rosales Y. Bejarano R. Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. *Salud Pública Méx* 2006; Vol. 48(1):22-29 3.
- Raile A. M., Marriner T. A. (2011). "Modelos y Teorías en Enfermería". Madrid: Mosby.
- Rodríguez LJ, Hernández VJM. La deserción escolar universitaria en México. La experiencia de la Universidad Autónoma Metropolitana Campus Iztapalapa. *Actualidades Investigativas en educación* 2008.
- Rosales, S. Reyes G.E. (2004). "Fundamentos de Enfermería". México: Manual Moderno.
- Sánchez G. S., Hernández R. Y., García M.J. (1987-1993). *Diplomado en Investigación Educativa, UAP Zumpango, Un desarrollo a través del tiempo. Zumpango, México: Universidad Autónoma del Estado de México.*

PREVALENCIA DE ESTRÉS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

María Elena Columba Meza Zamora¹

Ariadne Rubí Piedra García

Cristina Hortensia Saavedra Vélez

RESUMEN

Introducción: Hoy en día México, es uno de los países con mayor prevalencia de estrés en el mundo, causa de ello es que en él se encuentren factores predisponentes tales como pobreza, los cambios constantes de la situación social, laboral y académica. Cuando éstas se originan en el contexto de un proceso educativo, es frecuente referirse a los mecanismos de adaptación del sujeto en términos de estrés académico. Siendo este último uno de los factores que afectan hoy a la población estudiantil de diversos grados académicos. Cuando éste se origina en el contexto de un proceso educativo, es frecuente referirse a los mecanismos de adaptación del sujeto en términos de estrés académico. **Objetivos:** Identificar la prevalencia del estrés académico en los estudiantes de la Facultad de Historia a través del inventario SISCO para determinar el o los estresores más frecuentes que perjudican al estudiante, además de conocer la manera de afrontamiento que utilizan mayormente. Identificar la prevalencia de los signos y síntomas de estrés así como promover y fomentar el autocuidado. **Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, transversal. **Técnicas:** para la recolección de datos, se utilizó el Inventario SISCO de estrés académico (Barraza 2007). **Población y muestra:** 109 alumnos de la Facultad de Historia, zona Xalapa de la Universidad Veracruzana en el periodo comprendido Febrero-Julio 2014. **Resultados:** Se encontró que existe prevalencia de estrés en los estudiantes debido a los estresores tales como la sobrecarga de tareas, exposición de trabajos, sobre carga académica, tiempo con el que se dispone para realizar las actividades, estudiar y presentar un examen. Por lo que se propone utilizar el sistema de enfermería apoyo

¹ M.P.G. Universidad Veracruzana, Facultad Enfermería, campus Xalapa. meze53@hotmail.com

educación como estrategia para fortalecer e incrementar conocimientos de autocuidado en estudiantes universitarios.

Palabras clave: estrés académico, estresores, estudiantes.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el estrés se define como un conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción, característica que tienen tanto humanos como animales y que ha permitido que éstos se desarrollen y sobrevivan en su ambiente.

Según Hans Selye (2013) “estrés es la respuesta adaptativa del organismo ante diversos agentes”. El estrés viene a ser un fenómeno adaptativo del ser humano que va en línea de favorecer su supervivencia, de lograr un rendimiento en sus actividades y un desempeño en diversas áreas de la vida.

De acuerdo con la investigación “estrés escolar” de Elías Eduardo (2011), el estrés fue descrito por primera vez en 1910 por T.R. Glynn en la Liverpool Medical Institution y a partir de allí se han elaborado diversos estudios permitiendo que en el presente siglo XXI el estrés represente un problema al que se le dé más atención, sin embargo, según el autor, el estrés que presentan los estudiantes universitarios aún no recibe la atención necesaria.

Diversos estudios han mostrado que el estrés académico se presenta en estudiantes de grados de nivel básico, medio superior y superior. Para el caso de los estudiantes universitarios que se encuentran en el punto culminante de su formación y por lo tanto expuestos a altas cargas de trabajo, de horarios y de los tiempos que disponen para realizar las actividades académicas son factores detonantes del estrés académico, aunque también es necesario mencionar que en esta etapa de la vida se enfrentan a muchos cambios tales como, el ingreso a la universidad, la separación de la familia, la

incorporación al mercado laboral y a la adaptación de un estilo de vida diferente al que vivían.

Ante este panorama se reconoce la necesidad de tomar medidas a fin de incidir en esta problemática de gran impacto social y educativo, en donde el profesional de enfermería se involucre en acciones desde la perspectiva del autocuidado de Orem (1993). El autocuidado denota acción de personas maduras o en proceso de maduración que han desarrollado capacidades para cuidar de sí mismas, orientadas al mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

Como acción humana el autocuidado tiene su expresión en requisitos de autocuidado a satisfacer y que hacen referencia a formulación y expresión de acciones de autocuidado necesarias o que se supone tienen validez para la regulación de aspectos de funcionamiento y desarrollo humanos; son desempeñadas por o para los individuos de manera intencionada (Orem, 1993), y constituyen objetivos o resultados a alcanzar.

Para el caso concreto de estudiantes universitarios, el autocuidado puede entenderse como prácticas aprendidas con orientación a influir positivamente en el nivel de salud y calidad de vida de los mismos a través de mejorar sus conocimientos, actitudes y destrezas para cuidar de su propia salud, así como de promover la capacidad de buscar ayuda profesional y fortalecer en ellos la responsabilidad y conciencia del respeto a la salud y a la vida.

La finalidad de este estudio fue evaluar la prevalencia y características de este fenómeno en estudiantes de la carrera de Historia toda vez que otros estudios se enfocan más a los profesionales en formación del área de la salud y no en las ciencias sociales, adicionalmente la información que se obtenga permitirá iniciar el diseño de estrategias preventivas.

Las relación existente entre el estrés y la salud se vienen realizando desde hace mucho tiempo por considerarse necesarias por las consecuencias que tiene. En ocasiones han

estado sobrevaloradas e incluso mal interpretadas, sin embargo actualmente se puede afirmar que el estrés es el principal factor de riesgo causante de alteraciones orgánicas y trastornos psicológicos afectando de manera directa a la salud, pudiendo ocasionar que la persona adquiera conductas nocivas y reduciendo la probabilidad de que desarrolle un autocuidado efectivo, facilitando la aparición de algunas enfermedades o bien, acelerando el progreso de una enfermedad crónica ya existente con anterioridad.

El estrés representa uno de los grandes problemas a los que se les está prestando gran interés debido al conocimiento y a la importancia de sus consecuencias, aunque también es debido al progresivo conocimiento que se tiene sobre este. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), México es el país con el más alto índice de estrés y de los 75 mil infartos que se registran al año, el 25% está asociado a enfermedades derivadas del cansancio y la presión del trabajo.

Es importante recalcar que el estrés no se da por sí sólo, necesita de un desencadenante ya sea físico, psicológico o emocional para afectar la homeostasis del organismo. Sin embargo el universitario se encuentra expuesto ante estos factores pues por lo general pasa más de 8 o 10 horas en la escuela, y sólo basta con que uno de esos factores se desequilibre para comenzar con los primeros síntomas del estrés, por lo tanto, se puede entender como estresor a la situación física, psicológica o emocional que ocasiona una sensación de estrés en el estudiante.

Barraza (2007) refiere que la interacción entre la persona y el entorno, presenta ciertas características que los hacen potencialmente generador de estrés y que la persona se conduce a una valoración cognitiva, potencialmente negativa, de las demandas que le presenta el entorno.

Esta relación entre las características del entorno y las características de las personas constituye un proceso adaptativo, donde la persona se adecua al entorno. Esta relación, de carácter adaptativa, es lo que realmente define el origen de un estresor.

Estresores Académicos

Barraza (2003)	Polo Hernández y Pozo (1996)
Competitividad grupal	Realización de un examen
Sobrecargas de tareas	Exposición de trabajos en clase
Exceso de responsabilidad	Intervención en el aula (responder a una pregunta del profesor, realizar preguntas, participar en coloquios, etc.)
Interrupciones del trabajo	Subir al cubículo en horas de tutorías
Ambiente físico desagradable	Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajos obligatorios, etc.)
Falta de incentivos	Masificación de las aulas
Tiempo limitado para hacer el trabajo	Falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas
Problemas o conflictos con los asesores	Competitividad entre compañeros
Problemas o conflictos con tus compañeros	Realización de trabajos obligatorios para aprobar las asignaturas (búsqueda de material necesario, redactar el trabajo, etc.)
Las evaluaciones	La tarea de estudio
Tipo de trabajo que se te pide	Trabajar en grupo Fuente

Barraza, 2007

Por ello el objetivo que guío este trabajo fue describir la prevalencia de estrés académico en estudiantes de la carrera de Historia- Xalapa para poder desarrollar estrategias de solución en relación a los resultados. El instrumento que se aplicó fue a través del inventario SISCO para determinar el o los estresores más frecuentes que perjudican al estudiante, además de conocer la manera de afrontamiento que utilizan mayormente. Identificar la prevalencia de los signos y síntomas de estrés así como promover y fomentar el autocuidado se centra en la prevalencia del estrés académico de los alumnos de la facultad de Historia en el periodo Febrero-Julio 2014 de la Universidad Veracruzana campus Xalapa

METODOLOGÍA

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, realizada en la Facultad de Historia campus Xalapa en la Universidad Veracruzana en el periodo comprendido Febrero-Julio 2014.

La población total, consta de 228 alumnos inscritos en el periodo antes mencionado, integrándose la muestra con 109 estudiantes.

El instrumento utilizado para la realización de la investigación fue el denominado SISCO de estrés académico (Barraza 2007), validado por el mismo autor y obteniendo una confiabilidad alfa de Cronbach de .90 y una confiabilidad por mitades de .87 demostrando que sus niveles de confiabilidad pueden ser considerados como muy buenos según DeVellis (García, 2006) o elevados de acuerdo con Murphy y Davishofer. (Hogan, 2004)

Previa autorización y consentimiento de las autoridades universitarias así como del consentimiento informado por parte de los alumnos se aplicó el inventario que está conformado por 31 ítems distribuidos de la siguiente manera:

Un ítem de filtro en términos dicotómicos (si - no) que permite determinar si el estudiante es candidato o no a seguir contestando el inventario, es decir que si no presentó situaciones de nerviosismo o preocupación no seguirá respondiéndolo

Un ítem con escala tipo Lickert de cinco valores numéricos (del 1 al 5 don 1 es poco y 5 es mucho) que permite identificar el nivel de autopercepción de estrés que posee el encuestado

Ocho ítems con escala tipo Lickert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre) que identifican la frecuencia en que las demandas del entorno son consideradas como estímulos estresores 15 ítems con

escala Lickert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre) utilizados para identificar la frecuencia con la que los síntomas o reacciones al estímulo estresor son presentados. Y finalmente seis ítems con la misma escala Lickert que las dos anteriores que identifican la frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento.

Se elaboró una base de datos en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión en español. Se aplicó la estadística descriptiva: frecuencia y porcentaje (f y %) el programa estadístico SPSS 15 para su análisis.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia y porcentaje por género

		Frecuencia fi	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	50	45.9	45.9	45.9
	FEMENINO	59	54.1	54.1	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

La población matriculada, en el programa educativo de Historia, durante el periodo de estudio correspondió a 228 estudiantes, de los cuales se incluyeron en el estudio 109 siendo el 45.88% hombres y 54.12% mujeres (Cuadro 1).

Cuadro 2. Frecuencia y porcentaje de alumnos que durante el transcurso semestre sintieron preocupación o nerviosismo

		Frecuencia fi	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	91	83.5	83.5	83.5
	NO	18	16.5	16.5	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

El cuadro 2 nos muestra el porcentaje y la frecuencia de alumnos que durante el semestre se sintieron preocupados o nerviosos, 91 alumnos que corresponden a un 83.5% afirmaron haberse sentido así alguna vez, el 16.5% restante de los alumnos

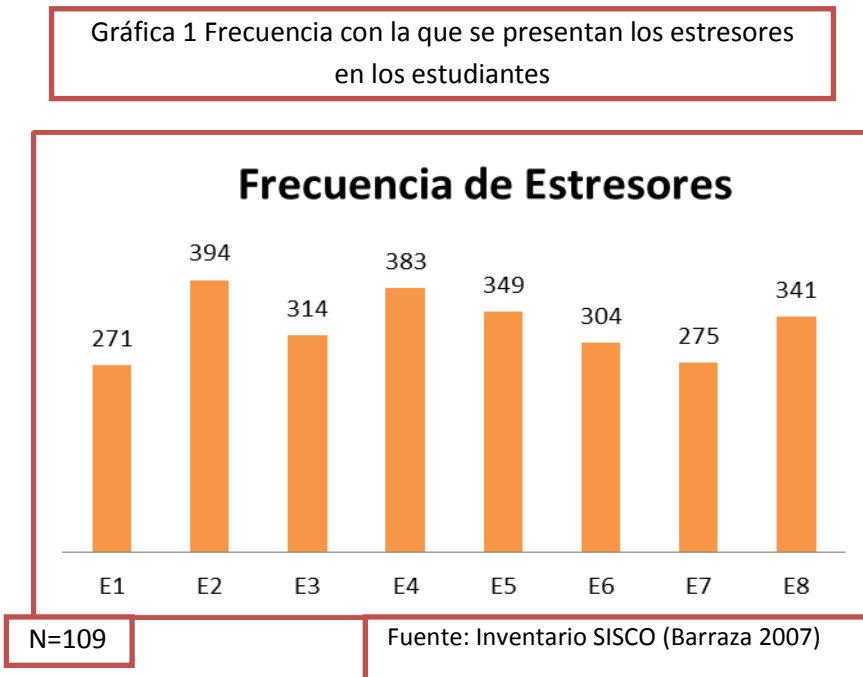
respondieron que no, lo que muestra que el mayor porcentaje de estudiantes se sintieron preocupados o nerviosos durante el periodo escolar.

Cuadro 3. Nivel de preocupación o nerviosismo que presentaron los alumnos durante el semestre que cursaban

		Frecuencia fi	Porcentaje%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	15	13.8	13.8	13.8
	POCO	12	11.0	11.0	24.8
	REGULAR	50	45.9	45.9	70.6
	MUCHO	27	24.8	24.8	95.4
	DEMASIADO	5	4.6	4.6	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

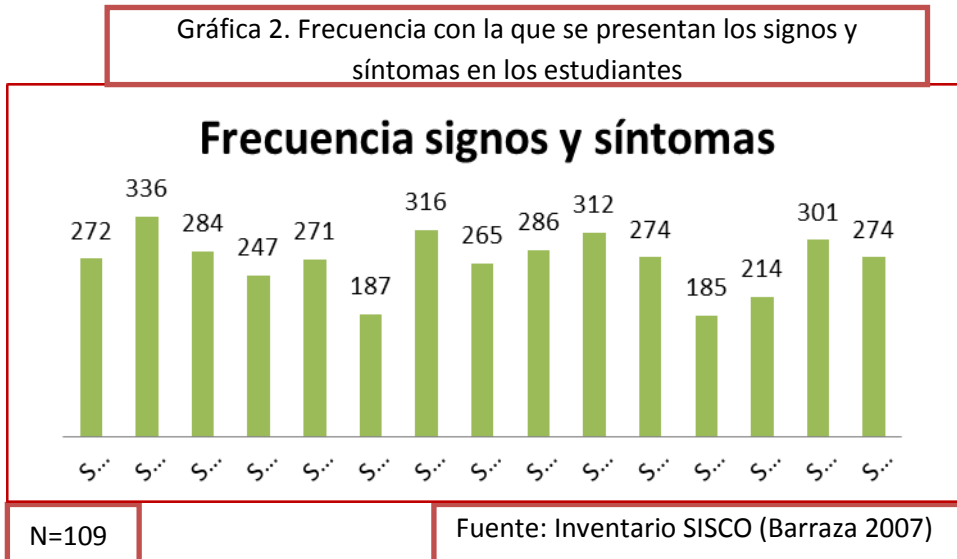
En cuadro 3 se analizó la intensidad con la que los alumnos se sintieron preocupados o nerviosos, predominando el valor intermedio que corresponde a regular con un porcentaje de 45.9%, 15 personas con un 13.8% no respondieron a la pregunta y con el porcentaje más bajo esta la opción de demasiado de solo el 4.6%

Gráfica 1. Frecuencia con la que se presentan los estresores en los estudiantes



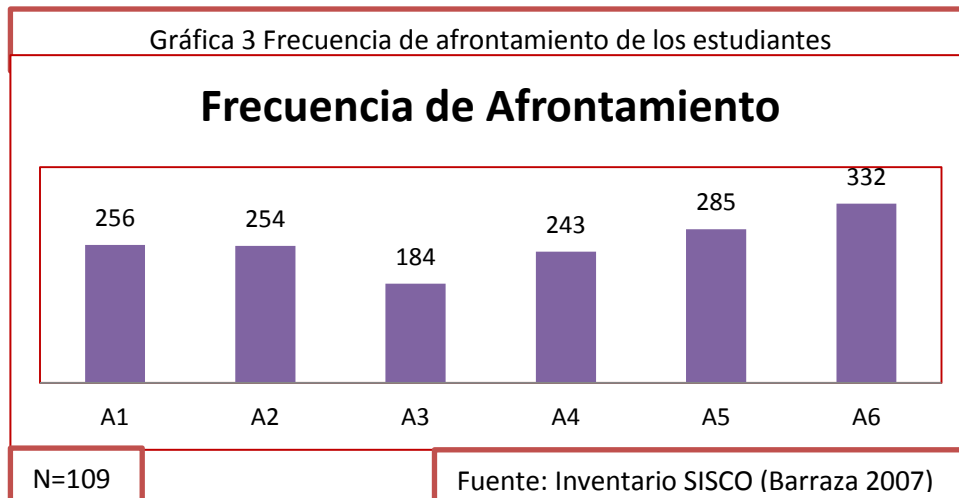
La gráfica muestra que el estresor con mayor prevalencia (394) fue el E2 que corresponde a la sobrecarga de tareas y trabajos escolares, seguido del E4 que son las evaluaciones de los profesores, y los que tienen menor frecuencia es la competencia con los compañeros (E1) y la participación en clase (E7)

Signos y síntomas en los estudiantes



La gráfica 2 muestra que dentro de los signos y síntomas más frecuentes esta la fatiga crónica o cansancio permanente (SYS2) seguido de la inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo), dentro de los que tienen menor frecuencia se encuentra el SYS6 (somnolencia) y los conflictos y tendencia a polemizar y discutir (SYS12).

Afrontamiento de los estudiantes



De acuerdo con la gráfica 3, muestra que la verbalización de la situación que preocupa es la forma de afrontamiento a la que más recurren los estudiantes, mientras que los elogios a uno mismo es la manera menos frecuente que ocupan los estudiantes para afrontar su estrés.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que se presenta prevalencia de estrés en los estudiantes debido a los estresores a los que se enfrentan ,no debe perderse de vista que las tendencias mundiales señalan que se incrementan de manera continua.

Así podemos relacionar el trabajo con el de Pulido R. M. A., Serrano S. M.L, et al (2011) titulado “estrés académico en estudiantes universitarios”. El cual tuvo resultados similares a las variables que se analizaron en este estudio ejemplo de ello fueron varios de los estresores, pues en ambos trabajos se reporta que el carácter del profesor es uno de los principales estresores.

De igual manera, Polo A., Hernández J.M, Poza C. en su investigación “evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios”, de tipo transversal, descriptivo y prospectivo en la población de alumnos de la facultad de psicología de la universidad autónoma de Madrid, de primer y tercer semestre como muestra, encontraron variables similares, tales como la sobrecarga de tareas, exposición de trabajos, sobre carga académica, tiempo con el que se dispone para realizar las actividades, estudiar y presentar un examen, todo estos los menciona como estresores académicos. Igualmente, menciona que los anteriores estresores son los que más afectan al estudiante y en relación con este estudio se puede decir que de igual manera muestran ser detonantes importantes para que el estrés se comience a presentar, teniendo en este estudio a la sobrecarga de tareas como el estresor de mayor representatividad con una frecuencia de 394 de un total de 595 puntos, afirmando que la población estudiada presenta niveles de estrés debido a los estresores que los rodean.

Por lo que se rescata que el programa educativo debe asumir la responsabilidad preponderante de dedicar más esfuerzos a la prevención del estrés con estudios e intervenciones con participación de los padres de familia y los maestros. Ello con el fin de prevenir enfermedades que se pudiesen desencadenar en los universitarios, así como lograr un fomento del autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barraza (2007) Estrés académico: un estado de la cuestión. Revista electrónica Psicología Científica. Disponible en <http://wwwpsicologiacientifica.com/> consultado el 13 de marzo de 2012
- Elías Eduardo (2011), Nivel de estrés entre 2 instituciones de diferente nivel económico. Publicada por Eduardo Elías (2011) Internet]. [Revisado el 25 febrero 2014]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/50295800/Tesis-Estrés-escolar>.
- Martin G.M.,et al (2013) Estudio y Evaluación del estrés académico en estudiantes de grado de Ingenierías Industriales en la Universidad de Málaga. Disponible en <http://www.hekademos.com/hekademos/media/articulos/13/06.pdf>. Revisado el 25 marzo de 2014].
- Orem D E. (1993). Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la Práctica. Madrid. España; Masson
- Polo A., Hernández J.M, Poza Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. [revisado el 25 febrero 2014]. Disponible en: http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf

SUPERACIÓN DE LA EBC EN EL DOCENTE UNIVERSITARIO

María Elena V. Escalona Franco¹

María Florinda Vilchis García²

María de la Luz Sánchez Medina³

Área temática: Evaluación del personal académico

RESUMEN

El presente estudio longitudinal, pretende dar una visión del grado de superación profesional del docente universitario de los periodos 2010A, 2010B, 2011A, 2011B, 2012A, 2012B, 2013A, 2013B, 2014A y 2014B a través de los cursos de capacitación proporcionados por la Dirección de Desarrollo del Personal Académico (DIDEPA).

La Facultad de medicina con un total de 1,061 cursos y la Facultad de odontología con 623 cursos de capacitación distribuidos entre personal administrativo, profesores de asignatura, profesores de medio tiempo, técnicos académicos y profesores de tiempo completo.

La frecuencia de los cursos en la Facultad de medicina relacionados a la EBC corresponde a 4.4% en tanto que los cursos de enseñanza-aprendizaje alcanzan el 10.5%. Así mismo, en la Facultad de odontología los cursos relacionados a la EBC es de 3.4% y los cursos de enseñanza-aprendizaje el 6.4%.

La superación académica de los docentes universitarios de la Facultad de medicina capacitados en los cursos de EBC muestra su mayor incremento en el periodo 2010A que representa el 1.5% del total de 1,061 los cursos recibidos; en relación a los cursos de enseñanza aprendizaje el periodo más representativo es el 2012A con 53 cursos, que representa el 5.0%. La Facultad de odontología presenta el mismo esquema: en los

¹ Docente de la Facultad de Odontología de la UAEMéx, helen1313@hotmail.com.

² Docente de la Facultad de Odontología de la UAEMéx, mfg4808@gmail.com

³ Docente de la Facultad de Odontología de la UAEMéx, draluzsm@hotmail.com

cursos de EBC su mayor porcentaje es en el periodo 2010A con 3.4%, el periodo más significativo de los cursos de enseñanza aprendizaje es en el periodo 2012B con 26 curso otorgados lo que representa el 4.2%.

La capacitación del personal docente en el conocimiento de la Educación basada en Competencias es muy pobre en ambas Facultades ya que, del total de cursos otorgados por DIDEPA no se alcanza ni el 5%.

Palabras clave: competencias, capacitación, superación

INTRODUCCIÓN

Desde la aplicación de la Educación basada en competencias la universidad actual, se centra cada vez más en la en la atención del estudiante como personaje que se forma y se construye en el proceso de aprendizaje profesional, la formación disciplinaria de docentes profesionales competentes y comprometidos con la calidad en la educación y con el desarrollo social.

La idea de que un profesional competente es aquel que posee los conocimientos y habilidades que le posibilitan desempeñarse con éxito en una profesión específica ha quedado atrás, en la actualidad se tiene la idea de la comprensión de la competencia profesional como fenómeno complejo, que expresa las potencialidades del docente para orientar su actuación en el ejercicio de la profesión con iniciativa, flexibilidad y autonomía, en escenarios heterogéneos y diversos, a partir de la integración de conocimientos, habilidades, motivos y valores que se expresan en un desempeño profesional eficiente, ético y de compromiso social. En palabras de la UNESCO (Delors, 1996), no basta conocer y saber hacer, es necesario ser profesional.

Con la aplicación del Plan flexible la formación en competencias profesionales fue uno de los principales objetivos esenciales de las IES; sin embargo, estas no surgen en el contexto universitario, sino en el mundo laboral por el año de 1870, y es partir de ese

momento de McClelland, (1973), Mertens, (1997; 2000) y otros estudiosos, iniciaron la búsqueda con criterios científicos que explicara la eficiencia de los trabajadores en el ámbito laboral. Así, el concepto de competencias aparece ligado a las características personales en un ámbito laboral que explican un rendimiento laboral superior.

Boyatzis, (1982) menciona que las competencias constituyen el conjunto de características de una persona, que está directamente relacionado con una buena ejecución en su puesto de trabajo o de una determinada tarea. En tanto para Spencer, (1993:9) concluye que la competencia es: *una característica del individuo que está causalmente relacionada con su rendimiento efectivo o superior en una situación o trabajo definido en términos de criterios.*

Y mientras que Woodruffe en 1993 concibe a la *competencia como una dimensión de conductas abiertas y manifiestas que le permiten a una persona rendir eficientemente*, para De Ansorena Cao, (1996:76) es: *una habilidad o atributo personal de la conducta de un sujeto que puede definirse como característica de su comportamiento y bajo la cual el comportamiento orientado a la tarea puede clasificarse de forma lógica y fiable.*

Competencias profesionales

Los diversos estudios acerca de las competencias profesionales han permitido aplicar la formación profesional al mundo del trabajo en la medida que evidencian la necesidad de formar dichas competencias. En este sentido, en el Centro de Investigación y Documentación sobre Problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones Profesionales (CIDEC) se expresa que en el trabajo deben existir Competencias profesionales. Enfoques y modelos a debate:

El enfoque de competencia profesional se consolida como una alternativa atractiva para impulsar la formación en dirección que armonice las necesidades de las personas, las empresas y la sociedad en general, dibujando nuevo paradigma en la relación entre los sistemas educativo y productivo y cuyas repercusiones en términos

de mercado laboral y gestión de recursos humanos no han hecho sino esbozarse en el horizonte del siglo XXI. (CIDEDEC, 1999:10)

En la década de los 80's se manejaba una conceptualización sobre las competencias profesionales como simple, factorialista, en virtud de que las competencias se entendían como cualidades personales, aisladas y eminentemente cognitivas, predeterminantes en el desempeño profesional eficiente. A este respecto, es necesario destacar que a partir de allí la competencia ha evolucionado para llegar a una concepción compleja, personológica, que defiende las competencias como configuraciones funcionales de la personalidad que integran conocimientos, habilidades, motivos y valores, que se construyen en el proceso de interacción social y que expresan la autodeterminación de la persona en el ejercicio eficiente y responsable de la profesión (González Maura, 2006). En este rubro, Rodríguez Moreno (2006: 34) expresa: "Esta nueva filosofía ha superado la visión conceptualizadora y sumativa de los conocimientos a favor de la necesidad de centrar el proceso de aprendizaje en la capacidad del sujeto que aprende; en la creencia de que es la propia persona la que será competente para poner en práctica comportamientos y estrategias eficaces".

También se puede definir a las competencias profesionales desde la complejidad lo que significa trascender el enfoque simple en virtud donde las competencias se entienden como cualidades aisladas, eminentemente cognitivas, que predeterminan el éxito profesional en escenarios laborales específicos, con un enfoque personal y dinámico y cuya atención está centrada no en cualidades aisladas, sino en la participación del profesional que como persona, construye, moviliza e integra sus cualidades motivacionales y cognitivas en la regulación de una actuación profesional eficiente en escenarios laborales heterogéneos y diversos. Así lo destaca Le Boterf, (2001: 54) cuando expresa que:

Una persona competente es una persona que sabe actuar de manera pertinente en un contexto particular eligiendo y movilizando un equipamiento doble de recursos: recursos personales (conocimientos, saber hacer, cualidades, cultura, recursos

emocionales, etc.) y recursos de redes (bancos de datos, redes documentales, redes de experiencia especializada, etcétera).

En una publicación de Rodríguez González y otros, (2007) definen las competencias profesionales como la integración de conocimientos, destrezas y actitudes que permiten el desempeño profesional de calidad. Desde el punto de vista académico constituyen, por tanto, el resultado de un proceso de aprendizaje que deberá garantizar que los alumnos sean capaces de integrar los conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades que exigen los perfiles profesionales.

En este mismo sentido, Donoso, (2007) al valorar los diferentes enfoques de competencias, abogan por la necesidad de superar el enfoque simple de las competencias y destacan la importancia de la experiencia profesional y el protagonismo de la persona en la construcción de sus competencias, cuando expresan:

En nuestro trabajo hemos aceptado la dificultad de asumir de forma integrada las diferentes perspectivas de análisis porque la competencia profesional se suele ver como la sumatoria de capacidades individuales singulares específicas, o como un ejercicio de raciocinio técnico definido a priori, de modo prescriptivo (es decir, una manera de aplicar conocimientos para solucionar problemas prácticos). Hemos querido ir en contra de la corriente que tiende a infravalorar la experiencia profesional como metodología constructiva, cuando en realidad la experiencia adquirida en el trabajo constituye una buena base para el crecimiento de una mentalidad heurística, investigadora, núcleo central de una mentalidad competente, que va a servir para usar la pesquisa y la resolución de problemas en cualquier situación laboral (Donoso, 2007: 89).

La autonomía personal y la flexibilidad en el desempeño profesional constituyen elementos esenciales en la comprensión de la competencia, tal como destaca Bunk (1994: 9) cuando al definir las competencias señala que:

Son un conjunto necesario de conocimientos, destrezas y actitudes para ejercer una profesión, resolver problemas de forma autónoma y creativa, y estar capacitado para colaborar en su entorno laboral y en la organización del trabajo.

Aceptar la naturaleza compleja de las competencias profesionales implica que se concibe al profesional como persona que se expresa y se desarrolla en el ejercicio de su profesión. Por lo tanto, la concepción de las competencias profesionales desde esta perspectiva resulta indispensable para la comprensión de la formación integral del estudiante universitario que se espera en la universidad actual.

Las condiciones presentes en las que ha de desempeñarse el profesional, la globalización y la sociedad del conocimiento plantean exigencias en la formación del profesional que labora en las universidades, que quedan expresadas en la necesidad de:

- ✓ Garantizar la gestión no solo de conocimientos y habilidades para el desempeño específico de una profesión en un contexto histórico-social determinado, sino también, y fundamentalmente, la formación de motivaciones, valores, habilidades y recursos personales que le permitan a la persona desempeñarse con eficiencia, autonomía, ética y compromiso social en contextos diferentes, heterogéneos y cambiantes.
- ✓ Formar un profesional capaz de gestionar el conocimiento necesario para el desempeño eficiente de su profesión durante toda la vida a través de la utilización de las TIC. De ahí la importancia de que el estudiante «aprenda a aprender» en un proceso de desarrollo profesional permanente.

Todo ello exige a la universidad centrar la atención en la formación de sus docentes en competencias profesionales.

Competencias Profesionales Genéricas y Específicas

El carácter complejo de las competencias profesionales se expresa no solo en la integración de sus componentes cognitivos (conocimientos, habilidades) y motivacionales (actitudes, sentimientos, valores) en el desempeño profesional, sino también de sus diferentes tipos (competencias genéricas o transversales y específicas).

En la actualidad, el desempeño profesional eficiente en una sociedad globalizada y del conocimiento exige, además de las competencias específicas propias del ejercicio de una determinada profesión, competencias genéricas o transversales, que se expresan en diferentes profesiones, tales como: la capacidad de gestionar de forma autónoma y permanente el conocimiento, de investigar, de trabajar en equipos, de comunicarse en un segundo idioma y de aprender a lo largo de la vida.

En este sentido, Corominas expresa:

La preparación profesional abarca, pues, tanto la formación o entrenamiento en competencias específicas de la profesión, es decir, saberes y técnicas propias de un ámbito profesional (por ejemplo: interpretar un gráfico de temperaturas y lluvias, calcular la resistencia de un forjado, evaluar los conocimientos adquiridos por un alumno, gestionar créditos a clientes etc.), como el entrenamiento en competencias genéricas comunes a muchas profesiones (por ejemplo: gestión de la información, adaptación a los cambios, disposición hacia la calidad, etc.). Las competencias específicas están más centradas en el «saber profesional», el «saber hacer» y el «saber guiar» el hacer de otras personas; mientras que las competencias genéricas se sitúan en el «saber estar» y el «saber ser». Son transferibles en el sentido de que sirven en diferentes ámbitos profesionales. (Corominas, 2001:307)

Por ello, hoy en día para las universidades es un reto no solo diseñar un currículo potenciador de competencias profesionales, que implique cambios tanto en los paradigmas de enseñanza y aprendizaje como en los roles que asumen estudiantes y profesores, sino también, concebir la formación y desarrollo de competencias genéricas y específicas en su interrelación en el proceso de formación profesional.

La necesidad de considerar la complejidad de las competencias y su clasificación en específicas y genéricas o transversales es destacada por diferentes autores y contemplada en los procesos de reforma curricular que se desarrollan en la universidad actual (Tuning, 2003). Le Boterf, en su libro Ingeniería de las competencias, (2001), al referirse a los diferentes tipos de competencias plantea, además de las competencias técnicas referidas al *saber* y *el saber hacer* en una profesión específica, competencias sociales, relacionadas con el *saber ser* profesional.

En esta misma línea, Bunk (1994) refiere, además de las competencias técnicas que acabamos de mencionar, otros tipos de competencias profesionales de carácter general tales como:

- ✓ Las competencias metodológicas, relacionadas con la capacidad de transferir el *saber hacer* a diferentes contextos profesionales.
- ✓ Las competencias sociales, referidas a las habilidades comunicativas y de interacción social.
- ✓ Las competencias participativas, referidas a la pertenencia a un grupo, a la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades.

La reforma curricular universitaria que tiene lugar en la actualidad en el proceso de la educación superior, dirigido a lograr competitividad, empleabilidad y movilidad para los profesionales a partir de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles, centra la atención en la formación en competencias profesionales (Tuning, 2003). La concepción de las competencias profesionales en el proyecto Tuning, el que analizaremos en detalle más adelante, reconoce su carácter complejo y las clasifica en dos tipos fundamentales:

- ✓ Genéricas (transversales, comunes a todas las profesiones). En estas competencias se incluyen elementos de orden cognitivo y de orden motivacional, y se expresan a través de las denominadas:

- Competencias instrumentales, de orden metodológico o de procedimiento, tales como la capacidad de análisis y síntesis, de organización y planificación, y de gestión de información.
 - Competencias personales, tales como la capacidad para el trabajo en equipo, la habilidad para el manejo de las relaciones interpersonales, el compromiso ético.
 - Competencias sistémicas, que se manifiestan en el aprendizaje autónomo, la adaptación a nuevas situaciones, la creatividad y el liderazgo, entre otras.
- ✓ Específicas (relativas a una profesión determinada).

El Proyecto Tuning América Latina se inicia en el año 2004 con el objetivo de propiciar la reflexión y el intercambio entre los profesionales de la educación superior en América Latina, desde una posición de respeto a la autonomía y diversidad de cada región y cultura académica, en torno a la mejora de los procesos de enseñanza y aprendizaje universitarios orientados a la formación integral del estudiante desde un enfoque de competencias. Entre sus primeras tareas se plantea la identificación de las competencias genéricas para América Latina, y para ello se toma como referencia el listado de las treinta competencias genéricas identificadas para Europa*, como resultado de lo cual se llega a la identificación de veintisiete de tales competencias*.

La importancia de las competencias genéricas en la formación actual del profesional es destacada en el Informe final Proyecto Tuning América Latina (2007:40-41), cuando se plantea:

Los campos profesionales se transforman y se generan nuevos nichos de tareas y, paralelamente, anulan o disminuyen las posibilidades de otros trabajos. La mayor parte de los estudios recientes señalan que una persona cambiará varias veces de empleo durante su etapa laboral activa. Por lo tanto, la versatilidad es, cada vez más, una característica fundamental para desarrollar en la formación profesional. Es decir que la

* Ver listado en: < <http://tuning.unideusto.org/tuningeu/> >

* Ver Informe final Proyecto Tuning América Latina 2004-2007, pp. 44-45

flexibilidad mental, la capacidad para adaptarse a nuevos desafíos, el saber cómo resolver problemas y situaciones problemáticas, la preparación para la incertidumbre son las nuevas habilidades mentales que requerirán los profesionales del mañana y en las que debemos entrenarlos. Se hace necesario patrocinar una formación que permita realizar ajustes permanentes, demostrar equilibrio ante los cambios y capacidad de inserción ciudadana en contextos de vida democráticos.

Para el logro de la excelencia educativa, se requiere considerar atributos deseables del profesorado como un factor primordial.

Los principales atributos del profesorado que afectan la calidad de la enseñanza de ES y cuyas deficiencias actuales deberían superarse para llegar a la situación deseable son: (ANUIES, 2012)

1. Profesorado con formación completa. Los profesores de ES deben tener una formación que los capacite y habilite para el conjunto de las funciones académicas que les competen. Esta formación implica profundizar sus conocimientos en un nivel superior al que impartan y a los que contemplan impartir en su carrera. Idealmente, la formación completa es el doctorado, que capacita plenamente para las funciones académicas.
2. Profesores con experiencia apropiada. Todos los profesores deben tener experiencia en las funciones que desempeñaran. Los profesores de asignatura requieren una experiencia profesional relevante para garantizar que los estudiantes de carreras orientadas a la práctica se informen de los mejores métodos y prácticas utilizados en el ejercicio profesional.
3. Proporción equilibrada de profesores de tiempo completo y de asignatura. Debe haber una proporción equilibrada entre profesores de tiempo completo y de asignatura que permita atender las diversas tareas académicas. La baja proporción de origina el descuido de importantes tareas docentes y de gestión académica, atención individualizada a los estudiantes y escasas actividades de generación y aplicación del conocimiento.

4. Distribución equilibrada del tiempo de los profesores entre las tareas académicas. Debe equilibrarse la atención del profesorado de tiempo completo a las labores docentes, a la gestión y planeación académicas y a la generación o aplicación avanzada del conocimiento. Las últimas permuten incorporar al Proceso de enseñanza-aprendizaje conocimientos actualizados y hábitos científicos inquisitivos y rigurosos.
5. Cobertura de los cursos por los profesores adecuados. Los cursos básicos requieren profesores de tiempo completo con formación y experiencia académica de alto nivel. Los cursos prácticos requieren de profesores de asignatura con la experiencia adecuada.
6. Cuerpos académicos articulados y vinculados con el exterior. Los profesores deben constituir cuerpos académicos articulados en su interior y vinculados activamente con el exterior para desarrollar valores y hábitos académicos modernos.

Por lo anterior, la instrumentación y operación de un programa educativo están estrechamente vinculadas con la calidad de los estudios profesionales, en este sentido, un criterio para la eficiencia es la formación de la planta docente, es decir, el perfil profesional con que cuenta cada profesor desde los estudios de licenciatura, especialidad, maestría, o doctorado, aspectos que tienen que estar íntimamente relacionados con el proyecto curricular o plan de estudios que ofrecen los espacios académicos para la formación de los alumnos.

La currícula de Médico Cirujano 2003, tienen 8 áreas de docencia: Morfofuncional, Salud Pública, Atención Médica, Medicina Interna, Familiar, Quirúrgica, Prácticas de Salud Comunitaria y Complementaria que cubren los objetivos del programa y las Unidades de aprendizaje.

La currícula de Cirujano Dentista 2005, tienen 7 áreas de docencia: Ciencias médico biológicas, Odontología Preventiva y social, Medicina bucal, Rehabilitación

odontológica, Odontopediatria y ortodoncia Terapéutica quirúrgica, Investigación y formación básica que cubren los objetivos del programa y las Unidades de aprendizaje.

OBJETIVO:

Conocer el grado de superación profesional de los docentes de la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología durante los periodos 2010A, 2010B, 2011A, 2011B, 2012A, 2012B, 2013A, 2013B, 2014A y 2014B.

DESARROLLO METODOLÓGICO

Tipo de estudio longitudinal, se recabó información de los cursos de capacitación para docentes de los periodos 2010A, 2010B, 2011A, 2011B, 2012A, 2012B, 2013A, 2013B, 2014A y 2014B; proporcionados por la Dirección de Desarrollo de Personal Académico (DIDEPA); con la finalidad de evaluar al personal docente de las Facultades de Medicina y Odontología mediante la capacitación en competencias.

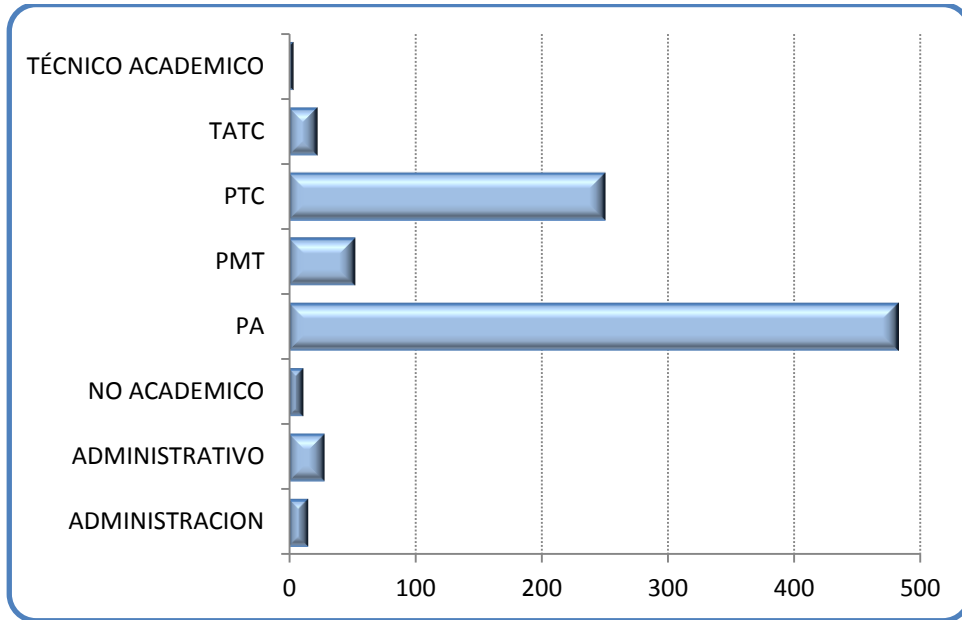
Se realizó el trabajo clasificando el número de cursos realizados por los docentes por tipo de plaza, número y tipo de cursos realizados en el periodo de tiempo estudiado (2010A, 2010B, 2011A, 2011B, 2012A, 2012B, 2013A, 2013B, 2014A y 2014B), se realizó por periodo de cada una de las Facultades tanto de medicina como de la Facultad de Odontología.

Se realizó la base de datos y se analizaron los resultados en SPSS para la presentación de los resultados.

En la Facultad de Medicina el docente que participó en la capacitación de cursos por tipo de plaza fueron: de administración 14 (14.5%), personal administrativo 27 (2.5%), no académico 10 (0.9%), PA 481 (45.3%), PMT 51 (4.8%), PTC 249(23.5%), TATC 21 (2.0%), técnico académico 2 (0.2%).

Número de cursos por tipo de plaza, Facultad de Medicina

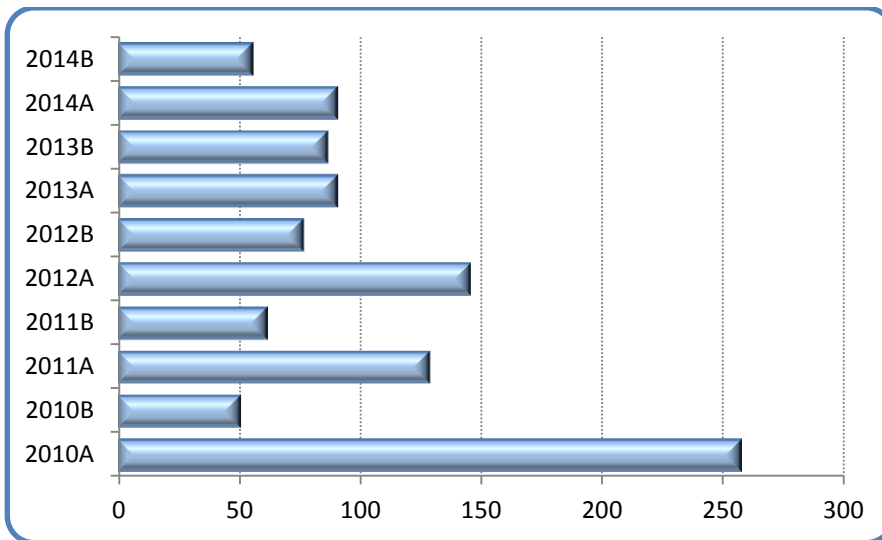
Periodo 2010A. 2010B, 2011A, 2011B, 2012A, 2012B, 2013A, 2013B, 2014A y 2014B



Fuente: DIDEPA

En el periodo 2010A se capacitaron 2.57 docentes (24.2%), en 2010B se capacitaron 50 (4.7%), en 2011A- 128 (12.1%), en 2011B- 61 (5.7%), en 2012A -145 (13.7%), en 2012B- 76 (7.2%), en 2013A- 90 (8.5%), en 2013B- 86 (8.1%), en 2014A- 90 (8.5%) y en 2014B 55 (5.2%).

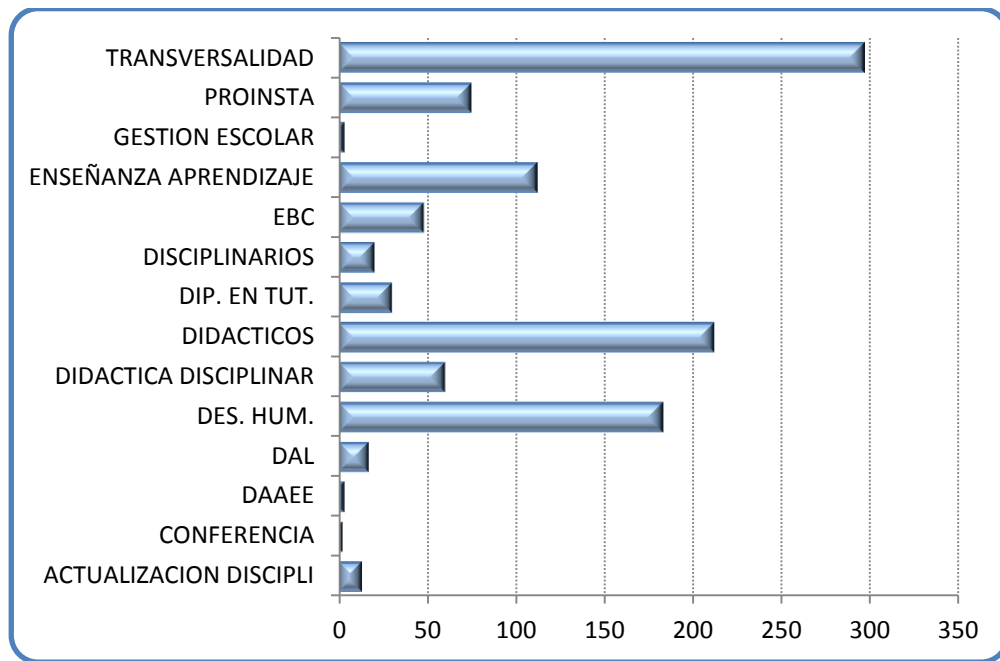
Número de cursos por tipo de plaza, por periodo. Facultad de Medicina



Fuente DIDEPA

El tipo de curso fue de actualización disciplinaria 12 (1.1%), conferencia 1 (0.1%) DAAEE 2 (0.2%), desarrollo humano 182 (17.2%), didáctica disciplinar 59 (5.6%), didácticos 211 (19.9%), tutoría 29 (2.7%), disciplinarios 19 (1.8%), EBC 47 (4.4%), Enseñanza aprendizaje 111 (10.5%), gestión escolar 2 (0.2%), PROINSTA 74 (7.0%), transversalidad 296 (27.9%).

Tipo de cursos realizados en la Facultad de Medicina



Fuente: DIDEPA

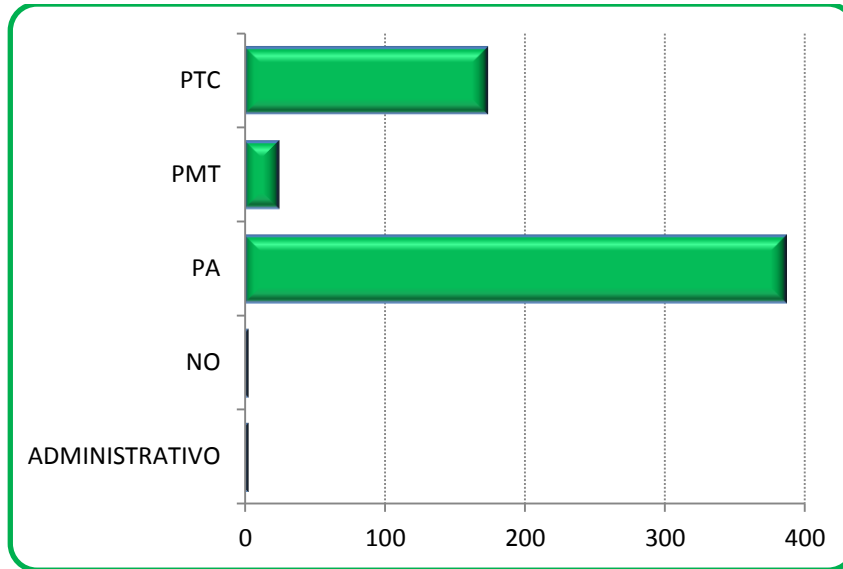
Tipo de cursos realizados por periodo en la Facultad de Medicina

Cursos realizados en la Facultad de Medicina por periodo												
Curso	Periodo											Total
		2010 A	2010 B	2011 A	2011 B	2012 A	2012 B	2013 A	2013 B	2014 A	2014 B	
ACTUALIZACION DISCIPLI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	12
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.6%	1.1%
CONFERENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.1%	.0%	.1%
DAAEE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.2%	.0%	.2%
DAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	16
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.8%	.8%	1.5%
DES. HUM.	0	22	2	57	6	30	36	27	2	0	0	182
	.0%	2.1%	.2%	5.4%	.6%	2.8%	3.4%	2.5%	.2%	.0%	.0%	17.2%
DIDACTICA DISCIPLINAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49	10	59
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.6%	.9%	5.6%
DIDACTICOS	0	105	19	6	0	16	1	6	58	0	0	211
	.0%	9.9%	1.8%	.6%	.0%	1.5%	.1%	.6%	5.5%	.0%	.0%	19.9%
DIP. EN TUT.	0	17	11	1	0	0	0	0	0	0	0	29
	.0%	1.6%	1.0%	.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.7%
DISCIPLINARIOS	0	18	0	0	0	1	0	0	0	0	0	19
	.0%	1.7%	.0%	.0%	.0%	.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.8%
EBC	0	16	0	7	0	1	12	11	0	0	0	47
	.0%	1.5%	.0%	.7%	.0%	.1%	1.1%	1.0%	.0%	.0%	.0%	4.4%
ENSEÑANZA APRENDIZAJE	3	1	0	26	0	53	2	10	16	0	0	111
	.3%	.1%	.0%	2.5%	.0%	5.0%	.2%	.9%	1.5%	.0%	.0%	10.5%
GESTION ESCOLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.2%	.0%	.2%
PROINSTA	0	44	0	4	0	10	10	5	1	0	0	74
	.0%	4.1%	.0%	.4%	.0%	.9%	.9%	.5%	.1%	.0%	.0%	7.0%
TRANSVERSALI DAD	20	34	18	27	55	34	15	31	9	22	31	296
	1.9 %	3.2%	1.7%	2.5%	5.2%	3.2%	1.4%	2.9%	.8%	2.1%	2.9%	27.9%
Total	23	257	50	128	61	145	76	90	86	90	55	1,061
% del total	2.2 %	24.2 %	4.7%	12.1 %	5.7%	13.7 %	7.2%	8.5%	8.1%	8.5%	5.2%	100.0 %

Fuente: DIDEPA

En la Facultad de Odontología en relación al tipo de plaza, el personal administrativo participó en 1 curso (0.2%), NO 1 curso (0.2%), PA 385 (61.8%), PMT 23 (3.7%), PTC 172 (27.6%).

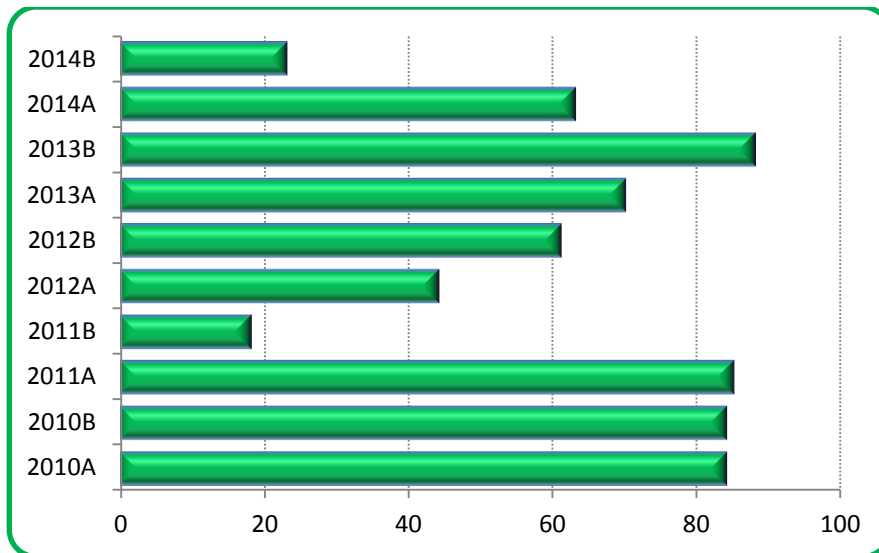
Número de cursos realizados por tipo de plaza en la Facultad de Odontología



Fuente DIDEPA

En la Facultad de odontología durante el periodo 2010A se capacitaron 84 docentes (13.5%), en 2010B se capacitaron 84 (13.5%), en 2011A- 85 (13.6%), en 2011B- 18 (2.9%), en 2012A -44 (7.1%), en 2012B- 61 (9.8%), en 2013A- 70 (11.2%), en 2013B- 88 (14.1%), en 2014A- 63 (10.1%) y en 2014B 23 (3.7%).

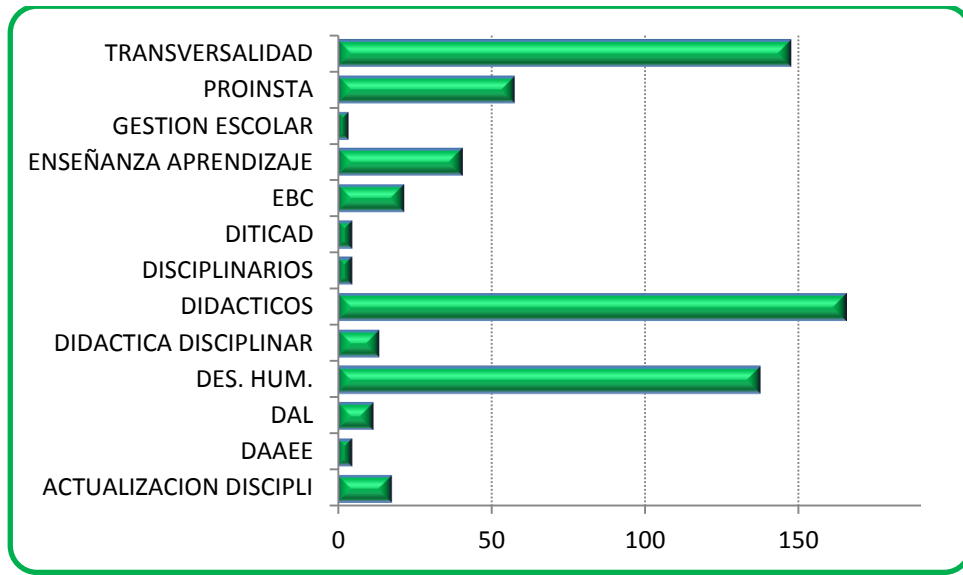
Número de cursos realizados por periodo en la Facultad de Odontología



Fuente DIDEPA

El tipo de curso fue de actualización disciplinaria 17 (2.7%), DAAEE 4 (0.6%), DAL 11 (1.8%), desarrollo humano 137 (22%), didáctica disciplinar 13 (2.1%), didácticos 165 (26.5%), disciplinarios 4 (0.6%), DITICAD 4 (0.6%), EBC 21 (3.4%), Enseñanza aprendizaje 40 (6.4%), gestión escolar 3 (0.5%), PROINSTA 57 (9.1%), transversalidad 147 (23.6%).

Cursos realizados en la Facultad de Odontología por tipo de curso



Fuente DIDEPA

Tipo de cursos realizados por periodo en la Facultad de Odontología

Cursos realizados en la Facultad de Odontología por periodo												
Curso	Periodo											Total
		2010A	2010B	2011A	2011B	2012A	2012B	2013A	2013B	2014A	2014B	
ACTUALIZACION DISCIPLI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	1	17
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.6%	.2%	2.7%
DAAEE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.6%
DAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	11
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%	.5%	1.8%
DES. HUM.	0	6	25	24	4	26	14	4	34	0	0	137
	.0%	1.0%	4.0%	3.9%	.6%	4.2%	2.2%	.6%	5.5%	.0%	.0%	22.0%
DIDACTICA DISCIPLINAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.1%	.0%	2.1%
DIDACTICOS	0	36	31	16	0	0	13	52	17	0	0	165
	.0%	5.8%	5.0%	2.6%	.0%	.0%	2.1%	8.3%	2.7%	.0%	.0%	26.5%
DISCIPLINARIOS	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	.2%	.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%
DITICAD	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%
EBC	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
	.0%	3.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.4%
ENSEÑANZA APRENDIZAJE	0	2	0	2	1	2	26	3	4	0	0	40
	.0%	.3%	.0%	.3%	.2%	.3%	4.2%	.5%	.6%	.0%	.0%	6.4%
GESTION ESCOLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.5%	.0%	.5%
PROINSTA	0	6	10	5	4	5	0	3	24	0	0	57
	.0%	1.0%	1.6%	.8%	.6%	.8%	.0%	.5%	3.9%	.0%	.0%	9.1%
TRANSVERSALIDAD	2	6	18	38	9	11	8	8	9	19	19	147
	.3%	1.0%	2.9%	6.1%	1.4%	1.8%	1.3%	1.3%	1.4%	3.0%	3.0%	23.6%
Total	3	84	84	85	18	44	61	70	88	63	23	623
	.5%	13.5%	13.5%	13.6%	2.9%	7.1%	9.8%	11.2%	14.1%	10.1%	3.7%	100.0%

CONCLUSIONES

La formación en competencias profesionales constituye un objetivo esencial de la educación superior actual, orientada a la formación integral del estudiante, en tanto profesional eficiente, ético y responsable.

Para finalizar se pudo observar que la capacitación y formación académica pedagógica y disciplinaria de los docentes en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México, siempre ha sido una prioridad, desafortunadamente en los últimos años este proceso se ha visto interrumpido por la falta de promoción de los nuevos cursos y/o falta de interés por parte de los nuevos docentes que se integran a las unidades de aprendizaje por horas ya que debido a sus labores profesionales externas, se les dificulta la asistencia a dichos cursos, que por lo general son intersemestrales.

La evaluación realizada por el COMAEM en el 2013, en el rubro de profesores, evidencia que la Facultad de Medicina no cuenta con un programa de formación y actualización docente en la Licenciatura de Médico Cirujano, sin embargo los docentes para lograr su permanencia y/o promoción, deben llevar a cabo por lo menos dos cursos de formación y actualización docente al semestre, por tal motivo la facultad oferta dichos cursos, siendo solicitados los temas de acuerdo a las necesidades encontradas por las academias de asignatura.

Por lo que se concluye que se debe diseñar e implementar un programa de formación y actualización docente con el propósito de cubrir las necesidades académicas referentes a los diferentes aspectos psicopedagógicos del modelo educativo de la UAEMex, acorde a las características específicas del personal docente donde se brinde la formación y actualización continua semipresencial, o virtual.

Asimismo, dicho programa deberá favorecer y garantizar la evaluación de la práctica docente, desde su diseño, implementación y supervisión continua, con la finalidad de garantizar la transferencia de las intenciones educativas del curriculum a las actividades en el aula.

Elaborar el perfil profesional del personal académico, identificando su jornada laboral (tiempo completo, medio tiempo asignatura), su escolaridad y especialidad (títulos y áreas de formación), experiencia en la docencia (años) y en el ejercicio de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- ANUIES. (2012). *Innovación en Educación Superior*. México: Secretaría General Ejecutiva de la ANUIES.
- BOYATZIS, R. (1982). Nueva Yor: Wiley & Sons.
- BUNK, G. P. (1994). *La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA*.
- CIDEC. (1999). Competencias profesionales. *Enfoques y modelos a debate. Formación, empleo, cualificaciones*(27).
- COROMINAS, E. (2001). *Competencias genéricas en la formación universitaria*. Madrid: Madrid.
- DE ANSORENA CAO, Á. (1996). Barcelona: Paidós Empresa.
- DELORS, J. (1996). *La educación encierra un Tesoro*. Francia: UNESCO.
- DONOSO, T. y. (2007). El análisis de las competencias genéricas de profesionales de la psicopedagogía en activo. (F. d. Educación, Ed.) *un ejemplo de formación permanente*, 41(3), 77-99.
- GONZÁLEZ MAURA, V. (2006). La formación de competencias profesionales en la universidad. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva educativa, en XXI. *Revista de Educación*(8), 175-188.
- LE BOTERF, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Barcelona: Epise.
- MCCLELLAND, D. (1973). Testing for Competencies rather than Intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- MERTENS, L. (1997). Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Montevideo: Organización Internacional del trabajo (OIT). *Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR)*.
- MERTENS, L. (2000). *La gestión por competencia laboral en la empresa y la formación profesional*. OEI.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, R. H. (2007). Cómo planificar asignaturas para el aprendizaje de competencias. (U. d. Oviedo, Ed.) *Documentos ICE*,.

RODRÍGUEZ MORENO, M. L. (2006). De la evaluación a la formación de competencias genéricas: aproximación a un modelo Profesional. *Revista Brasileña de Orientación*, 7(2), 33-48.

SPENCER, L. M. (1993). *Competence at Work: Models for Superior Performance*. Nueva York: Wiley & Sons.

WOODRUFFE, C. (1993). What is Meant by a Competency? *Leadership and Organization. Development*, 14(1), 29-36.

TELÉFONOS MÓVILES COMO RIESGO BIOLÓGICO EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE TOLUCA MÉXICO

E.L.E. Viridiana Rebollar Cabrera¹

Miriam Gómez Ortega²

Andrea Guadalupe Sánchez Arias³

INTRODUCCIÓN

La expansión acelerada del mercado de telefonía móvil a nivel mundial es uno de los fenómenos más destacados en el campo de la comunicación en la última década. Sus implicaciones son diversas, pues el teléfono móvil afecta no solo el desarrollo de estructuras sociales y actividades económicas sino que cambia la naturaleza misma de la comunicación y de las relaciones sociales modificando también la manera como se construye la identidad y se conceptualiza el espacio. Se ha convertido en la tecnología de comunicación personal más usada en todo el mundo, y en uno de los objetos de consumo más deseados. Además de su función básica como medio de comunicación interpersonal, se utiliza para mandar y recibir mensajes, búsqueda de información, acceso a redes sociales entre otros. (Yarto, 2015:1)

El primer contacto que se tiene con el teléfono móvil, es la cara, boca y manos. En el entorno hospitalario el personal de salud en el cuidado y atención del paciente se tiene contacto con el ambiente hospitalario, que puede estar contaminado con agentes biológico infecciosos que son microorganismos capaces de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada. (NOM-087-ECOL-SSA1-2002:2), por los fluidos corporales del paciente con diversas patologías, donde se utilizan las manos como principal medio en el diagnóstico

¹ E.L.E. Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Enfermería y Obstetricia. vyryy_diana@hotmail.com

² Dra. en Educación .P. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. miriamgo29@hotmail.com

³ Maestra en Administración de los Servicios de Salud. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. vicnal74@hotmail.com

tratamiento y rehabilitación del usuario. Así mismo durante la jornada laboral se hace uso del teléfono móvil, para mantener comunicación y se atiende al paciente, sin tomar en consideración el riesgo biológico al que se está expuesto, al poder contaminar el teléfono móvil, si no se realiza un correcto lavado de manos, provocando infecciones cruzadas por teléfono móvil, personal de salud y paciente. Sin embargo no existe un protocolo establecido para no utilizarlo dentro del área hospitalaria.

Los agentes dentro del hospital son variados. Un agente es un ente que en determinadas circunstancias puede ser capaz de producir un daño al organismo de cualquier ser humano. Se dividen en tres grupos: Según el agente causal, emanado del proceso de trabajo, conforme a los factores relacionados con las condiciones bajo las cuales el individuo realiza sus actividades, los que se derivan del ambiente en el cual se encuentra el trabajador, que puede producir enfermedades en el trabajo. (Hernández, Malfavòn y Fernández, 2000:51)

Los agentes se clasifican en: físicos, químicos, biológicos y psicosociales. Para esta investigación se tomaran en consideración los agentes biológicos: que son seres vivos de tamaño microscópico que provoca enfermedades en el ser humano. Estos factores tienen como origen la fijación dentro y fuera del organismo o la impregnación del mismo por animales protozoarios o metazoarios, parásitos o toxinas de bacterias que provocan el desarrollo de alguna enfermedad. Los agentes biológicos alteran la salud de los trabajadores y pacientes si se encuentran presentes en el ambiente de trabajo y el individuo entra en contacto con ellos, y son los siguientes: virus, bacterias, rickettsias, protozoarios y hongos. Históricamente los agentes etiológicos que con mayor frecuencia causan infecciones nosocomiales, y la adquisición de resistencia a los antibióticos es el problema principal como lo son, estafilococos, pseudomonas y escherichia coli. Principalmente esto se debe a la utilización de catéteres intravenosos, sondas urinarias, nutrición parenteral y procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos. Las manifestaciones clínicas son muy variadas y dependen básicamente de los órganos y sistemas afectados, la edad del paciente y la naturaleza del agente etiológico. (Solorzano, 2005, 45)

El personal de salud, está expuesto a riesgo biológico o biorriesgo que es la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que plantea una amenaza a la salud de los trabajadores provocando una contaminación biológica. Las principales vías de entrada al organismo son; La vía respiratoria (inhalación) a través de la nariz, boca, laringe, bronquios, bronquiolos y alveolos pulmonares. La cantidad absorbida del contaminante por vía respiratoria es función de la concentración en el ambiente, del tiempo de exposición y de la ventilación pulmonar. La vía dérmica comprende toda la superficie que envuelve al cuerpo humano. En algunas sustancias o fluidos corporales es la vía principal de penetración. La temperatura y la sudoración pueden influir en la absorción de tóxicos a través de la piel. La vía digestiva a través de la boca, estomago, intestinos, al momento de hablar comer y beber en el área de trabajo y en la vía parenteral, es la penetración directa de contaminantes en el organismo a través de una discontinuidad de la piel por herida o punción. (Hernández, Malfavòn y Fernández, 2000:53), esto puede dar origen a enfermedades o infecciones intrahospitalarias son asociadas a morbilidad en el personal de salud y paciente como infecciones nosocomiales que actualmente son el principal problema de las instituciones del área de la salud y en todo el mundo, como un problema relevante de la salud pública con gran trascendencia económica y social, por tanto es un gran desafío para las instituciones hospitalarias y para el personal de salud implementar medidas de prevención. (Mandell, Bennett y Dolin, 2012:3668)

Por tanto el personal de enfermería es una pieza fundamental en el cuidado debe estar en constante interacción y actualización en conocer y llevar a cabo la educación, implementación y prevención del control de las infecciones hospitalarias como una responsabilidad individual y colectiva, así mismo la implementación adecuada de los procedimientos correctos para el cuidado del paciente evitando riesgos de infecciones nosocomiales, procurando con sus acciones a atender mejor a los pacientes. Se debe estimular la concienciación del equipo de salud de las instituciones de la seguridad del ambiente, del paciente y del propio profesional de salud en su área de salud. Esto porque sólo el conocimiento del fenómeno infección hospitalaria y de sus

correspondientes medidas preventivas, se estará previniendo infecciones intrahospitalarias. (Cohelo, Arruda y Simoes, 2011:73)

Las medidas preventivas son una barrera de protección tanto para el personal de salud como para los pacientes que evita contraer daños a la salud. Para controlar un brote de infección nosocomial deben establecerse medidas estándar y medidas basadas en los mecanismos de transmisión del agente casual. Como las precauciones estándar; lavado de manos, uso de guantes, lentes protectores, cubre bocas y batas. (Solórzano, Miranda y Díaz, 2005:23)

El lavado de manos es la medida de higiene más utilizada en todo el mundo. Las personas se lavan las manos antes y después de realizar múltiples actividades en diferentes ámbitos como salud, industrial, el hogar etc. (Solórzano, Miranda y Díaz. 2005:23). La higiene y lavado de las manos se constituye como una de las medidas primarias para la prevención de las infecciones hospitalarias, dado que las manos se caracterizan como la principal herramienta de transmisión de los microorganismos. Pero, la falta de adhesión de los profesionales de salud a esta práctica acarrea la necesidad de reformulación cultural, a fin de valorarse la seguridad y la calidad de asistencia para uno mismo y para el paciente. Por lo tanto, el personal de salud debe implementar el lavado de manos con la técnica de los cinco momentos y la limpieza del teléfono móvil que se puede realizar con un pañuelo de micro-fibras y alcohol o limpiador de pantallas. (Cohelo, Arruda y Simones, 2011:73)

OBJETIVO: Analizar el riesgo biológico de los teléfonos móviles del personal de salud dentro del hospital.

METODOLOGÍA. La investigación en proceso, tiene un enfoque metodológico cuantitativo. Tipo transversal descriptivo, línea de investigación Educación de la salud en el ambiente laboral. Con un universo de 30 trabajadores del área de salud, con una muestra no probabilístico por conveniencia. Se incluyó a personal de salud que firmo consentimiento informado del turno matutino que contaban con teléfono móvil de un

Hospital de Tercer Nivel de Toluca México. El muestreo piloto no probabilístico por conveniencia. Se utilizó un instrumento; la recolección de datos se obtuvo a través de un cuestionario aplicado al personal de salud y una muestra de un cultivo a su teléfono móvil. Es un cuestionario de 10 preguntas con escala de Likert con dos apartados, datos sociodemográficos, uso del teléfono móvil y una muestra de análisis bacteriológico, validado por expertos a través de una prueba piloto. Para el procesó de la información se utilizó el programa SPSS y se aplicó estadística descriptiva de tendencia central versión 21 y el aspecto bioético de acuerdo con la declaración de Helsinki, Ley General de Salud Artículo 100 y el Reglamento de la Ley General de Salud del Artículo 13 al 27.

RESULTADOS. Las características de los sujetos que participaron en el estudio son en su mayoría del género femenino (66.7%), y el masculino con el mínimo de (33.3%). El intervalo de edad con mayor incidencia fue de 25 años de edad con un porcentaje (66.7%), y el mínimo de 28 años de edad (33.3%). los participantes fueron de los servicios de Cirugía Lactantes, Hematología y Urgencias con un porcentaje de (33.3). El 33.3% de los participantes es Enfermería General, un 33.3% la Lic. Enfermería y un restante R2 en Pediatría 33.3%. (Tabla 1)

El 100% de los participantes usa el teléfono móvil durante su jornada de trabajo hospitalaria. El uso del teléfono móvil es de, el 33.3% lo usa mínimo 6 veces, el 33.3% 8 veces y el 33.3%; más de 10 veces. El R2 en Pediatría hace utilización más del teléfono móvil en el área de su trabajo dentro del hospital. El 100% de los participantes del personal de salud utiliza el teléfono móvil en su jornada de trabajo para mensajes. Las áreas donde más se utiliza el teléfono móvil; es el R2 en Pediatría en el baño, pasillos y residencia con un 33.3%, así mismo la Lic. Enfermería lo utiliza en el comedor, baño y servicio de Cx con 33.3%, por último la Enfermera General con un 33.3% en el servicio, cafetería y hospitalización.

La mayoría de los participantes no se lavan las manos antes ni después de usar su teléfono móvil con un porcentaje de 66.7%, el 33.3% aseguran si lavarse las manos

antes y después de usarlo. Los participantes del personal de salud no limpian su teléfono móvil y es el 66.7%, sólo el 33.3% lo limpia una vez al día. Los participantes nunca limpian su teléfono móvil antes y después de usarlo y el mayor porcentaje es de 66.7% y el mínimo solo 1 vez al día con el 33.3%. El 100% del personal de salud refiere no saber si su teléfono móvil está contaminado. El 100% de los participantes respondieron que en su ambiente de trabajo no está prohibido el uso del teléfono móvil dentro del hospital de tercer nivel de Toluca Estado de México.

Resultados del cultivo de los teléfonos móviles

En los cultivos de los tres teléfonos móviles el 100% se encontraron estafilococos, en el teléfono móvil de la Enfermera General fueron solo estafilococos. Un 33.3% fueron estafilococos negativos y positivos en el teléfono de la Lic. Enfermería también con un 33.3% manitol positivo, utilizado para el aislamiento y diferenciación de estafilococos patógenos. Por último en el R2 en Pediatría son estafilococos gran positivos y gran negativos.

El factor de riesgo biológico es alto para el desarrollo de infecciones nosocomiales y enfermedades de trabajo para el personal de salud. (Tabla 2)

Tabla 1. Datos demográficos y de frecuencia

Tabla X		
Características sociodemográficas de los participantes		
Características	N°	%
Género		
Femenino	2	66.7
Masculino	1	33.3
Edad		
25	2	66.7
28	1	33.3
Servicio		
Cirugía lactantes	1	33.3
Hematología	1	33.3
urgencias	1	33.3
Profesión		
Enfermera general	1	33.3
Licenciada en Enfermería	1	33.3
R2 en Pediatría	1	33.3

Fuente: Cuestionarios aplicados numero; 1, 2, 3

Tabla 2. Teléfono móvil y de frecuencia

Tabla X				
Uso del teléfono móvil por el personal de salud				
Característica				
Participante 1	Participante 2	Participante 3	N°	%
Uso del teléfono móvil en sus jornadas de trabajo				
Sí	Sí	Sí	3	100.0
Veces que hace uso del teléfono móvil en su área de trabajo				
6	8	10	1	33.3
Utiliza el teléfono móvil en su jornada de trabajo para				
Mensajes	Mensajes	Mensajes	3	100.0
Áreas y/o servicios del hospital donde utiliza el teléfono móvil				
Baño, pasillos y residencia	Comedor, baño y servicio Cx	Servicio, cafetería y hospitalización	1	33.3
Antes de usar el teléfono móvil se lava las manos				
Sí	No	No	1-2	33.3-66.6
Después de usar el teléfono móvil se lava las manos				
Sí	No	No	1-2	33.3-66.6
Frecuencia limpia y desinfecta su teléfono móvil				
1 vez al día	Nunca	Nunca	1-2	33.3-66.6
Cada cuanto limpia su teléfono móvil antes y después de usarlo				
1 vez al día	Nunca	Nunca	1-2	33.3-66.6
Sabe o tiene el conocimiento si su teléfono móvil está contaminado				
En el área de trabajo está prohibido el uso del teléfono móvil				
No	No	No	3	100.0
Cultivo de los teléfonos móvil				
Estafilococos	Estafilococos Positivos y negativos Manitol positivo	Estafilococos		

Fuente: Cuestionarios aplicados numero; 1, 2, 3. Y cultivos 1, 2, 3

CONCLUSIONES

El riesgo biológico es la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las unidades e instituciones de salud, personal de salud y personas, organizaciones o entidades. La superficie de los teléfonos móviles del personal de salud del hospital se encuentra contaminada por bacterias como estafilococos positivos y negativos entre estos uno con manitol positivo, actuando como fómite dentro de unidades de salud. Al igual la frecuencia del uso de teléfono móvil es muy intensa en el hospital y en cualquier área o servicio. Por lo tanto, existe riesgo biológico para todo el personal de salud y pacientes dentro de las instituciones hospitalarias; existiendo contaminación biológica en los teléfonos móviles con gérmenes patógenos.

Por tal motivo, el personal de salud debe implementar el lavado de manos correctamente antes y después de la utilización del teléfono móvil y en contacto con pacientes y llevar a cabo la limpieza del teléfono móvil con un pañuelo de microfibra, alcohol o limpiador de pantallas para evitar posibles complicaciones.

REFERENCIAS

- Cohelo, MS; Arruda, S; Simoes, F; (2011) ``HIGIENE DE MANOS COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN EL CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA: UN ESTUDIO CUANTITATIVO`` Revista electrónica trimestral de enfermería. num. 21, enero 2011, Pp.73-81.
- Diario Oficial de la Federación (2002) “NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos peligrosos biológico-infecciosos, Clasificación y especificaciones de manejo.” disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html> [Accesado el día 04 de octubre de 2014]. Pag. 2,3.
- Hernandez, A; Malfavon,N. y G. Fernandez, (ed. Limusa)_(2000) Seguridad e higiene industrial. Puntos de vista. Mexico, España, Venezuela y Colombia. Pág. 51-53, 73, 74 80, 81, 84 y 87.

Mandell, G.; Bennett, J. y R. Dolin, (2012) Enfermedades infecciosas, Principios y práctica. Séptima edición. Elsevier, Churchill Livingstone. Pág. 3668,-3669.

Solórzano, F.; Miranda, M y R. Díaz, (2005) Estrategias para el control de infecciones nosocomiales. Cuarta edición. AstraZeneca, Especialidades. Pág. 22,23,145.

Yarto, C. y Pedrosa (2015). ``El uso del teléfono celular y sus implicaciones socioculturales`` en Revista Academia (en línea) Vol.0, N(O) Pp.1-1 disponible en:

http://www.academia.edu/874081/EL_USO_DEL_TEL%C3%89FONO_CELULAR_Y_SUS_IMPLICACIONES_SOCIOCULTURALES {Acezado el 20 de septiembre

de 2015}

USO CORRECTO DE LOS INHALADORES DE DOSIS MEDIDA PRESURIZADOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Marcos Mauricio Ponce Arana¹

Noé Cejudo García²

Vianey Méndez Salazar³

María de los Ángeles Carpio Rodríguez⁴

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la cuarta causa de muerte a nivel mundial, en México esta enfermedad en el 2010 ocupó el octavo lugar de mortalidad en población general, y se encontró que el 90% de éstos eran adultos mayores, por lo que son una de las poblaciones más afectadas por la enfermedad.

La finalidad de este trabajo fue identificar la cantidad de pacientes geriátricos que realizan correctamente el uso los inhaladores de dosis medida presurizados (pMDI), así como una aproximación a la situación de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que utilizan este tipo de dispositivos en el Hospital General Regional N° 251 del instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Los principales medicamentos para el tratamiento de la EPOC en ancianos vienen contenidos en pMDI, sin embargo en población geriátrica con EPOC no se evalúa sistemáticamente la técnica para verificar el uso correcto de estos inhaladores, con lo cual no hay seguridad en el cumplimiento de la terapia, por lo que identificar el porcentaje de pacientes geriátricos con EPOC que hacen un uso correcto de los pMDI para la entrega de aerosoles terapéuticos hospitalizados en el área de medicina interna en el HGR N° 251 del IMSS adquiere una categoría de relevancia.

¹ Lic. en Gerontología, Facultad de Enfermería y Obstetricia, UAEMéx.

² Lic. en Gerontología, Facultad de Enfermería y Obstetricia, UAEMéx

³ Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. vianey.ms@gmail.com

⁴ Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx.

Mediante un estudio cuantitativo, prospectivo, descriptivo se respondió a esta incógnita.

Se incluyeron los registros de pacientes geriátricos hospitalizados con un diagnóstico de EPOC en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 15 de febrero del 2014, recopilados de valoraciones gerontológicas, de donde se obtuvieron algunos datos sociodemográficos, el diagnóstico del paciente y los datos de las valoraciones de la técnica basada en una lista de chequeo de uso de inhaladores sin espaciador, preestablecida para evaluar la adecuada utilización de los pMDI de Hanania dentro del área de medicina interna del Hospital General Regional N° 251 del IMSS.

El trabajo está conformado por el marco teórico en el cual se describe la patología respiratoria de la EPOC, así como el proceso de envejecimiento del sistema respiratorio, de igual forma se analiza la terapéutica con medicamentos contenidos en un pMDI; dentro del marco metodológico se describe un trabajo de corte cuantitativo de tipo descriptivo observacional prospectivo, con un universo de 70 pacientes y con una muestra de 8 pacientes del HGR N° 251 del IMSS.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir el uso correcto de los pMDI en pacientes geriátricos con EPOC en el HGR N° 251 del IMSS

Objetivos específicos:

- Describir los datos sociodemográficos de los pacientes geriátricos con EPOC identificados en el área de medicina interna en el HGR N° 251 del IMSS.
- Identificar el porcentaje de pacientes geriátricos con EPOC que hacen un uso correcto de los pMDI en el área de medicina interna en el HGR N° 251 del IMSS.
- Clasificar a los pacientes con EPOC usuarios de pMDI de acuerdo con la escala de Hanania.

METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó mediante un estudio cuantitativo, prospectivo, descriptivo y con información de la base de datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Hospital General Regional N° 251 en el área de medicina interna a través del servicio de Geriatría del periodo comprendido entre los días 1- 15 de febrero de 2014.

Diseño del estudio

Por el control de variables	Descriptivo
Por la captación de la información	Observacional
Por la medición en el periodo de tiempo	Prospectivo

Universo de estudio

Se contó con un total de 70 pacientes.

Muestreo no probabilístico a conveniencia

Pacientes geriátricos hospitalizados en el periodo 1 al 15 de febrero a cargo del servicio de Geriatría con EPOC que hacen uso de los pMDI en el área de medicina interna en el HGR N° 251 del IMSS.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de geriatría
- Diagnóstico de EPOC
- Uso de uno o más pMDI

Criterios de no inclusión:

- Los que usan fármacos que no vengán en la presentación de pMDI
- Pacientes que ya utilicen un espaciador

- Pacientes que no utilicen un fármacos para la EPOC

Actualmente el HGR N° 251 del IMSS, no cuenta con una clasificación estadística de los pacientes geriátricos, puesto que el servicio de geriatría pertenece al servicio de medicina interna, por lo tanto se clasifico primeramente a los pacientes geriátricos con diagnóstico específico de EPOC, para posteriormente se clasificó a los pacientes que realizaron uso de los inhaladores de dosis medida presurizados para así admitirlos como sujetos de la investigación.

Desarrollo del proyecto

Tiempo: comprende un periodo entre los meses del 01 de enero al 15 de febrero del 2014 al rotar por el servicio de geriatría en medicina interna.

Espacio: HGR 251 del IMSS ubicado en Árbol de la Vida 501 Sur, Bosques de Metepec, 52148 Metepec, Estado de México.

Fase teórica

Se siguió un proceso inductivo donde se seleccionaran los conceptos para organizar los hechos y fenómenos relacionados con pacientes geriátricos con EPOC que utilizan pMDI. Se inició el proceso con la revisión de literatura pertinente, en revistas en línea y artículos científicos que incluirán datos e información sobre investigaciones previas, informes, conceptos y definiciones teóricas que darán fundamento al protocolo de investigación, en bases de datos como Pubmed, Elsevier, Redalyc, INGER, INER, IMSS, Secretaría de Salud y Scielo.

Fase empírica

Descripción general del estudio

Se realizó una investigación con base en un grupo de pacientes geriátricos con EPOC previamente hospitalizados, que se encontraron dentro del servicio de geriatría, se efectuó mediante la aplicación previa de una valoración gerontológica como instrumento

de recolección de datos para conocer los aspectos socio-demográficos, se confirmaron los datos mediante una revisión de la historia clínica.

Se realizó una evaluación de la técnica de uso de los Inhaladores de dosis medida mediante la Escala de Hanania esta es una lista de chequeo de uso de inhaladores sin espaciador, basada en los pasos para la adecuada utilización de los pMDI, esta se utilizó como instrumento para determinar el éxito o inadecuado uso del pMDI:

Tomando en cuenta que la escala Hanania evalúa de la siguiente manera el uso de pMDI:

- Perfecto: cumple todos los 11 pasos.
- Adecuado: cumple 8 pasos incluidos los 3 pasos mínimos.
- Aceptable: cumple al menos los 3 pasos mínimos.
- Inadecuado: no cumple los 3 pasos mínimos. ⁽⁸⁾

Así como los pasos mínimos inhalador dosis medidas:

- Exhale hasta volumen residual.
- Inicie la inspiración al activar el inhalador.
- Mantenga la respiración por 5 a 10 segundos. ⁽⁸⁾

Posteriormente fueron seccionados los casos que cumplan con los criterios de inclusión para su análisis.

Fase analítica

Diseño del análisis

Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Introducción

Durante el estudio realizado se pudieron observar diferentes técnicas de uso por parte de los adultos mayores hospitalizados en el HGR N° 251, percatándonos que no existe una educación hacia el correcto uso de los pMDI ya que en su mayoría los participantes de la investigación cometieron múltiples errores en cuanto a su técnica de uso para la correcta administración, lo que se traduce en una inadecuada terapéutica farmacológica, que puede desencadenar en complicaciones, retardo en la recuperación del paciente así como un tratamiento crónico deficiente.

El universo se conformó por 70 pacientes adultos mayores sin embargo sólo completaron los criterios de inclusión 8 de ellos teniendo una muestra total de 8 pacientes adultos mayores hospitalizados en el HGR N° 251 que cumplieron cabalmente los criterios de inclusión previamente establecidos, más adelante se describirá detalladamente los hallazgos encontrados a lo largo de esta investigación.

Descripción del instrumento

El instrumento se conformó por dos apartados el primero de estos nos sirvió para recaudar información básica sociodemográfica así como parte de los criterios de inclusión esto a través de cinco ítems de opción múltiple, la segunda parte del instrumento se conforma por la lista de chequeo de uso de inhaladores modificada de Hanania, siendo ésta una escala compuesta por 11 pasos a evaluar si el paciente usuario de pMDI lleva a cabo y clasificar su uso según la puntuación obtenida, ésta fue de suma importancia pues gracias a esta se pudo observar y categorizar los resultados.

Análisis de resultados

Obtuvimos un total de 11 pacientes con el Diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de los cuales se excluyeron 3 por no hacer uso de los pMDI, quedando así 8 pacientes a estudiar.

De acuerdo al grupo etario, el rango de edad del grupo de pacientes estudiado se encontró entre los 81 años de edad hasta los 93 años de edad, teniendo así los siguientes valores:

- Una media de 87 años de vida
- Una mediana 86-88 de años cumplidos
- Una moda 81-93 años de edad.

De la mano con el concepto paciente geriátrico el 100% de los pacientes cumplieron los criterios clínicos para ser catalogados como pacientes geriátricos.

CONCLUSIONES

Hablado del uso adecuado del pMDI, al evaluar el éxito en el uso de pMDI en pacientes con EPOC, se encontró que ninguno realiza un adecuado o un perfecto uso de estos dispositivos, sólo el 13% de los pacientes realizan un aceptable uso de los pMDI, y el 87% realizan un inadecuado uso de los pMDI.

El uso correcto de los inhaladores es vital para una buena terapéutica farmacológica, y esta se lleva a cabo con los 11 pasos que describe la escala de Hanania.

En la investigación de prevalencias se encontró predominancia en cuanto a género (1:1.7) a razón de 1 hombre por cada 1.7 mujeres, de los cuales 75% presentaron algún tipo de trastorno cognoscitivo y sólo el 25% de los sujetos de estudio no presentaron trastornos cognitivos, del total de los pacientes sujetos de estudio un gran porcentaje (87%) de pacientes geriátricos hospitalizados con EPOC hace un uso incorrecto de los pMDI para la entrega de aerosoles terapéuticos en el área de medicina interna en el HGR 251 del IMSS; cantidad que supera a lo que se esperaría, pero es el primer estudio en el HGR N° 251 de este tipo así como el primero realizado por gerontólogos en la historia del instituto.

Realizando una clasificación de acuerdo a la escala de Hanania los resultados son los siguientes:

- Uso perfecto de pMDI 0% de los pacientes
- Uso adecuado de pMDI 0% de los pacientes
- Uso aceptable de pMDI 13% un paciente
- Uso inadecuado de pMDI 87% siete pacientes.

Un gran porcentaje de pacientes geriátricos hospitalizados con EPOC hace un uso incorrecto de los pMDI para la entrega de aerosoles terapéuticos en el área de medicina interna en el HGR 251 del IMSS.

Por consiguiente el óptimo aprovechamiento del fármaco y la farmacoterapia se ve muy comprometida ante estos resultados que se puede sospechar sean muy comunes en otros adultos mayores.

Los medicamentos inhalados son parte fundamental de la terapia de las enfermedades obstructivas pulmonares pero el uso inadecuado es un problema común para muchos pacientes ya que son incapaces de coordinar la inhalación con el uso del dispositivo, lo que conlleva a una disminución en la disponibilidad del medicamento en el sitio de acción, en el hospital general regional N° 251, se presentan también este tipo de problemas.

Razón por la cual se sugiere un programa de educación así como material impreso sobre el uso y técnica correcta de administración de los pMDI.

En pacientes ancianos los agonistas B2 se consideran piedra angular para el tratamiento, son útiles en exacerbaciones, en especial los de acción corta, a pesar de que en estudios se ha observado que sólo el 10% a 15% del fármaco llega a vías respiratorias, vinculando esto a la inadecuada técnica para el uso de pMDI podríamos definir que este porcentaje podría ser mucho menos en pacientes geriátricos.

No obstante consideramos el siguiente estudio un buen inicio para comenzar a Ho SF MOSJea. inhaler technique in older people in the community. age and ageing. 2004 febrero.

vislumbrar un nuevo terreno en la investigación del gerontólogo en el ámbito clínico; se espera que posteriormente sirva como referente para realizar un estudio más amplio y que se demuestre o refute estas conclusiones.

REFERENCIAS

Social IMdS. guía de referencia rápida diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2010.

Lopez MVG. Enfermería Geriátrica Lexus, editor. Barcelona, España: Grafos S.A; 2012.

The global burden of disease: 2004 update publicado en el 2008. OMS. [Online].; 2014 [cited 2014 octubre 18. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>.

Salud OMDL. OMS. [Online].; 2014 [cited 2014 octubre 18. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>.

sinais/sinave/dge/salud/. perfil epidemiológico del adulto mayor en México. [Online].; 2010 [cited 2014 octubre 18. Available from: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf.

cols. R&. Práctica de geriatría. 4th ed. Interamericana, editor. México D.F: McGraw Hill; 2011.

Hanania NA WRKS. medical personnel's knowledge of an ability to use inhaling devices. metered-dose inhalers, spacer chambers and breath-actuated dry power inhalers. 1994 enero

Estrada HG. EPOC Diagnóstico y tratamiento integral con énfasis en la rehabilitación pulmonar panamericana, editor. Colombia; 2008.

USO DE TECNOLOGÍAS EN EL APRENDIZAJE ACADÉMICO DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS: CASO LICENCIATURAS DE ENFERMERÍA Y GERONTOLOGÍA

Resultado final de proyecto de investigación dentro de la línea de generación y aplicación del conocimiento en educación y salud, responsabilidad social, sustentabilidad.

María Eugenia Álvarez Orozco¹

María Dolores Martínez Garduño²

Teresa Rojas Rodríguez³

Lilia Reyes Palomares

Miguel García Vázquez

Anely Torrijos Sosa

RESUMEN

Los dispositivos que brindan acceso a internet, y facilitan la comunicación e información, se han convertido en complementos indispensables en la vida de los alumnos universitarios, donde el uso de estos contribuye con aprendizaje y educación.

Objetivo: Analizar el uso que los alumnos tienen respecto a las TIC como beneficio para su desarrollo académico. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, transversal. Instrumento dividido en tres categorías; para lo que se evaluó, actitudes, uso y dominio de las tecnologías, la muestra fue de 299 participantes **Resultados:** El 56% están completamente de acuerdo en que las TIC son una herramienta efectiva para el estudiante y su aprendizaje. 50% de acuerdo en que las TIC mejoraran la calidad educativa en clase. Los alumnos en un 41% de acuerdo en que las TIC son un complemento positivo para los libros de texto. 62% de los alumnos usan regularmente las TIC para optimizar el proceso de aprendizaje. 61% las usan regularmente para resolver las tareas escolares. 42% de los alumnos usan regularmente las bases de

¹ PTC. Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMex E-mail: maru.orozco@hotmail.com

² PTC. Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMex

³ PTC. Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMex

datos de bibliotecas virtuales para obtener información profesional. 39% de los alumnos están capacitados en usar efectivamente las TIC en su trabajo como estudiantes. 44% de los alumnos perciben que se encuentran muy capacitados en el dominio de los principales buscadores de internet. Conclusiones. El uso que los alumnos tienen respecto a las TIC beneficia su desarrollo académico.

INTRODUCCIÓN

El uso de las tecnologías es actualmente, una de las actividades que los seres humanos realizan con más frecuencia, con fines que van desde el simple entretenimiento, búsqueda de información, actividades laborales, comunicación, difusión de notas periodísticas, entre otras.

Es por ello que los dispositivos que brindan acceso a internet, y facilitan la comunicación e información, se han convertido en complementos indispensables en la vida de muchas personas y sobre todo entre los estudiantes universitarios, donde el uso de estas contribuyen con el proceso de aprendizaje y educación, promoviendo actividades educativas como la realización de diversas tareas, búsqueda o consulta de información.

Las TIC incluyen una gama de dispositivos que pueden utilizarse en todas las actividades de los seres humanos.(Herrera. 2009) Entre las más conocidas están: procesamiento de datos, los sistemas informáticos, editores gráficos, hojas de cálculo, gestores de bases de datos, editores de presentaciones multimedia y de páginas web, los canales de comunicación en formato web, correo electrónico, servicios de mensajería inmediata, foros temáticos, videoconferencias, blogs y wikis; el almacenamiento de información en memorias Universal Serial Bus (USB), discos duros portátiles y tarjetas de memoria; automatización de tareas; interactividad; homogeneización de los códigos empleados para el registro de la información mediante la digitalización de todo tipo de información: textual, sonora, icónica y audiovisual;

instrumentos cognitivos que potencian nuestras capacidades mentales y permiten el desarrollo de nuevas maneras de pensar (Majó y Márquez, 2002).

El origen de las TIC en educación y su desarrollo se remonta a 1958 cuando aparece el primer programa para la enseñanza binaria desarrollado por Rath y Anderson en IBM; en 1972 ya estaban conectadas varias computadoras a escala nacional en Estados Unidos (Hernández, 2009). Más eventos como estos fueron tomando lugar hasta llegar a la consolidación tecnológica que hoy día disfrutamos.

El acceso a las TIC se considera algo indispensable de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de las Tecnologías de la Información (Hernández, 2009) realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007), donde se establece el aumento de 2001 a 2007 en más de 31 millones de usuarios, de estos el 70.2% se ubica en un rango de edad que va de los 12 a los 34 años, con una participación casi idéntica entre hombres y mujeres.

En contraste con lo anterior y muestra del aumento drástico de usuarios de tecnologías, durante un estudio realizado en México en la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl (UAPN) sobre la actitud de los adolescentes universitarios ante el uso y aplicación del celular e internet, en su desarrollo académico, se encontró que un 2% de la muestra no sabe qué son las Tecnologías de la Información y la Comunicación, mientras que el 98% las ha utilizado, así mismo desconocen la aplicación de todas ellas. Se pudo apreciar que la actitud de los alumnos ante esta situación es de indiferencia, pues sólo se conforman con utilizarlas, sin conocer a fondo las aplicaciones de las herramientas tecnológicas (Quintero y Linares, 2010). Datos que reflejan la necesidad de incentivar a que el estudiante sea capaz de generar su propio conocimiento, aprenda a investigar y crear oportunidades a través de la información expuesta en internet y otros medios de comunicación.

Dentro del área de la salud, Renna (2004) refiere que en los últimos 10 años el crecimiento de internet como medio de comunicación masivo ha revolucionado el

manejo e intercambio de información en la educación. Por su parte, Clark (2002, citado por Pérez, 2006) señala que el aprendizaje virtual a través de las TIC permite a los alumnos de las facultades aumentar rápidamente sus conocimientos, habilidades y actitudes, lo que se traduce en motivación y realización. Del Toro (2006) presenta otro argumento que apoya la inclusión de las TIC al referir que en las ciencias de la salud se realizan muchas actividades de tipo explicativo o procedimental, por lo que es útil apoyarse en las plataformas virtuales y que, por medio de éstas, en la sección de recursos se envíe material audiovisual que refuerce los conocimientos para que puedan llevarse a cabo las técnicas exploratorias enseñadas.

Los factores que inciden mayormente en el uso de las tecnologías por parte de los estudiantes universitarios han sido puestos en campo de estudio en diversos espacios académicos de manera global, tal es el caso del estudio realizado en la Universidad de Guadalajara, donde se encontró que el 92.43% de los alumnos utilizan internet como apoyo para sus materias, lo que nos habla de una importante innovación que se puede reflejar tanto en un mejor aprovechamiento como en el desarrollo de competencias específicas (López, 2007). Hay una gran evidencia de información respecto a dicho tema, a través de estas investigaciones se ha generado un acercamiento con los usuarios universitarios, se visualiza una realidad diversa que trae consigo la transición en el proceso de aprendizaje, sin embargo, la innovación no consiste en la incorporación de las TIC en los espacios académicos, sino en su mejor aprovechamiento. "Debe traducirse en una verdadera innovación educativa. Recordemos que las TIC no garantizan un mejor aprendizaje, como dijera Balzhiser (1996) la tecnología es sólo el principio para hacer la diferencia."

Es importante destacar que en la Universidad Autónoma del Estado de México, se enfatiza en la importancia de las tecnologías donde en la Misión y Visión se menciona, a la letra dice: La Misión de la UAEMéx, desde su fundación, se basa en que genera, estudia, preserva, transmite y extiende el conocimiento universal, estando en todo tiempo y circunstancia al servicio de la sociedad. Abraza el compromiso de formar personas éticas, involucradas proactivamente en la construcción de la paz, la defensa

de los y mejores formas de existencia y convivencia humana, que promueven el desarrollo sustentable, lo mismo que una conciencia universal, humanista, nacional, libre, justa y democrática.

En su mandato de impartir educación media superior y superior, reconoce que son vitales la investigación humanística, científica y tecnológica, la difusión cultural y acciones de extensión asociadas a los avances del humanismo, de la ciencia y la tecnología, del arte y de toda manifestación de la cultura, que en función de la actual crisis ética y moral en el mundo globalizado se verán enriquecidas con el impulso del conocimiento con valores y la responsabilidad social.

Al término de los cuatro años del actual rectorado, se tiene la visión de que se consolide una plantilla de profesores que participe productivamente en investigaciones científicas y tecnológicas decisivas para el desarrollo integral y sustentable del Estado de México y del país; catedráticos que formen parte de las redes de excelencia de investigación e innovación educativa al servicio de la comunidad que día a día crece – en calidad y magnitud– en toda institución de educación superior de México y el mundo.

Los investigadores estarán en condiciones de generar y recrear conocimientos de frontera y de trabajar con calidad a través de la participación en investigaciones innovadoras, con organizaciones, asociaciones e instituciones públicas y privadas. Para ello, se busca tener la suficiente infraestructura académica y equipo de apoyo para la gestión, basados en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

Como apoyo de las funciones sustantivas y adjetivas, la universidad operará con base en controles preventivos y prácticas de calidad, eficiencia y legalidad, sustentada en la plena digitalización de todo proceso académico y administrativo, dejando atrás la burocrática cultura del trámite en papel. Por lo cual se considera que se cuenta con una legislación universitaria moderna y congruente con las necesidades institucionales, además, la comunidad universitaria y el público en general tienen acceso a las

necesidades de información respecto al quehacer universitario y sus resultados. (UAEMéx, 2015)

La Misión de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx, es formar profesionistas e investigadores altamente calificados, con calidad humana para el cuidado de la salud en las disciplinas de enfermería, gerontología y afines. Asimismo, cuenta con un modelo educativo flexible de educación superior que permite el desarrollo de competencias profesionales, en el marco de los valores y la responsabilidad social, que coadyuven a la convivencia solidaria y comprometida, así como crear, difundir y extender conocimientos científicos que contribuyan a la solución sustentable de necesidades sociales.

Así mismo la Visión de la Facultad de Enfermería y Obstetricia es ser una Institución de Educación Superior reconocida nacional e internacionalmente, que imparta educación profesional de licenciatura, posgrado, educación continua y a distancia, mediante el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC); vanguardista e innovadora, fundamentada en valores humanísticos y de respeto a la vida.

Donde la parte fundamental de la formación del estudiante será la actualización de los servicios de apoyo a la docencia: biblioteca, laboratorios, aulas virtuales, salas de autoacceso, de cómputo y audiovisual. (UAEMéx, 2015)

En correlación con lo anterior, dentro de este espacio académico se ha considerado la incorporación tecnológica, brindando acceso desde las mismas aulas de clase, es notorio apreciar como los alumnos hacen uso continuo de estas tecnologías que deben ser consideradas como apoyo al aprendizaje, ya que favorecen la enseñanza autónoma; sin embargo la facilidad de acceso a las tecnologías, da lugar a la distracción de los estudiantes pues regularmente prestan más atención a sus equipos telefónicos o computadoras portátiles que al desarrollo de la clase por parte del docente.

Uno de los objetivos primordiales del programa educativo 2015 de la Licenciatura en Enfermería es diseñar, ejecutar y evaluar programas de formación permanente del factor humano que promuevan el desarrollo de su práctica profesional, mediante estrategias de aprendizaje y uso de las Tecnologías para otorgar cuidado a la salud, modificar hábitos y estilos de vida, conservar la salud y prevenir enfermedades. De ahí la importancia del manejo continuo por parte de los alumnos, de las tecnologías como herramientas que permitirán la adecuada formación académica.

Al concluir su formación profesional el licenciado en Gerontología habrá desarrollado competencias específicas y genéricas o transversales, entendidas estas últimas como atributos compartidos que pudieran generarse en cualquier profesión, dentro de las cuales se encuentra usar las tecnologías de la información y de la comunicación. (UAEMéx, 2015)

“Los países de América Latina tienen una persistente debilidad en su sistema de innovación, esto crea una división digital nueva, es decir, la división entre los países que tienen impacto económico y social positivo por el uso de las TIC y aquellos que no lo logran”, explica el World Economic Forum (WEF), en su documento.

Consideraron los representantes del foro, que la razón principal por la que las naciones en vías de desarrollo, no han logrado sostener el ritmo de adopción de las TIC, se debe a la falta de inversiones en infraestructura y herramientas educativas que impulsen al talento capacitado para sacar el mejor provecho a estas tecnologías. (Rubio, 2014)

La realidad del cambio tecnológico impulsado por la globalización trae consigo un giro en el desarrollo del aprendizaje de los universitarios, por lo que se considera importante para los futuros profesionistas conocer más a fondo las estrategias que llevan a cabo en beneficio de su aprendizaje académico y sobre todo saber si este se favorece a través del uso de TIC.

Por ello, comprender el proceso mediante el cual los alumnos se desarrollan en sus competencias educativas, permitirá adecuar medidas que favorezcan el desempeño de los universitarios para impulsar la formación profesional dentro de las ciencias de la salud.

OBJETIVO: Analizar el uso que los estudiantes tienen respecto a las TIC como beneficio para su desarrollo académico.

METODOLOGÍA

Diseño: Es un estudio con enfoque metodológico cuantitativo, de tipo no experimental y transversal, pertenece a la línea de investigación: Investigación Educativa Procesos Académicos y Prácticas Institucionales en Enfermería y Gerontología.

El universo está integrado por 1318 alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia: 1163 alumnos de la licenciatura en Enfermería y 155 de la licenciatura en Gerontología.

La muestra se determinó con un 95% nivel de confianza y un nivel máximo de error de 5%, la cual quedo integrada por 299 alumnos El muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionaron de ambas licenciaturas de la siguiente forma: de Enfermería Primer semestre 81, tercero 71, quinto 57 y séptimo 56 cuestionarios. Para Gerontología Primer semestre 9, tercero 8, quinto 10 y séptimo 8 cuestionarios.

Instrumento: Se usó un instrumento validado, El instrumento consta de 45 ítems y está dividido en tres categorías: Distribuidas del 1 al 15 para las actitudes hacia las TIC, del 16 al 30 uso de las TIC y del 31 al 45 el dominio de las TIC. Está basada en una escala de Likert con cinco opciones de respuesta, que van, en el caso de las actitudes, del número 1) “Completamente en desacuerdo” al 5) “Completamente de acuerdo”; para el dominio del 1) “No capacitado” hasta el 5) “Altamente capacitado” y para el uso desde 1) “Nunca la uso”, hasta 5) “Siempre la uso”.

Procedimiento: Se realizó la gestión en la coordinación de investigación del organismo académico para la aplicación del instrumento, una vez aprobado se procedió a la selección de los grados y grupos y se les explico a los alumnos el objetivo del estudio. Los alumnos aceptaron participar firmaron el consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el programa SPSS versión 21 y se aplicó estadística descriptiva.

RESULTADOS

De los alumnos participantes en este estudio fueron 24%del sexo masculino y 76 % del sexo femenino. La edad mínima fue de 19 y máxima de 40 años.

Actitudes

El 56% de los alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia están completamente de acuerdo en que las TIC son una herramienta efectiva para el estudiante y su aprendizaje.

Un total de 44% de estudiantes están de acuerdo en que las TIC los ayudan en el pensamiento crítico. Cabe destacar que un 52% de estudiantes están de acuerdo y un 27% completamente de acuerdo con la utilidad de las TIC en el proceso educacional. El 23% de alumnos están completamente de acuerdo y 33% de alumnos están de acuerdo en que las TIC restringen la interacción social y aíslan a las personas. El 48% de los estudiantes están de acuerdo en que las TIC actualizan su rol haciéndolos más eficientes. Los alumnos están en un 22% completamente de acuerdo y en un 50% de acuerdo en que las TIC mejoraran la calidad educativa en clase. Los estudiantes en un 27% están completamente de acuerdo y en un 41% de acuerdo en que las TIC son un complemento positivo para los libros de texto.

Uso

El 62% de los alumnos usan regularmente las TIC y el 25% siempre las usan para optimizar el proceso de aprendizaje. El 26% de los alumnos siempre usan las TIC y el

61% las usan regularmente para resolver las tareas escolares. El 55% de los alumnos usan regularmente las TIC y el 25% siempre las usan en el salón de clases. El 51% de los alumnos usan regularmente las TIC para mantenerse en contacto con los profesores. El 45% de los alumnos regularmente procuran actualizarse constantemente en las innovaciones de las TIC y el 20% siempre lo hacen. El 42% de los alumnos usan regularmente las bases de datos de bibliotecas virtuales para obtener información profesional y el 28% siempre las usan para este fin. El 27% de los alumnos nunca usan los blogs personales para subir información de utilidad académica y con el mismo porcentaje si los usan regularmente con este fin. El 42% de los alumnos usan siempre el correo electrónico para fines académicos, así mismo el 42% lo usan regularmente para este fin y tan solo el 2% no lo usan.

Dominio

El 39% de los alumnos están muy capacitados en usar efectivamente las TIC en su trabajo como estudiantes. El 38% de los estudiantes creen estar muy capacitados en el dominio técnico –instrumental de las TIC. El 63% de los alumnos consideran estar muy capacitados y capacitados en las características básicas del software y el hardware. El 34% de los alumnos consideran estar altamente capacitados en como conectar un proyector de multimedia a la computadora y el 38% creen estar muy capacitados. El 36% de los alumnos creen estar altamente capacitados en el dominio de los procesadores de texto (Word) y el 42% creen estar muy capacitados. El 38% de los alumnos consideran estar muy capacitados en el dominio de las hojas de cálculo como Excel, el 22% altamente capacitados y el 28% capacitados. El 42% de los estudiantes consideran que están muy capacitados en el dominio de las presentaciones de multimedia (Power Point) y 31 37% se consideran altamente capacitados. El 44% de los alumnos perciben que se encuentran muy capacitados en el dominio de los principales buscadores de internet, así mismo el 28% se consideran altamente capacitados.

CONCLUSIONES

La actitud de los alumnos es de aceptación, debido a que consideran que las TIC, son de gran utilidad para el desarrollo académico, además de que favorecen la calidad del desarrollo de las clases. No obstante, consideran a las TIC's que no benefician la interacción social., Referente al uso de las tecnologías los alumnos destacan que las utilizan para optimizar el proceso académico y las usan regularmente en el salón de clases, también para mantenerse en contacto con, los profesores así como actualización constante en las innovaciones de las TIC, menos de la mitad de los alumnos usan regularmente las bases de datos de bibliotecas virtuales para obtener información profesional, los alumnos nunca usan sus blogs personales para subir información de utilidad académica, usan el correo electrónico para fines académicas. Con relación al dominio los alumnos usan las TIC en su trabajo académico en las características básicas del software y el hardware, consideran estar capacitados en dominio de Word, hojas de cálculo como Excel, Power Point, dominio de los principales buscadores de internet.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Balzhiser, R. E. (1996): "Technology - it's only begun to make a difference". En: The Electricity Journal, may, 1996.

Del Toro, B. (2006). "La educación a distancia y las TIC como apoyo para la enseñanza y el aprendizaje en ciencias de la salud". Extraído del sitio web de la Universidad Autónoma de Guadalajara:
genesis.uag.mx/revistas/escholarum/articulos/cs/el%20medio.cfm.

Hernández, C., Borges, A. y Prieto, P. (2009). Utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación y disposición previa del alumnado universitario, *Psicología Educativa*, 13:1, 65-78. Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2486054>.

Herrera, M., (2009). Disponibilidad, uso y apropiación de las tecnologías por estudiantes universitarios en México: perspectivas para una incorporación innovadora,

Revista Iberoamericana de Educación n.º 48/6 – 10 de marzo de 2009.
Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, México.

INEGI (2007). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de las Tecnologías de la Información en los Hogares, Ed. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, D. F.
<http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endutih/ENDUTIH2007.pdf

López, M., (2007). Uso de las TIC en la educación superior de México. Un estudio de caso, *Apertura*, vol. 7, núm. 7, noviembre, 2007, pp. 63-64 Universidad de Guadalajara Guadalajara, México. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/688/68800706.pdf>

Majó, J., Márques P. (2002), *La revolución educativa en la era internet*. España.

Marqués, P. (2000). Las TIC y sus aportaciones a la sociedad. Recuperado de:
<http://www.pangea.org/peremarques/tic.htm>

Orantes Salazar Luis Fernando; *Actitudes, dominio y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) de los docentes de las universidades privadas de El Salvador*, Dirección de Investigaciones 2009

Pérez, F., (2006), *Aprendizaje clínico basado en la evidencia, e-learning e internet*. Zaragoza España. 2006.

Quintero. M., Linares. A., (2013). La actitud de los adolescentes universitarios ante el uso y aplicación del celular e internet, en su desarrollo académico, Vol.13 núm.7, art. 77. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art77/#up>

Renna. J., (2004). *Tecnologías de la Información y la Comunicación aplicadas a la educación médica continua*”, en *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 140, suplemento núm. 1, México. Recuperado de:
www.org.mx/gacetarev/vo140/suplementos/n1/v140s1tecnologiasde.pdf

Rubio. F., (Miércoles, 23 de abril de 2014.). México se desploma en ranking de TIC, CNNExpansión. Recuperado de: <http://www.cnnexpansion.com/tecnologia/2014/04/23/mexico-se-desploma-en-ranking-de-tics>.

Universidad Autónoma del Estado de México. Plan de estudios de Lic. en Enfermería y Licenciatura en Gerontología. Disponible en: <http://www.uaemex.mx/fenfermeria/licenciaturas.html>

Universidad Autónoma del Estado de México (2013). Plan Rector de Desarrollo Institucional. Disponible en: <http://www.uaemex.mx/prdi2013-2017/>

IMAGEN CORPORAL: EL ADULTO MAYOR ANTE LOS PRODUCTOS ANTIENVEJECIMIENTO

Contreras Medina Marco Antonio¹

INTRODUCCIÓN

Los productos antienvjecimiento son alternativas que permiten tener una mejor condición estético vinculada con la imagen corporal del adulto, el tiempo no lo detiene nada, es un proceso natural, universal y progresivo, los años adquiridos ya no se quitan; sin embargo, a través de los productos antienvjecimiento es posible llegar a una edad avanzada con una piel tersa, un cabello brillante, una buena vista, en síntesis, con una muy buena salud, e incluso pueden frenar o revertir enfermedades. (González García, 2011)

Se tiene como finalidad describir el sentir del adulto mayor ante los productos antienvjecimiento en un centro de pensionados. Se trata de un estudio cualitativo, con una muestra que será determinada por la saturación de datos. El análisis será inductivo, se aplicará una entrevista semiestructurada, con categorías para describir la realidad social observada en este fenómeno.

Las limitaciones corporales y la conciencia de temporalidad son problemáticas fundamentales en el proceso de envejecimiento, apareciendo de forma reiterada en el discurso de los ancianos, aunque puedan adquirir diferentes matices e intensidades dependiendo de su situación social y de su propia autopercepción. Cuerpo y tiempo se entrecruzan en el devenir del envejecimiento, y de las formas de ese entrecruzamiento nacerán múltiples ideales.

Socialmente se ha promovido una imagen de envejecimiento asociada a deterioro, enfermedad, incapacidad, inflexibilidad, aislamiento, en fin con estereotipos negativos

¹ gerontologomarco@hotmail.com

que influyen en el comportamiento que tenemos con las personas mayores ya sea por convivencia familiar o por convivencia laboral.

Los medios de comunicación constituyen un elemento fundamental como conformadores de la opinión pública. Por esta razón, la opinión que en la sociedad se tiene de las personas mayores o de la ancianidad depende, en buena medida, de la imagen que las mismas se dan a través de estos medios, tanto escritos como audiovisuales (Radio y TV) y, en este sentido, ésta es una responsabilidad que les atañe muy directamente.

El trabajo está conformado por un estado del arte donde se menciona las características principales del envejecimiento desde un enfoque biopsicosocial.

El trabajo final de dicha investigación se muestra una descripción y análisis de resultados así como una discusión, conclusión en base a los resultados de la prueba piloto, también se incluye un apartado de sugerencias donde se podrá ver algunas sugerencias o modificaciones entre la vejez y los productos envejecimientos.

METODOLOGÍA

Es un estudio cualitativo-fenomenológico. Para llevar a cabo la presente investigación se realizó una guía de entrevista a profundidad, entre el investigador y los informantes, en la cual estos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones.

También resulta de interés la interacción entre grupos y colectividad, el método es la fenomenología desarrollada por Heidegger (esta perspectiva se basa en la necesidad de comprender el mundo perceptivo de la persona, -desarrollado a lo largo de su vida-, para poder comprender su conducta), Cualquier replica o respuesta a un planteamiento sobre la realidad se halla prejuiciada de antemano, ya que existe una precomprensión sobre todo lo que se piensa. El centro de interés de la fenomenología es lo que

experimentan las personas acerca de algún problema y el modo en el que interpretan esas experiencias. Hay que apartarse de lo que se encuentra más próximo en el asunto para ir a lo que reside en el fondo.

Para llevar a cabo la presente investigación se realizó una guía de entrevista a profundidad, la cual se define como una serie de encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, en la cual estos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones. Este tipo de estrategia se basa en el modelo de una conversación entre iguales, y no en un intercambio formal de preguntas y respuestas a partir de un guion. Llevar a cabo una investigación utilizando la guía de entrevista a profundidad, tiene la finalidad de obtener un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas.

En términos generales se establece una relación adecuada con los informantes, lo que permite que ellos verbalicen detalladamente sus experiencias y perspectivas. La idea que subyace es profundizar en las razones y reflexiones que cada entrevistado tiene sobre el tema, además de evitar hacer juicios sin tener elementos suficientes para poder llevar a cabo una interpretación objetiva.

A través de la guía de entrevista a profundidad, se obtuvieron datos muy variados, que permitirán saber cuál es el sentir del adulto mayor ante los productos antienvjecimiento.

RESULTADOS

Los adultos mayores mejoran su autoestima utilizando estos productos y cuando no los usan tienen sentimientos de inferioridad, sin embargo, el uso de estos, no se limitaba al uso cosmético sino también al dermatológico.

Los resultados presentados en esta investigación resaltan la importancia de la investigación cualitativa y del método fenomenológico para el acercamiento de un tema como el que aquí se presenta. Los datos cuantitativos hacen referencia a los datos sociodemográficos y los datos cualitativos permitieron descubrir los significados que tienen los adultos mayores respecto a su imagen corporal y el porqué del uso de productos que retardan los signos del envejecimiento.

Se buscó los significados en los discursos de los informantes tomando en cuenta cuatro categorías: envejecimiento, productos antienvjecimiento, marketing y sentimientos todos tienen subcategorías, para poder analizar el sentir del adulto mayor ante los productos antienvjecimiento.

Envejecimiento

Se denomina envejecimiento al proceso de cambios morfofuncionales que se produce en el ser vivo en relación con el paso del tiempo (Rowe y Kah, 1987). Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos independientemente de sus experiencias vitales o la referida a los cambios patológicos, propios de cada individuo y relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al proceso morboso.

No se puede establecer el momento en que un organismo inicia su proceso de envejecimiento, aunque lo que sí se sabe es que desde el momento de la concepción, el ciclo vital del sujeto ya es finito, teniendo fecha de caducidad. Por otro lado y desde el punto de vista de la perpetuación de las especies, el inicio del proceso de envejecimiento podríamos contextualizarlo cuando el ser humano alcanza su edad reproductiva, a partir de la cual ya se puede decir que cumplida su función, tener descendencia, su involución ya es incuestionable. Al respecto los entrevistados mencionaron lo siguiente:

“Significa mucha felicidad para mí” E1; “Siento mucho orgullo por estar en esta edad” E2; “Es una satisfacción llegar a mi vejez” E3; “Qué le digo joven! Mucha felicidad” E4; “Mi muchacho! es una bendición de dios” E5; “Me siento muy orgullosa de llegar a esta edad, hijo!” E6; “Es el mayor tesoro que dios me dio E7; ”Mucha felicidad, porque dios me ha permitido vivir y doy gracias por eso” E8; “Pienso que es una etapa de alegría y es así como yo lo siento E9”; “Es una bendición que dios nos ha dado a todos nosotros” E10.

Productos antienvjecimiento

Estos tienen una función específica que es retardar los efectos del proceso de envjecimiento y tratan de dar una apariencia física de un cuerpo sano y rejuvenecido. Permiten la regeneración de piel nueva y sana para ayudar a disminuir la aparición de manchas de la edad y las arrugas.

El retardo de efectos del envjecimiento tales como arrugas, piel reseca, manchas en la piel, flacidez, ojeras, entre otros son los principales beneficios que brindan estos productos haciendo que las personas sigan consumiendo productos por el hecho que son de efecto rápido y se muestran los beneficios lo cual hace que las personas depositen su confianza y tengan fe, la apariencia física que proporciona la aplicación de estos productos favorece al tanto sociales como estéticos. (Biosalud, 2009) Los entrevistados mencionaron lo siguiente:

“Sé que son buenos para las arrugas” E1; “Si, se usan para verse más joven” E2; “Hay muchos comerciales pero no los consumo” E3; “Si, conozco algunos” E4; “No, porque no los uso, joven!” E5; “Sí, pero hay otras maneras de lucir más joven” E6; “Sí, pero no sé si funcionan o no!” E7; “Me enteré por medio de una amiga y me hablo de esos tiliches” E8; “Si, son para verse uno más joven!” E9; ----- E10”.

Afirmaron positivamente a la existencia de los productos antienvjecimiento, las respuestas fueron muy variadas generalmente saben de ellos por los beneficios que estos conllevan aunque también se mencionó que no es la única manera de preservar

una piel más joven pues la nutrición y el no consumo de toxicomanías ayudaban, sin la necesitan de usar cosméticos.

Uso y conocimiento tipos de productos.

“Si, uso algunas cremas y tintes” E1; “Crema y maquillaje para mi cara” E2; “Hay muchacho solo uso lubricantes para la piel” E3; “Claro! mis cremas y tintes” E4; “Sólo uso Tintes” E5); “Utilizo una crema muy buena para mis arrugas” E6; Si, uso maquillaje” E7; “Si, uso maquillaje para verme más joven” E8; “Utilizo algunas cremas y en ocasiones tinte para el cabello” E9; “Conozco a algunos pero no los uso, son más para mujeres que para mi” E10.

Marketing

El carácter institucional de los emisores convierte a los medios de comunicación en instrumentos de regulación social. El público está formado por todas aquellas personas que reciben información, ya sea por la prensa, por los libros, por la radio, la televisión, el cine o vía internet.

La prensa crea y desarrolla los comentarios de opinión y las noticias; lo cual no quiere decir que anteriormente no existiesen las opiniones que emitían las personas de forma privada o pública, pero la prensa va a convertir estos hechos y evidencias ocurridas en noticias ya que éstos van a dar un formato y una elaboración técnica que permita al público lector reconocer un género periodístico (Ramírez, 2008) Lo que vemos en TV no es lo que sucede en la realidad sino en la imagen de dicha realidad. Al respecto los entrevistados mencionaron lo siguiente:

“Por medio de la tele, vi un comercial por eso se de ellos” E1; “En la tele, una vez que mi nieta la estaba viendo” E2; “Por medio de una amiga, ella fue quién me dijo” E3; “En una revista que leí, vi que anunciaban como retardar el envejecimiento” E4; “Me parece que en la tele sino mal recuerdo” E5; “Una vez una amiga me dijo que si quería verme más joven y desde entonces comencé a usarlos” E6; “A través de la televisión ya ve que puras cosas que disque pa’verse bien”(Sic) E7; “Supe de los productos que usted dice por un comercial que vi” E8; “Me entere por mi hija ella que tiene fe en sus chácharas

para verse disque más joven” E9; “Lo he oído en la radio pero no lo tome mucho en cuenta” E10.

Sentimientos

En la medida que fue adquiriendo importancia en la sociedad, el paradigma del cuerpo joven; denominar como vejez a la etapa y viejos a las personas que en ella se encuentran, cobró un sentido peyorativo y se pasó a utilizar el término ancianidad-anciano, que fue sustituido más tarde por tercera edad, para la etapa y personas de la tercera edad para quienes a ella pertenecen; el considerable aumento de la esperanza de vida, propició que se considerara inexacta esa denominación, ya que parece inapropiado nombrar del mismo modo a una etapa y un grupo de personas que cada vez es más amplio, por lo que se comienza a usar llamar la cuarta edad al grupo de personas de edad muy avanzada con ellos las emociones que van desde positivas a negativas (Jiménez, 2007). Al respecto los entrevistados mencionaron lo siguiente:

“Tengo una mejor Autoestima y si no me los pongo siento miedo” E1; “Muchísima felicidad, me siento bien pero cuando no los llevo a usar me da demasiada inseguridad” E2; “Siento una satisfacción enorme” E3; ----- E4; “Qué le digo! Una alegría de saber que aún sigo siendo guapa, cuando no uso mis monerías siento como desprecio, no sé porque pero así me siento” E5; “Buena pregunta joven! Es parte de mi personalidad y me da felicidad y por su puesto parte de mi feminidad” E6; “Pienso que como a cualquier mujer aino no utiliza sus cosméticos verdad, sin en cambio la alegría es favorable pero como todo hay desprecio sino a los demás no les eres bonita” E7; “Muchísima satisfacción por la seguridad que me hace tener y sino los uso me da inseguridad, miedo de salir a la calle” E8; “Bastante felicidad significa y le diré porque, porque me hace visible en la sociedad” E9; “Nada en especial, lo uso con normalidad” E10.

CONCLUSIÓN

Los productos que se identificaron fueron cremas, tintes, maquillaje. Los sentimientos de inferioridad influyen en el uso de los mismos, sin embargo, el uso de estos

particularmente son empleados para retardar los signos del envejecimiento tales como arrugas, piel reseca, manchas en la piel, flacidez, ojeras, canas, etc.

Los productos que se identificaron fueron de aplicación local (cremas, tintes, maquillaje) estos cubren la necesidad de establecer relaciones sociales intensas. Ingresar o aumentar su participación en clubes deportivos, de servicios o de trabajo voluntario, con lo que pretenden satisfacer la necesidad existente de compañía, de hecho su uso no solo se limita al cosmético sino también al dermatológico.

El significado que esto conlleva para los adultos mayores, generalmente es por miedo a envejecer y ocultar los signos del envejecimiento siendo el género femenino el mayor consumidor ya que actualmente la sociedad proyecta una juventud como símbolo de belleza, ya que los medios de comunicación como la tv y las revistas, imponen a la mayoría de los ancianos en un nivel de vida tan miserable que la expresión “viejo y feo” constituye un ageismo.

Sin embargo el uso de estos productos fue para tener una mejor formalidad y presentación, refiriendo sentir más seguridad y aceptación hacia su persona. Particularmente son empleados para retardar los signos del envejecimiento tales como arrugas, piel reseca, manchas en la piel, flacidez, ojeras, canas entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

Author's Guide: “Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad: Manual para el Médico”, 2007.

Buendía J. “Gerontología y salud. Perspectivas actuales.” Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2007.

Cordoba Villa C. “La vida en la jubilación”, México, D.F., Trillas Editorial, 2005.

Canto Pech H. G./ Castro Rena E. K. “Depresión, Autoestima y Ansiedad En La Tercera Edad: Un Estudio Comparativo” Enseñanza e Investigación en Psicología, julio-diciembre, año/vol. 9, número 002 Universidad Veracruzana Xalapa, México, 2008.

De Beauvoir S., "La Vejez", Traductor: Bernárdez A., México, D.F., Hermes Editorial, 1983, 679 pp.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Bijarro Hernández, Francisco. El rostro de la miseria y la vejez. El adulto mayor de las zonas periféricas de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM [en línea] 2005, XV (enero-junio): [fecha de consulta: 19 de Octubre de 2015] Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=65415101> ISSN 1405-3543

Biosalud: Instituto de medicina biológica y antienvjecimiento, página web de servicios profesionales, disponible en:

<http://medicablogs.diariomedico.com/institutobiosalud/2009/10/06/dermatologos-espanoles-crean-una-escala-para-medir-la-gravedad-del-acne/>

(Biosalud, 2009) Consultado por última vez 25 de Octubre de 2015.

Consol, página web de servicios profesionales, disponible en:

<http://construyamosoluciones.com/cuestionario#> Consultado por última vez 28 de Octubre de 2015

Cuerpo, Tiempo y Envejecimiento, disponible en:

http://geracoes.org.br/novo_site/wp-content/uploads/2013/08/arquivo_1_id 58.pdf

Consultado por última vez 18 de Octubre de 2015

EXPERIMENTACIÓN EN SERES HUMANOS

De Núremberg a Helsinki

Hans Joachim Sewering

Derik Geovani Vilchis Roa

Durante la Segunda Guerra Mundial se llevaron a cabo una serie de experimentos con seres humanos que vulneraban la dignidad humana y el derecho a la vida y salud, que incluían someter a los prisioneros a influencia de diferentes agentes físicos y bilógicos con la finalidad de evaluar los cambios fisiológicos que producían” (Guzmán, 2014)

El Dr. Hans Joachim fue asignado en 1992 como presidente de la Asociación Médica Mundial², pero tuvo que dejar el cargo al año siguiente, bajo la presión de organizaciones judías que denunciaban su pasado como antiguo miembro del Partido Nazi.

El Dr. Hans inicio como miembro de la SS a partir noviembre de 1933, se desempeñó como médico personal y el director médico de la clínica Schonbrunn a partir de 1942, misma que quedo bajo su supervisión entre 1943 y 1945.

El Shonbrunn era una clínica cerca de Munich donde atendía a enfermos de tuberculosis, donde el Dr. Hans, supuestamente, firmó órdenes de envío de 900 niños alemanes de la clínica a un "centro de curación" en Eglfing-Haar. Se especula que los niños murieron por inanición y una sobredosis de un medicamento para dormir, Luminal. En 1993 cuatro monjas rompieron su voto de silencio por recomendación del arzobispo de Munich, declararon haber sido testigos de la firma de documentos que ordenaban el traslado de estos niños. (Craug R. Whitney, New York Times)

El “centro de curación” en Eglfing-Haar estaba considerado como un centro de exterminio, pues se practicaba la eutanasia a personas con discapacidad. Este centro fue declarado por los nazis "comedores inútiles", porque la mayoría de los que ahí

estaban no eran capaces de comer por sí mismos, debido a sus padecimientos mentales. Los agentes del partido que participaron en este programa pasaron a convertirse en comandantes de los campos de concentración y funcionarios de alto rango durante el Holocausto.

El Dr. Hans admitió su pasado como miembro de la SS, justificando que él se unió por "razones sociales", pero siempre ha negado ser responsable de las acusaciones, en una entrevista con el New York Times se defendió argumentando: "Yo tenía 17 años en 1933 cuando tenía que unirme a la SS," "Pero después me uní a las fuerzas armadas y ya no estaba activo en el SS, excepto en la rama de caballería, la única parte de la organización que no era acusada de crímenes de guerra."

Algunos críticos piensan que el Dr. Hans ha distorsionado la historia de su juventud con el fin de distanciarse de su pasado nazi, el caso ilustra que Alemania se olvidó en gran medida de perseguir a los antiguos criminales de guerra, muchos de los cuales prosperaron en la política, el poder judicial y la policía.

El Dr. Hans marcará un legado persistente en la medicina nazi, y el fracaso de la comunidad médica alemana para asumir la responsabilidad de sus actos en el *Tercer Reich*.

Los Juicios de Nuremberg

En la Conferencia de Teherán, celebrada entre el 28 de noviembre y el 1 de diciembre de 1943, el presidente Franklin D. Roosevelt apoyaba la tesis de su secretario del tesoro, Henry Morgenthau (Ortiz, s/a), quien proponía un plan cuyo objeto era transformar a Alemania en una sociedad rural, para lograr esto tenían que ejecutar a diversos líderes nazis con una solución quirúrgica (inyección).

El secretario de Guerra, Henry L. Stimson, proponía juzgar a los criminales de guerra acorde al marco jurídico internacional: los Convenios de Ginebra de 1929 y el Convenio

de La Haya de 1907 (Petit, 1789-1939). El presidente inclinó a favor, en agosto 1944 en la Conferencia de Quebec, Inglaterra y Estados Unidos reiteraban las dificultades de dichos procesos, aumentaban la tensión política más que la jurídica, los juicios permitían que los acusados pudieran defender sus ideas y justificar su conducta ante la opinión internacional.



Foto de los juicios de Nuremberg 1

Los juicios de Nuremberg iniciados en septiembre de 1945 (Carrillo, 1999), conducidos por los aliados al finalizar la guerra, incluyeron acusaciones por graves violaciones a los derechos humanos en la realización de experimentos en prisioneros de los campos de concentración sin su consentimiento.

En los juicios de Nuremberg salieron a la luz diferentes casos de experimentación en seres humanos; el programa de eutanasia nazi, experimentos con sulfonamidas, experimentos en flemones, experimentos de tifus exantemático, recolección de material anatómico, experimentos psicológicos y experimentos en el área de medicina de guerra, entre otros.

Los experimentos con sulfonamidas, fueron ordenados por la secretaria del Reich en 1942, el motivo fue por una crisis desconfianza de los soldados hacia la asistencia

médica que se les brindaba en los frentes de batalla, había un alto número de heridos que limitaba la capacidad de tratamiento en las tropas. Por lo que asignaron a “Dr. Karl Gebhardt en el marco de experimentos con prisioneros de campos de concentración”, (Riquelme, 2004) no solo se limitó a participar con sulfonamidas, también participó en experimentos de trasplante óseo con prisioneros.

El Dr. Karl hizo una selección de mujeres polacas, todas condenadas a morir, por lo que los médicos las usaron como sujetos de experimentación. Para lograr una situación semejante al campo de batalla, los médicos alemanes provocaban heridas intencionalmente, además de introducir violentamente astillas de madera o polvo de vidrio en las heridas para producir infecciones, y así comenzar el tratamiento con sulfonamidas para probar su eficacia. Su asistente confirmó que la investigación hecha en el bloque N° 20, en donde se usó sulfonamida, denominada B.1034 fue administrada a muchos enfermos, el medicamento demostró ser eficaz. Durante este proceso de experimentación no se emplearon anestésicos.

La investigación sobre el efecto curativo continuó en el bloque de cirugía N° 21 con una gran cantidad de enfermos, pero fracasó en las heridas y supuraciones graves. El Dr. Karl en su testimonio de los juicios de Nuremberg, expresó que los experimentos fueron ordenados por las más altas autoridades del Estado y que los sujetos de experimentación habían sido escogidos entre los condenados a muerte.

En su defensa argumentó que las causas por las cuales comparecía era por ayudar a los heridos de guerra: “tuve que elegir entre desobediencia en estado de guerra o obediencia, entonces consideré que el peor delito era la desobediencia” (Riquelme, 2004). Otro de sus argumentos fue su interés de aliviar el sufrimiento humano: “el estado puede ordenar la realización de experimentos con presos condenados a muerte, aún sin su consentimiento y a pesar de que estos experimentos puedan provocar sufrimiento o muerte a los afectados”. Como resultado del juicio en 1947, el Dr. Karl Gebhardt fue condenado a muerte y su asistente a cadena perpetua.

En los experimentos psicológicos fue difícil evaluar la metodología empleada en los prisioneros, el profesor Char. Champy fue miembro de la Universidad de Paris en la facultad de medicina, pero también fue prisionero. Entre sus experiencias relata dos historias: un profesor de histología de Berlín hacía observaciones detalladas sobre las hemorragias en la menstruación, su experimento consistía en informar a mujeres en periodo de menstruación que serían fusiladas, esto les provocaba una hemorragia interna. En la segunda historia explicó que sacaron a cuatro hombres que se encontraban débiles, los hicieron tomar un vaso con un líquido somnífero cuya dosis fue mortal, con este experimento querían probar cual era la dosis mortífera. Los cuatro hombres fueron llevados al bloque N° 19 en el cual un médico los tuvo bajo observación; dos de ellos bebieron un vomitivo mezclado con veneno, los otros dos vomitaron y sobrevivieron luego de dormir profundamente durante once horas, murieron. Cabe agregar, todos los medicamentos suministrados habían sido enviados a Auschwitz por la fábrica de Bayer para experimentar con los presos.

Desde diciembre 9 de 1946 a julio 19 de 1947, el Tribunal Militar de Nuremberg enjuició a 23 acusados, siete fueron condenados a muerte, nueve a prisión y siete de ellos absueltos. En agosto 19 de 1947 se dan a conocer siete documentos como resultado del juicio de Nuremberg, uno de ellos conocido como *Código de Nuremberg*. (Guerra, 2007)



Foto niños de Auschwitz 2

El *Código de Nuremberg*, articula 10 principios básicos de investigación en humanos (Escobar, 2007):

- El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial para iniciar cualquier investigación en humanos.
- El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, que no sean obtenibles mediante otros métodos o maneras de estudio.
- Debe ser diseñado y basado en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural del tema de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento. 7
- Debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño físico o mental.
- Ningún experimento debe ser conducido donde hay una razón *a priori* para asumir que puede ocurrir la muerte o daño irreparable.
- El grado de riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema a ser resuelto por el experimento.
- Se deben proveer las precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.
- El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas y el grado más alto de técnica y cuidado.
- Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a éste.
- Durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento, si tiene razones para creer, en el ejercicio de su buena fe, que la continuación del experimento puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación.

El análisis del *Código de Nuremberg* demuestra que es fundamental la voluntad para ejercer la decisión de participar en un proyecto de investigación que implique experimentación científica, el voluntario debe contar con la información de los beneficios y riesgos sobre su salud, además de los objetivos, el método y los medios utilizados durante la experimentación; el sujeto de investigación tiene la libertad de retirarse de la investigación, el proyecto tiene que evitar algún daño, sufrimiento físico, minusvalía o muerte del participante, la importancia social no debe superar el riesgo del paciente. (Guerra, 2007)



Foto tomada por la SS 3

Declaración Helsinki

El *Código de Nuremberg* se postuló para regular la experimentación en seres humanos, posteriormente se hace una declaración de propuestas internacionales, formando la Declaración de Helsinki.

La Asociación Médica Mundial toma este tema en 1964 con la Declaración de Helsinki, que reafirma los principios del *Código de Nuremberg* y establece dos categorías para la

investigación: aquéllas cuyo objetivo esencialmente es diagnóstico o terapéutico y aquellas cuyo objetivo esencial es puramente científico.

La Declaración de Helsinki es una de las propuestas que originaron algunos de los principios éticos que regulan la investigación médica en seres humanos (Escobar, 2007):

Principios generales. El médico tiene que velar ante todo por la salud del paciente. El progreso de la medicina debe dejar como último recurso la experimentación en seres humanos. Debe tomarse en cuenta que el propósito principal de la investigación médica es mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación.

Grupos y personas vulnerables. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

Requisitos científicos y protocolos de investigación. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

Comités de ética de investigación: el comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El objetivo es guiar a los médicos en la investigación con seres humanos, a mejorar los procedimientos de diagnóstico en la investigación biomédica, por eso es fundamental la investigación previa, en los riesgos predecibles y los beneficios esperados, esto permite salvaguardar la integridad del participante.

La Declaración de Helsinki plantea la creación de Comités de Ética que se aplican en los hospitales, y sirven para evaluar los proyectos de investigación y su valor científico, advirtiendo que deben existir estudios previos que incluyan experimentación animal, y que sobre todo el proyecto se ajuste a la normativa vigente.

CONCLUSIONES

Con la intención de mostrar la necesidad de una ética biomédica que regule la experimentación en seres humanos, nos trasladamos a Alemania donde Dr. Hans marcó la historia al ser designado presidente de la Asociación Médica Mundial; este peculiar caso ilustra cómo se ordenó el traslado de niños para que se les practicase la eutanasia, aunque el Dr. Hans siempre negó haberlo ordenado, esta historia dejó más preguntas que respuestas; aunque las investigaciones tenían como objetivo primario la adquisición del conocimiento, es difícil conservar el beneficio del sujeto de investigación. Es evidente que durante el Holocausto la mayor parte de las investigaciones carecían de una fundamentación científica; por ejemplo, en los expedientes de Auschwitz vemos como la gente moría a causa de deshidratación, debido a que eran obligados a ingerir agua de mar para saber cuál era la ingesta mortal. Otro caso extraordinario fue la inseminación de espermatozoides de animales a mujeres polacas, para lograr obtener un súper hombre.

Con estos dos ejemplos, tenemos que meditar la importancia social y científica de estos investigadores, y sobre todo, cuestionar la búsqueda de una salud fuera de todo raciocinio. Es fundamental creer que aún no se visualizan los problemas y la magnitud que detonaron estas investigaciones. En el presente artículo no mencionamos el papel de las grandes empresas, no obstante es importante realizar un estudio histórico, para

ver con más claridad el costo de las investigaciones, que más que implicar un gasto financiero, tienen un coste que se ve reflejado en vidas humanas y de animales. Finalmente, es importante plantear que los códigos de experimentación siempre deben de estar al día, pues no deben ser rebasados por el paso de la ciencia y mucho menos perder su vigencia. El acelerado avance tecnológico y científico muestra como es imprescindible construir progresivamente una ética biomédica que tenga como principio el bienestar y el respeto por la vida.

Aportaciones	Cuestiones
<p>Pensar la pertinencia de la experimentación y la relación del sujeto de investigación y el investigador</p> <p>Permite pensar el papel de la experimentación, y ver como actualmente la experimentación es regulada</p> <p>Muestra el paso de la regulación de la experimentación humana a la ética biomédica. Del laboratorio al centro médico</p> <p>Destaca la importancia de la continua innovación de los códigos o declaraciones que regulan la experimentación en seres humanos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué fines se está experimentando en seres humanos, científicos de lucro? 2. ¿Qué tiene que pasar para que dejemos de experimentar en animales? 3. ¿Crees que se necesite reformar los códigos internacionales que regulan la experimentación en seres humanos? 4. ¿Existen comités gubernamentales que vigilen la experimentación de los centros de investigación privados?

BIBLIOGRAFÍA

- Guerra García, Yolanda M., *Ética, Bioética y Legislaciones éticas internacionales. Más allá del código de Nuremberg*, Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 8, núm. 12, julio-diciembre, 2007, pp. 80-87, Universidad Militar Nueva Granada Bogotá, Colombia
- Guzmán Toro, Fernando, *Bioética, derechos humanos y la investigación en seres humanos*, Opción, vol. 30, núm. 73, enero-abril, 2014, pp. 119-134, Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela
- Sandoval Mese, Jaime Alberto, *El desarrollo de la competencia internacional primeros aportes de Nuremberg y Tokio*, Prolegómenos. Derechos y valores, vol. XV, núm.

29, enero-junio, 2012, pp. 35-55, Universidad Militar Nueva Granada Bogotá, Colombia

Penchaszadeh, Victor B., *Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas*, Revista cubana de salud pública, vol. 28, núm. 2, julio-diciembre, 2002, Sociedad Cubana de Administración de Saluda La Habana, Cuba

Huhle, Rainer, *Hacia una comprensión de los “crímenes contra la humanidad” a partir de Nuremberg*, Revista Estudios Socio-Jurídicos, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 43-78, Universidad del rosario Bogotá, Colombia

Ferrer Luces, Marcela, *Informando sobre riesgos y beneficios de la investigación biomédica en el proceso de consentimiento informado. Complejidades y desafíos*, Revista Chilena de Neuropsicología, vol. 5, núm. 1, 2010, pp. 46-58, Universidad de La Frontera Temuco, Chile

Riquelme U., Horacio, *La medicina bajo el nazismo: una aproximación histórico-cultural, segunda parte*, Medicina UPB, vol. 23, núm. 1, 2004, pp. 25-46, Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia

Ortiz Treviño, Rigoberto Gerardo, *Los juicios de Núremberg: 60 años después*, Instituto de investigaciones Jurídicas, pp. 1-19, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Jaime Escobar Triana M.D., (2007). *Códigos, Convenios y declaraciones de ética médica, enfermería y bioética*, Colección Bios y Ethos, pp. 69-75, Universidad del Bosque de Bogotá, Colombia

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA ANTE LA REALIZACIÓN DE LA CLÍNICA EN SALUD REPRODUCTIVA

Bobadilla Serrano María Esther
Bárbara Dimas Altamirano
Andrea Guadalupe Sánchez Arias
Jannet Delfina Salgado Guadarrama¹
María Elena Columba Meza Zamora

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación la atención está centrada en los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia y el tema de estudio que se va a indagar en esta población es el estrés académico.

El tema del estrés enfocado en los diferentes campos de conocimiento ha sido bastante fecundo durante el siglo XX, se han generado una serie perspectivas teóricas que han estimulado a los interesados en esta área a la investigación pura y aplicada. Se han podido integrar las concepciones fisiológicas y socioculturales en teorías que ofrecen perspectivas para los psicólogos de nuevas generaciones.

En el caso específico del estrés académico es posible identificar dos líneas de investigación (Barraza, 2003): la psicofisiológica y la psicológica, siendo esta última la de interés para la presente investigación.

El estrés es el resultado de la adaptación de nuestro cuerpo y de nuestro espíritu al cambio que exige un esfuerzo físico, psicológico y emocional (comportamentales). Aun los acontecimientos positivos pueden generar un cierto grado de estrés cuando requieren cambios y adaptaciones.

¹ Doctora en Alta Dirección. Docente de Tiempo Completo de la FEyO de la UAEMéx. salgado_guadarramajannet@hotmail.com

El cambio en sí mismo no es una novedad. De hecho, constituye el pilar de la evolución de la humanidad. La innovación consiste precisamente en el ritmo sin precedentes en que se producen los cambios y que inevitablemente repercute en forma significativa sobre la sociedad, la cual no está preparada para enfrentar semejantes cambios en esta secuencia y, por lo tanto, se encuentra entonces a menudo desarmada.

El cambio está en todos lados. Afecta profundamente la tecnología, la ciencia, la medicina, las condiciones de trabajo y las estructuras de las empresas, los valores y las costumbres de la sociedad, la filosofía y aún la religión. En realidad, la única constante que sigue persistiendo es, precisamente, el cambio. Como vivimos en la era del cambio, no debe sorprender que el Siglo XX se denomine "el siglo del estrés", lo cual exige una adaptación sin precedentes, tanto por parte de la generación mayor como de la joven.

Han pasado más de dos mil años; el filósofo griego Pitágoras definía a la adaptación como el "don de la excelencia humana". Nunca antes el hombre debió desarrollar este talento tan intensamente como en la actualidad y es probable que deba superarse aun en el curso de las próximas décadas.

En 1930 un joven austriaco estudiante de Medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, observó en todos los enfermos que estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, síntomas comunes y generales. Luego de varias investigaciones, en 1935, introdujo el concepto de estrés: es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga. Esto implicaría la interacción del organismo con el medio ambiente, ya sea este, otro organismo o el medio en el que nos desenvolvemos, lo que nos podría llevar a definir el estrés según el estímulo, la respuesta o el concepto estímulo-respuesta.

En un mundo globalizado, en el que se viene apuntando hacia la calidad total, y en el cual el mercado laboral y profesional se vuelve cada vez más selectivo y competitivo, la educación superior surge ante los adolescentes como un medio fundamental para alcanzar sus metas de realización personal. Es por ello, que cada año las universidades

de nuestro país, cuentan con una gran cantidad de jóvenes que buscan ingresar a ellas para asegurar su formación profesional.

Los elementos constituyentes para los estudiantes como situaciones de evaluación, en las cuales es importante salir exitosos, ya que les facilita el paso a un nivel más avanzado en su instrucción superior y un mejor rendimiento académico, que es un indicador del éxito frente a las demandas de su formación profesional, los puede conllevar a cierto nivel de estrés, los cuales pudieran afectar dicho rendimiento. En relación con el ámbito del estudio, el estrés es una reacción emocional que en niveles muy elevados interfiere con la memoria y la concentración, elementos fundamentales para alcanzar el éxito académico.

El estudiante de enfermería pudiera presentar cierta condición perjudicial caracterizada por estrés por causa de diferentes factores y es posible que su rendimiento académico se encuentre afectado por ello, debido a la responsabilidad y complejidad que representa la carrera y que confieren al estudio un grado mayor de obligatoriedad al enfrentarse por primera vez, a la realización de la clínica en salud reproductiva.

El presente trabajo tiene como finalidad aportar información del tipo de estrés al que se encuentra sometido el estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia ante su primer contacto con el binomio madre-hijo, esta investigación pudiese influir para establecer un punto de inicio hacia la lucha contra este mal que afecta no solo a los estudiantes sino también a la sociedad, debido a que serán las futuros profesionales de dicha sociedad.

Con base a lo anterior se hace la siguiente pregunta:

¿Qué tipo de estrés presentan los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia?

El actuar del profesional en enfermería a lo largo de la historia se ha basado en el cuidado del ser humano desde la concepción hasta la muerte dentro del proceso salud enfermedad.

El cuidado es una forma de expresión y relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente. Éste a su vez se dirige a realizar comportamientos y acciones que envuelven el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir.

Es por eso que la profesión de la enfermería cobra relevancia social en los aspectos de atención y cuidado de los enfermos, y su formación debe plantearse con los más altos indicadores de calidad educativa pues de esto depende el profesionalismo de su quehacer y el impacto que tiene en la salud de sus pacientes.

La realización de la Clínica en Salud Reproductiva, implica no solo practicar los conocimientos obtenidos de forma teórica sino enfrentarse a un ambiente diferente ya que de manera teórica todo pareciera fácil, pero ya estando en el hospital se generan miles de preguntas y ya no tenemos a la mano un libro o una guía tenemos que dar solución de manera congruente a las necesidades del paciente, familia o sociedad.

Tal situación es generadora de estrés, el cual se puede definir como la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

El estudiantes al realizar su clínica presenta diferentes respuestas, esta investigación nos puede servir para identificar el nivel de estrés que presenta y que tipo de respuesta está presentando ya sean síntomas físicos como, dolor de cabeza, cansancio, problemas para dormir, o síntomas psicológicos tales como tristeza, sentirse indeciso

inquieto o presentar síntomas comportamentales como son olvidos, irritabilidad y tener mucha o poca hambre solo por mencionar algunos síntomas que pudiesen presentar.

La identificación del tipo de estrés nos permitirá actuar de manera oportuna con el estudiantes ya que podremos atender de manera permitente de acuerdo a los síntomas presentados, ello permitirá un mejor desempeño del estudiantes para con el paciente y el entorno que rodea.

Luego entonces podrá el estudiante desempeñarse satisfactoriamente en la clínica. Y poder ser un profesionista competente ante una sociedad que demanda necesidades de protección, cuidados y atención con calidad pero sobre todo con calidez, y si el estudiantes se encuentra estresado no podrá ofrecer una atención holística ya que evadirá sus responsabilidades y ello contribuirá a que el no desempeñe los conocimientos adquiridos de forma teórica.

Por lo tanto en esta investigación se pretende, identificar la presencia de estrés en los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia ante la realización de su clínica en salud reproductiva.

EXPERIENCIA DOCENTE

El estudiante se enfrenta a un ambiente en donde tienen que poner en práctica los conocimientos adquiridos dentro del aula, y que este espacio no permite errores, de entrada es un ambiente que te genera estrés puesto que no saben si el hospital cuenta con los servicios que ayudaran a desarrollar las competencias de su clínica a cursar y si pongan en práctica los conocimientos, habilidades que ya han adquirido en otras clínicas, sean los necesarios para que los dejen realizar procedimientos y si los conocimientos con los que cuenta sean los correctos para satisfacer las necesidades del usuario.

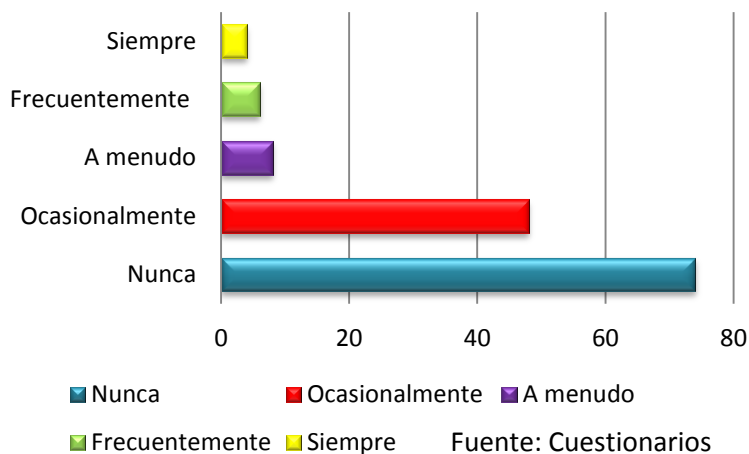
Este es el panorama al que el alumno se enfrenta cada que inicia una clínica, el docente, debe trabajar en desarrollar en el estudiante un pensamiento crítico, capacidad de discusión y de decisión al enfrentarse a personal con una diversidad de capacidades intelectuales. Dando importancia en la relación con la que se genera un equipo de trabajo incorporando la experiencia con que cuenta el personal y los conocimientos actualizados podrán otorgar cuidados holísticos a una sociedad que exige una atención con calidez pero sobre todo con calidad.

Por ello debemos cultivar en los estudiantes la investigación, que contribuirá en adquirir conocimientos científicos de cara a una utilización práctica, y que no haya desconexión entre la teoría y la práctica, entre trabajo y estudio.

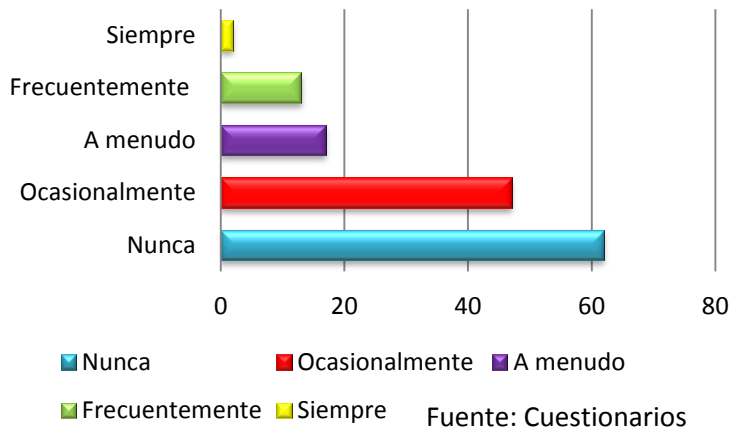
Para que la clínica sea exitosa debemos de tomar en cuenta en el alumno su desarrollo psicológico, ello contribuirá a que se desempeñe satisfactoriamente con el personal de salud y del usuario otorgando cuidados que respondan a las necesidades del usuario y así disminuir el estrés.

RESULTADOS

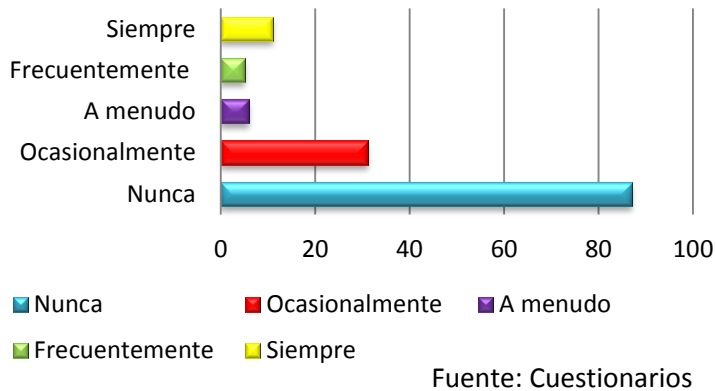
Síntomas Psicológicos



Síntomas Físicos



Síntomas Comportamentales



CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES

La realización de la presente investigación pretendió identificar la presencia de estrés al que se encuentran sometidos los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia ante la realización de su Clínica en Salud Reproductiva, se llega a la conclusión de que el estudiante se encuentra bajo estrés agudo manifestando síntomas psicológicos en un 34%, que se fueron entrelazando uno con otro, al preocuparse por no tener los conocimientos para pasar su clínica, muestran inseguridad o indecisión cuando se les encomienda realizar algún procedimiento, luego entonces quedan inquietos por no haber dado los cuidados a los pacientes y se manifiesta en tristeza al no ser capaz de atender a un individuo que necesita atención holística, para poder cubrir sus

necesidades de salud dentro de un nosocomio, por lo tanto el estudiante ante esta situación puede quedarse frustrado o evadir la responsabilidad de alcanzar y desarrollar las competencias que concierne a esta clínica, ya que son las bases para ser un profesional competente en una sociedad que demanda personal capacitado capaz de resolver un problema de forma audaz y crítica, ello contribuirá a poder desempeñarse satisfactoriamente en su clínica permitiendo la enseñanza recíproca con el personal que labora en la institución.

Una vez que se identificó el tipo de estrés al que se encuentra sometido el estudiante se pudo actuar de forma pertinente dando seguimiento en los servicios, acompañando al estudiante realizando diferentes procedimientos para que comprendieran que son capaces de llevarlo a cabo, teniendo confianza sobre todo en los conocimientos que ya fueron adquiridos de forma teórica y en la clínica únicamente es adquirir habilidades para poder alcanzar las competencias tanto de conocimiento, educativas y de investigación, dichas se irán alcanzando de manera contigua al otorgar de manera pertinente los cuidados que necesita el binomio madre-hijo.

Por lo tanto se recomienda que debe de tener un seguimiento con el estudiante en la realización de su clínica, se debe de guiar al discente para que se presente ante el paciente de manera segura esto conllevará a que el individuo nos de la confianza para realizarle los cuidados que lo llevarán a restablecer su salud, junto con el equipo interdisciplinario, luego entonces podemos adquirir y desarrollar nuevos conocimientos, que nos permitirán alcanzar habilidades y nuevos retos para próximas clínicas.

El Estrés es una enfermedad que desconocemos los estragos que causa en nuestro organismo sin embargo continuamos realizando actividades que empeoran día con día nuestra salud manifestando ya síntomas que si no son tratados a tiempo puede sufrir diferentes patologías el organismo, luego entonces un estudiante que se encuentra sometido a estrés no puede desarrollar o perfeccionar competencias que le permitan ser un profesional capaz de responder y resolver problemas de salud en un mundo cambiante de manera eficaz y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ausubel-Novak-Hanesian (1983), *Psicología Educativa: Un punto de vista cognitivo*. 2ª Ed. México. Trillas. P. 48.
- Barraza Macías, A (2003), *El estrés académico en los alumnos de postgrado de la Universidad Pedagógica de Durango, Guadalajara*, Memoria electrónica del VII Congreso Nacional de Investigación Educativa.
- Buceta J, Bueno A (1995), *Psicología y Salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Cruz C, Vargas L. (1998), *Estrés, entenderlo es manejarlo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Cruz Marín, C. y Fernández, L. (2001). *Estrés; entenderlo es manejarlo*. México: Alfa Omega.
- Fornés Vives, J, Fernández Bennasar, C. e Ibáñez (2001), *Situaciones de estrés y estrategias de afrontamiento en alumnos de educación social*.
- Hernández S., R.; Fernández C., C.; Baptista L., Pilar. (1998). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw Hill, segunda edición.

RELACIONES HUMANAS EN ENFERMERÍA, ANÁLISIS MEDIANTE UN COMPARATIVO DEL SISTEMA DE SALUD

Alejandra Romero Andrade¹

Carlos Flores Pérez²

Serafín Flores de la Cruz³

RESUMEN

La interacción que existe entre el personal de salud resulta relevante por la calidad de servicio que brinden y su eficiencia en los tratamientos que llevan secuencia sistemática y por ende interacción, comunicación, liderazgo y otros elementos que emergen de las relaciones humanas. Derivado de lo anterior es que se planteó la presente investigación, constituyendo la oportunidad de un diagnóstico de relaciones humanas de Enfermería en el ámbito operativo del sector salud, a través de un análisis cuali-cuantitativo descriptivo transversal con la aplicación del instrumento Moss que evalúa el nivel de las capacidades de relaciones humanas. Se analizó mediante software estadístico SPSS versión 15 y de comparación sobre los datos obtenidos a través del instrumento. Los resultados de la presente investigación servirán a las instancias jerárquicas de alta dirección en Enfermería estatales; para crear estrategias de capacitación de personal de salud, con la oportuna, eficaz, efectiva y eficiente toma de decisiones, interacción y resolución de conflictos provenientes de las relaciones humanas.

Palabras claves: Relaciones humanas, Enfermería, alta dirección

¹ Estudiante de 3er semestre de Licenciatura en Enfermería Universidad Veracruzana, campus Xalapa. aleeeandrade@hotmail.com, zS14010926@estudiantesuv.onmicrosoft.com

² Profesor de Tiempo Completo, Perfil PROMEP; Integrante del CA UV-204 "Enfermería y Salud". Facultad de Enfermería, campus Xalapa, Universidad Veracruzana. mtrocarlos@hotmail.com, carlflores@uv.mx

³ PTP de Maestría en Enfermería Universidad Veracruzana. Integrante del CA UV-204 "Enfermería y Salud". Facultad de Enfermería, campus Xalapa, Universidad Veracruzana. serafin_flores_cruz@hotmail.com

Summary

The interaction that exists between(among) the personnel of health turns out to be relevant for the quality of service that they offer and his(her,your) efficiency in the treatments that take systematic sequence and for ende interaction, communication, leadership and other elements that emerge of the human relations. Derivative of the previous thing is that there appeared the present investigation, constituting the opportunity of a diagnosis of human relations of Infirmary(Nursing) in the operative area of the sector health, across a cuali-quantitative descriptive transverse analysis with the application of the instrument Moss who evaluates the level of the capacities of human relations. There was analyzed by means of statistical software SPSS version 15 and of comparison on the information obtained across the instrument. The results of the present investigation(research) will serve to the hierarchic instances(authorities) of high direction(address) in Infirmary(Nursing) of the State of Veracruz, to create strategies of training personnel of health, with the oportune, effective, effective and efficient capture of decisions, interaction and resolution of conflicts from the human relations.

Key words: Human Relations, Nursing, high direction

INTRODUCCIÓN

Muchos autores han tratado de describir el concepto, cada uno desde su enfoque disciplinar, en diferentes épocas y contextos, no obstante es de resaltar que las relaciones humanas consisten en todas las interacciones que están involucrados con en la vida diaria de los seres humanos.

Joan Eugeni concibe que las relaciones humanas han sido analizadas desde el enfoque de la productividad, obteniéndose el recurso humano como potencial de crecimientos, pero olvidando al humano. Ya que en las sociedades, el mercado de trabajo es la forma dominante de manifestación de los recursos humanos disponibles, conviene precisar el alcance de esta situación. (Joan, 2002)

Las relaciones humanas en el área de Ciencias de la Salud, establecen una de las áreas prioritarias para la eficiencia y calidad en los servicios de salud, dado que el sector salud es un sistema que opera a través de las interacciones de diversas disciplinas y de funciones que se articulan para atender a la salud, ya sea desde un enfoque preventivo o curativo.

METODOLOGÍA

Se consideró para la investigación el sector salud público, mediante tres instituciones de salud, siendo hospitales de segundo nivel de atención de: servicios de salud de Veracruz, Instituto Mexicano del Seguro social y del Instituto para la Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, de los cuales por implicaciones éticas garantizadas, no se emitirán resultados particulares, ni pormenorizados a los trabajadores que participaron como sujeto de estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se utilizó un documento elaborado ex profeso para analizar las capacidades de relaciones humanas, dicho instrumento toma como base el test creado y validado por Moss, mismo que sirve para detectar el grado que una persona tiene de habilidades para manejar las relaciones interpersonales, evaluando por medio de los siguientes aspectos, habilidad en supervisión, capacidad de decisión en las relaciones humanas, capacidad de evaluación de problemas interpersonales, habilidad para establecer relaciones interpersonales, sentido común y tacto en relaciones interpersonales.

Para evaluar la consistencia interna y homogeneidad de los enunciados se empleó el Coeficiente Alfa de Cronbach que depende del número de enunciados en la escala y del promedio de la correlación entre ellos (Nunnally & Brenstein, 1994). Con un total de 0.6234 y 0.57 entre correlación de ítems. Además, se verificó la validez de contenido y de constructo sobre la base de la estructura teórica utilizada.

Para obtener datos comparables los valores fueron estandarizados y, para ello, se utilizó la valoración promedio de cada ítem descontado el promedio de todos los ítems y, este resultado fue dividido por la desviación estándar total de la categoría analizada. Con este procedimiento se calcularon “las respectivas desviaciones típicas de los promedios de cada grupo y se estandarizaron las medias a la Distribución Normal a fin de hacerlas comparables”. (Bustamante *et al.*, s/a)

Se aplicó la encuesta a Enfermeras operativas de los distintos turnos, siendo matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, teniéndose enfermeras de nivel técnico, licenciatura y especialidad. Se trabajó con un error del 5% y un nivel de confianza de un 95%, con una varianza de un 0,25 (Miller. 1992).

Con fines estadísticos al instrumento se le generó una matriz Excel de concentración de respuestas, evaluación individual y por respuesta con los siguientes rangos percentiles:

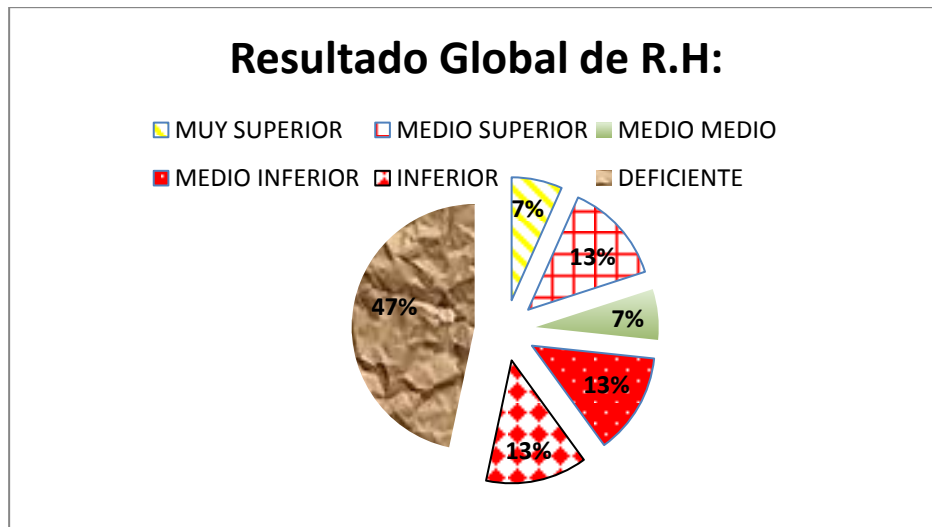
PUNTOS	PERCENTIL	RANGO
25	100	I MUY SUPERIOR
24	99	
23	96	
22	93	II SUPERIOR
21	86	
20	78	
19	68	III MED. SUPERIOR
18	59	
17	44	III MEDIO – MEDIO
16	38	
15	30	III MEDIO INFERIOR
14	22	
13	14	IV INFERIOR
12	7	
11	6	V DEFICIENTE
10	4	
9	2	

En relación al aspecto organizacional y liderazgo, las variables seleccionadas contenidas en los rangos en que se encuentra Enfermería, están representadas por la percepción que tienen de sí mismas en el actuar cotidiano y refieren tener algunas limitaciones de las reglas, regulaciones, procedimientos y trámites que enfrentan en el desarrollo de su trabajo.

Otro elemento importante en los rangos considerados es la responsabilidad, por cuanto los ítems de la encuesta y la consulta evidencia la percepción de las personas respecto de la autonomía en la responsabilidad, toma de decisiones relacionadas a su trabajo, relacionado directamente con la eficacia en pautas como puntualidad, calidad, entre otros elementos que les generan estímulos económicos.

El clima en el ambiente laboral del hospital, hace referencia al ambiente psicosocial en el que se desenvuelve todo el personal de salud, concretamente emana de la relación con el trabajo “cotidiano y las metas estratégicas, aprovechando la oportunidad de utilizar una variable no económica para impactar sobre los resultados de la empresa o institución”. (Marchant, 2005)

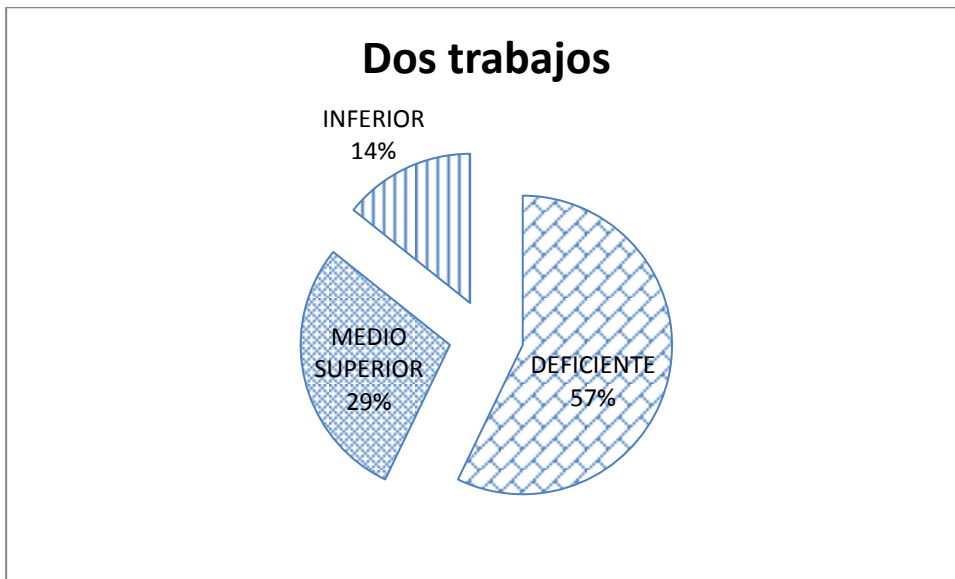
Figura 1



En la figura 1 se aprecian las capacidades generales de relaciones humanas que arroja el instrumento en su aplicación a enfermeras y enfermeros operativos, en turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.

Con incidencia en los diferentes rangos porcentuales y predominando el deficiente con un 47% que corresponde a 49 sujetos de 105 encuestados y el menor corresponde a 7% en donde sólo 7 personas tiene rango muy superior en igual situación al rango medio medio.

Figura 2



Respecto de las enfermeras que cubren dos trabajos o se encuentran ejerciendo la Enfermería en dos centros hospitalarios, se obtiene que el 14% de ellas se encuentra en rango inferior en relaciones humanas, en tanto que 57% se encuentra en rango deficiente y el 29% en rango medio superior, pudiendo determinar la incidencia de carga laboral como elemento que obstaculiza las relaciones humanas exitosas, tal como lo afirma Tyler al considerar la carga de trabajo como el principal elemento para favorecer u obstaculizar las relaciones humanas de éxito.

En lo que respecta al cruce de la variable nivel educativo con el resultado de relaciones humanas, se evidencia que en su mayoría son licenciadas en Enfermería, con 61 de

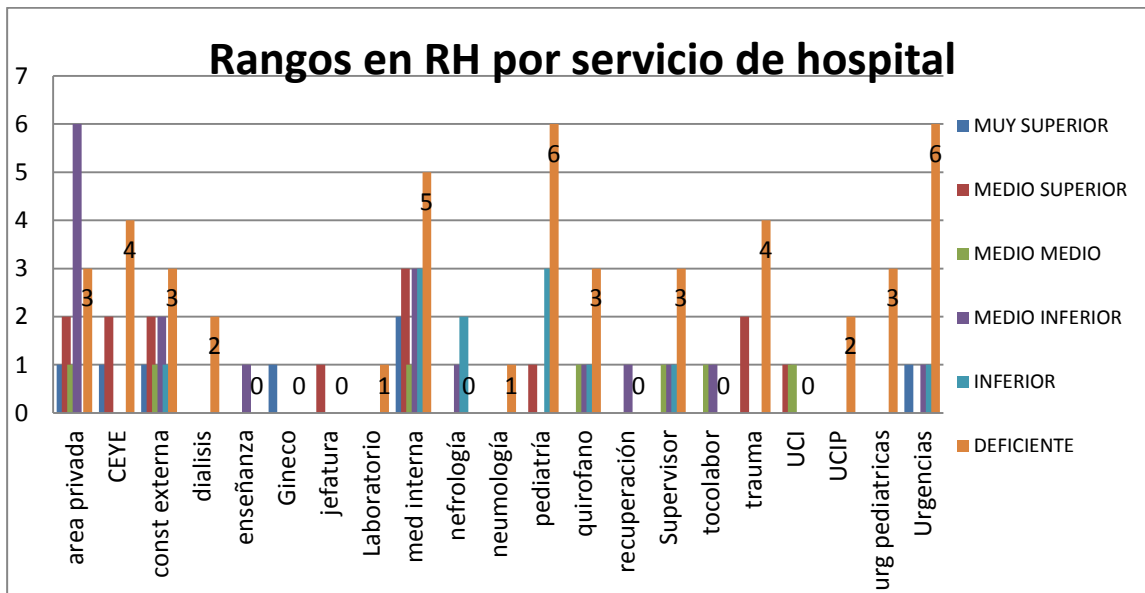
105 encuestados, lo cual corresponde al 58%, sólo 17 son especialistas, siendo el 16% y 27 enfermeras son de nivel técnico, correspondiendo al 26%. Lo relevante de la información se encuentra mediado por los rangos que resultan de relaciones humanas acorde a su nivel de formación académica, lo cual se encuentra en el cuadro I, concentrado por nivel educativo y rango.

Cuadro 1

	MUY SUPERIOR	MEDIO SUPERIOR	MEDIO MEDIO	MEDIO INFERIOR	INFERIOR	DEFICIENTE	TOTAL
E.E.	0	3	2	4	1	7	17
L.E.	5	9	5	7	9	26	61
TÉCNICO	2	2	0	7	3	13	27
TOTAL							105

En la figura 3 se puede apreciar los porcentajes de en rangos de relaciones humanas en las enfermeras obtenidas por servicio del hospital, predominando el rango superior en medicina interna y el rango deficiente en RH predomina en el servicio pediatría y urgencias.

Figura 3



En la cuadro 2 se puede distinguir los rangos de RH que predominan en los diferentes turnos en que labora el personal de Enfermería, siendo los mejores rango en el turno matutino, con 4 personas en rango muy superior, por sólo 3 personas en rango deficiente de 20 encuestadas. Antagónicamente el turno

De jornada acumulada, que opera los días sábados, domingos y días festivos con horario de 8 a 20horas, no presenta ninguna persona en rango muy superior y es el que más presenta rango deficiente en RH, con 17 persona, lo cual refleja que la interacción laboral por sólo dos días a la semana y con tantas horas continuas, condiciona a un contexto que dificulta las relaciones humanas exitosas.

Cuadro 2

	MUY SUPERIOR	MEDIO SUPERIOR	MEDIO MEDIO	MEDIO INFERIOR	INFERIOR	DEFICIENTE	TOTAL
acumulada	0	2	0	4	2	17	25
matutino	4	3	2	6	2	3	20
nocturno	2	2	2	2	5	12	25
vespertino	1	7	3	6	4	14	35

CONCLUSIONES

Derivado de los resultados obtenidos, es necesario resaltar que la profesión de Enfermería es la que más trabajadores tiene al interior del hospital, derivado de ello en muchas ocasiones surge déficit de personal y ello genera contratos inmediatos, sin los requisitos previos de valoración psicométricas y elementos indispensables para el departamento recursos humanos.

Otra situación importante a considerar es la salud mental de las enfermeras, dado que varios estudios han enfatizado el burnout o estrés laboral en esta profesión; es necesario generar mecanismos liberadores de estrés, pero también resulta prioritario que a la contratación exista una valoración integral que determine si el candidato a

ingreso posee los elementos para deshacerse de estrés laboral y manejo de inteligencia emocional.

Dadas las características de personalidad que convergen en un hospital, es necesario generar inducción al puesto con integración de personal y periódicos cursos de relaciones humanas que se incluyan a los cursos de actualización de procesos de Enfermería.

Con lo anterior una propuesta de alta dirección, es generar de nivel nacional los criterios esenciales para contratación de personal de Enfermería, considerando como requisitos mínimos indispensables: Valoración psicométrica, examen de salud integral, examen de salud mental, certificación de Enfermería por un organismo acreditador.

Dicha propuesta se puede operacionalizar desde la Comisión Permanente de Enfermería, misma que se integra por Enfermeras de las instituciones de sector salud, mismas que son: Secretaría de Salud, que es la figura jerárquica que preside la comisión, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Marina, Armada de México (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Servicios Médicos Petróleos Mexicanos (PEMEX), Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM), Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO-IPN), Facultad de Estudios Superiores Plantel IZTACALA-UNAM, Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, AC. (FEMAFEE), Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C., Confederación Nacional de Enfermeras Mexicanas, A.C. (CONEMAC), Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (SAP), Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería, A.C. (COMACE), Asociación Mexicana de Bioética en Enfermería, A.C. (AMBEAC).

De tal forma que desde de la alta dirección en Enfermería, se generen los acuerdos de contratación y capacitación que operarán en todas las instituciones de salud y que a su vez, resultan indispensables para atender la interacción inter personal de Enfermería con colegas y con pacientes y familiares, favoreciendo con ello mejores procesos de seguimiento al paciente hospitalizado y eficientar los procesos internos del hospital, con la optimización de recurso y calidad en la atención a los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adair. (2001). *The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact* (Vol. 9). New York: Journal of Applied Psychology.
- Adair, H. (2001). *The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact*. New York: Applied Psychology.
- Ambrosio, E. (1991). *Cultura como base de la estrategia empresarial*. Df: Alta dirección. *Argosy Medical Animation*. (sf de sf de 2007-2009). Recuperado el 20 de julio de 2007, de <http://www.visiblebody.com>
- Bowling, A. (1998). Research Methods in Health. Investigating health and health. En A. Bowling, *Research Methods in Health. Investigating health and health* (pág. 184). tx: Bowling, Antonie.
- CEMEV. (18 de enero de 2012). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz. "Dr. Rafael Lucio": <http://www.cemev.gob.mx/>
- Chiavenato, I. (2005). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. México: Ansares.
- Chiavenato, I. (2005). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. México: Ansares.
- COFEPRIS. (16 de enero de 2009). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios: <http://www.cofepris.gob.mx/wb/>.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (Junio de 27 de 2011). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de CONAMED: <http://www.conamed.gob.mx>.

- Consejo de Salubridad General. (4 de Abril de 2010). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de <http://www.csg.salud.gob.mx>
- Consejo Nacional de Población . (10 de noviembre de 2011). Recuperado el 17 de mayo de 2012, de Indicadores demográficos básicos1990-2030.: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193.
- COPAES. (18 de MARZO de 2010). *Consejo para la Acreditación de la Educación Superior*. Recuperado el 17 de MAYO de 2012, de <http://www.copaes.org.mx>.
- García, S. y. (1997). *Dirección por valores (DPV) Alta dirección*. Df: alta dirección.
- Garza, G. (2002). Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX. *Revista de Información y Análisis* , 7-16.
- IMSS. (8 de Febrero de 2012). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.imss.gob.mx>
- ISSSTE. (15 de ENERO de 2012). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales: <http://www.issste.gob.mx>
- Joan, S. P. (2002). *Espacio, Economía y Sociedad*. Barcelona: Siglo XXI.
- Kropotkin, P. (1973). *Origen y evolución de la moral*. DF: Editorial Americalee.
- Masuda, Y. (1984). *La sociedad informatizada como sociedad post-industrial*. Madrid: Fundesco-Tecnos.
- Mello, F. y. (1995). *Desarrollo Organizacional. Enfoque Integral*. México: Limusa.
- Puentes, M. (1994). Análisis sectorial para la formulación de Políticas en Salud. *Educación Médica y Salud*. , 28.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento organizacional. Conceptos, controversias y aplicaciones*. D.F.: Hispanoamericana.
- Roethlisberger. (23 de Mayo de 1939). Management and the Worker. *Worker Cambridge* , págs. 1-4.
- Rofman, A. (1991). *Descentralización de los Servicios de Salud como estrategia para el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud*. Washington.: O.P.S.
- Santos, M. (1985). *Espacio y método*. Madrid: Fundesco.
- Schein, E. (1994). *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Plaza y Janes.

- SESVVER. (20 de Octubre de 2011). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de Servicios de Salud de Veracruz: <http://www.seaver.gob.mx>
- SIARHE. (2012). Recuperado el 17 de Mayo de 2012, de Sistema de Información administrativa para determinar el número de Recursos Humanos en Enfermería: www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/public/cedulaenfermeria.doc
- Smith. (2005). *Howard Gardner and multiple intelligences*. NY Estados Unidos: encyclopedia of informal education.
- Thorndike. (02 de Octubre de 2011). *Intelligence and Its Uses*. Recuperado el 02 de octubre de 2011, de wikipedia.org/wiki/Inteligencia_emocional: http://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia_emocional
- Villagómez, P. (2009). Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. En: Consejo Nacional de Población. *CONAPO. La situación demográfica de México 2009*, 14.
- Villalobos, D. (1997). Estrategias para educación de enfermería en América. En D. Villalobos, *Estrategias para educación de enfermería en América* (págs. 224-237). Bogotá: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.

Incendios en reuniones sociales, ¿Un fenómeno socio-organizativo?

Miriam Gómez Ortega

Bárbara Dimas Altamirano

Andrea Guadalupe Sánchez Arias

Genoveva González González

Claudia Concepción Santana González.

RESUMEN.

Introducción: Las reuniones sociales, se dan por naturaleza así también es una forma de divertirse de los jóvenes donde se reúnen en grandes concentraciones, sin embargo en estos espacios se han presentado diferentes tragedias como los incendios, donde los jóvenes son las víctimas, y los sobrevivientes han quedado con grandes secuelas.

Objetivo: Identificar las medidas de prevención de incendios en reuniones sociales, como un fenómeno socio-organizativo. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, mediante la aplicación de un cuestionario dirigido a jóvenes para saber las medidas de prevención de incendios y su prevención. **Resultados:** Se encontró que los jóvenes que no saben sobre las medidas de prevención de incendios en un 96%, el 63 % de los jóvenes que acuden al antro ingieren alcoholizadas. Un 96% no identifica las medidas encaminadas a la prevención de los posibles desastres que se pudiesen presentar. El 100% no identifica el plan de emergencia en caso de incendio.

Conclusiones: los jóvenes desconocen las medidas de prevención de incendios, que puedan presentar dentro del antro, por tanto es de suma importancia implementar acciones de prevención.

INTRODUCCIÓN.

El ser humano es social por naturaleza, es decir, las personas disfrutan de planes en grupos. Las reuniones sociales que enriquecen la agenda personal del ser humano a través de eventos de distinto tipo como los eventos formales del contexto profesional, así como de carácter personal y social de diversión que en nuestros días son variadas,

en fiestas, bailes, antros, conciertos, ferias entre otros donde los jóvenes son en su mayoría los asistentes.

En América Latina, en eventos socio-organizativos que se dan en el marco de grandes concentraciones o movimientos masivos de población, se han presentado, desastres ocasionados por incendios, en lugares donde asisten los jóvenes para divertirse, el 20 de diciembre de 1993 un fuego en la disco, ubicado en un residencial, en Buenos Aires, le costó la vida a 17 jóvenes.

En Venezuela, en diciembre de 2002, el club nocturno, estaba lleno de gente cuando comenzó un incendio que mató a medio centenar de personas.

La falta de suficientes salidas de emergencia provocó que más de 20 personas murieran en octubre de 2000 en una célebre discoteca, de la Ciudad de México.

En Brasil, en noviembre de 2001, los fuegos artificiales que acompañaban a un espectáculo de samba iniciaron un incendio dejó al menos 231 muertos, los primeros reportes informaron que el incendio pudo ser producto del uso de fuegos artificiales dentro del recinto por parte de un grupo de música que se presentaba.

En la discoteca Utopía, de un centro comercial de Lima Perú, un incendio dejó 28 víctimas mortales en julio de 2002.

El 30 de diciembre de 2004, en la discoteca en la República Cromañón de Buenos Aires, Argentina, mató a 194 personas y dejó 1.400 heridos aproximadamente. El siniestro, que ocurrió debido al uso de fuegos artificiales en el interior del predio durante la presentación del grupo de rock.

En Quito, Ecuador, 13 personas murieron en abril de 2008 en una discoteca. El incendio se produjo cuando se prendió una bengala durante el espectáculo y propagó el fuego al techo, que contenía material inflamable. (Casas, 2011,1)

En el mundo, el 31 de octubre de 2012, tres jóvenes murieron y otras dos resultaron heridas de gravedad tras una aparente avalancha humana en una fiesta pública de Halloween en Madrid, España. Las víctimas tenían entre 18 y 25 años. El incidente se

originó por una bengala. La fiesta se realizó en el escenario deportivo Madrid Arena (con capacidad para unas 10.000 personas), en el oeste de la capital española.

En Rumania en octubre 30 de 2015, se presentó un incendio en un centro nocturno, donde asistieron alrededor de 400 personas, provocando una estampida humana por querer salir, donde hubo 44 víctimas del incendio, que dejó más de 200 heridos jóvenes, de los cuales, unos 100 permanecen hospitalizados, 44 en estado crítico, según fuentes médicas, e informes preliminares el incendio se habría producido debido a que el centro nocturno no cumplía con las normas de seguridad vigentes, y donde el fuego se originó en el escenario, al estallar fuegos artificiales en la presentación de un grupo de música.(Notimex; 2015,1)

Los eventos sociales son parte de la naturaleza de los jóvenes, donde acuden a divertirse, a interactuar con grandes cantidades de personas, y se piensa que jamás se presentará un incendio, que es un fuego que se desarrolla sin control en tiempo y espacio; (Nom 012 STPS; 2010,3), por tanto cuando se presenta algún evento que origine un desastre a su alrededor no saben cómo actuar originando un fenómeno socio-organizativo que es un agente perturbador que se genera con motivo de errores humanos o por acciones premeditadas, que se dan en el marco de grandes concentraciones o movimientos masivos de población.(Ley de Protección Civil, 2012;2)

Por lo tanto en todos estos lugares deben de ser importantes las acciones de mitigación, son todas aquellas acciones orientadas a disminuir el impacto o daños ante la presencia de uno o varios agentes perturbadores que originen peligros de ocurrencia potencialmente dañinos de cierta intensidad, durante un cierto periodo y en un sitio determinado.

Para ello la prevención debe ser una medida esencial, en lugares de reuniones sociales, aplicadas como acciones y mecanismos implementados con antelación a la ocurrencia de los agentes perturbadores, con la finalidad de conocer los peligros o los riesgos, identificarlos, eliminarlos o reducirlos; evitar o mitigar su impacto destructivo sobre las personas, bienes, infraestructura, así como anticiparse a los procesos sociales de construcción de los mismos que son necesarias tomando previsiones y

adoptar conciencia de los riesgos que pueden causarse y la necesidad para enfrentarlos. La prevención de incendios son todas aquellas acciones técnicas o administrativas que se desarrollan para evitar que se presente un incendio.

Los riesgos en los antros o lugares de reunión donde asisten los jóvenes pueden originar siniestros los cuales son una situación crítica y dañina generada por la incidencia de uno o más fenómenos como los sismos, incendios etc. Dando como consecuencia un desastre que son el resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural o de la actividad humana, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. El Artículo 15 de la Ley de Protección Civil señala el objetivo general es el de proteger a la persona y a la sociedad y su entorno ante la eventualidad de los riesgos y peligros que representan los agentes perturbadores y la vulnerabilidad en el corto, mediano o largo plazo, provocada por fenómenos naturales o antropogénicos, a través de la gestión integral de riesgos y el fomento de la capacidad de adaptación, auxilio y restablecimiento en la población”. (Ley General de Protección Civil; 2012, 2)

Muchos de los desastres se dan por condiciones inseguras y actos inseguros sus causas, son el resultado de actividades humanas a diferencia de los que tienen causas naturales sin influencia humana. Los individuos más vulnerables en un antro son todos los que asisten a estos lugares por la gran cantidad de personas que se reúnen en espacios cerrados, con poca ventilación e iluminación no hay nadie que sea más o menos propenso todos salen perjudicados.

Por lo tanto dentro de un antro o bar se deben de implementar acciones de prevención en situación de emergencia cualquiera que esta sea, se debe de contar con señalamientos que nos indiquen las salidas de emergencia, la zona segura, los puntos de reunión, escaleras de emergencias entre otras; estos son llamados señalamientos de protección civil por que pueden salvaguardar la vida de una persona son elementos gráficos para proporcionar información de manera concisa su color es fondo verde con contraste en blanco para que sean visibles desde cualquier punto. Todas las puertas

deben de que llegar en una vía de evacuación señalizada segura. Las vías de emergencia deben ser recorridos cortos y sin obstáculos de ningún tipo. Se debe de evitar todo aquello que pueda causar tropiezos, como los suelos irregulares o los pequeños escalones detrás de las puertas. Las puertas deben abrirse en el sentido de la marcha y llevarán barras de presión. Nunca debe haber posibilidades de dejarlas cerradas con llave o bloqueadas por las emergencias que se puedan presentar. Si hay puertas giratorias o torniquetes, hay que disponer de puertas de salidas de emergencia junto a ellas. Las puertas finales de emergencia deben dirigir a un lugar seguro, no deben conducir a espacios abiertos sin salida (rejas cerradas, patios interiores sin ninguna salida) Puertas cortafuegos en pasillos y zonas comunes que deben permanecer siempre cerradas o disponer de un mecanismo de cierre automático en caso de alarma. La ruta debe estar claramente señalizada con los símbolos internacionales de color verde, especialmente en los puntos donde se produce un cambio de dirección. Las puertas de emergencia deben distinguirse de las demás sin posibilidad de error. (Conecta Pime. 1985; 3) La ubicación de una salida de emergencia su símbolo es el de una siluetas humana avanzando hacia una salida indicada con una flecha direccional. La ubicación de una escalera de emergencia el símbolo es una silueta humana avanzando hacia una escalera indicada con una flecha direccional las puertas devén abrir al sentido de la marcha. (NOM-003-SEGOB-2011.)

Sobre el suelo o en la pared apoca altura debe haber una señalización luminosa o fluorescente que indique la ruta de salida. Con mucha frecuencia las evacuaciones se producen a oscuras o con mala visibilidad debido al humo. También debe haber mangueras de incendio en las rutas de escape y aspersores en zonas de mayor riesgo como cocinas, almacenes y garaje. Los bomberos deben poder acceder con facilidad: pasos emergencia reservados, acceso a escaleras. No debe haber zonas ciegas, sin salida. Extintores en número suficiente, situados en lugares de fácil acceso. Las puertas situadas en los recorridos de evacuación de lugares de trabajo deberán poder abrir en cualquier momento desde el interior sin ayuda especial. Las puertas de emergencia no deberán estar cerradas de forma que cualquier persona que necesite utilizarlas en caso de urgencia pueda abrirla fácil e inmediatamente. Las puertas de emergencia estarán situadas en el interior de la sala, en zonas alejadas de las puertas ordinarias, evitando

que ambos tipos de puertas coincidan en los mismos vestíbulos de acceso al local. El número de puertas del edificio o local, con salida directa a la vía pública o espacio abierto será proporcional al de espectadores. Su ancho mínimo será de 1,20 metros. Cuando su aforo exceda de 50 personas, deberá disponer de salidas cuyo ancho total deberá ser de 1,80 metros por cada 250 personas o fracción es lo recomendado como medida de seguridad ante algún siniestro. (Ley de Protección Civil, 2010;3-6)

En la mayoría de los antros o centros nocturnos es permitida la venta de alcohol, la cual está condicionada a ser consumida. Muchas veces las o los jóvenes se olvidan del espacio tiempo, así el alcohol favorece esta tendencia a que el joven pierda conciencia por lo tanto no se dé cuenta a que peligros está expuesto ya que no existe una cultura de prevención o una plática de orientación con los padres para prevenir los posibles eventos o desastres que se puedan presentar en los antros.

El abuso de sustancias que durante la juventud repercute de forma negativa en otras áreas de la vida, afectando su desempeño académico y su desarrollo personal se debe considerar que, por lo general no se consumen drogas ilegales sin haber pasado antes por consumir las conocidas como “drogas de entrada” (alcohol, tabaco, y cannabis), sobre todo en edades tempranas. Así pues, dadas las graves consecuencias negativas a nivel físico, psicológico, y social. (Oblitas, 2010. 126).

Los efectos del alcohol sobre el cuerpo son numerosos y diversos. Específicamente el etanol, es una potente droga psicoactiva con un número elevado de efectos terciarios que puede afectar de manera grave a nuestro organismo. La cantidad y las circunstancias del consumo juegan un rol importante al determinar la duración de la intoxicación. (Martínez, Aguilar, 2002:342)

En el cerebro y sistema nervioso, el consumo de alcohol produce gradualmente que las funciones cerebrales se deterioren, afecta en primer lugar a las emociones (cambios súbitos de humor), los procesos de pensamiento y el juicio. Si continúa la ingesta de alcohol se altera el control motor, produciendo mala pronunciación al hablar, reacciones más lentas y pérdida del equilibrio: Al ser un depresor del sistema nervioso central,

Identifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).

Por esta condición los jóvenes están fuera de la capacidad de reacción ante desastres, siendo mayor el riesgo, aunado a las condiciones del antro o bar en el que se encuentran por lo que es imprescindible crear la cultura de autoprotección en situación de desastre en cualquier lugar donde. A través de la gestión integral de riesgos, que es el conjunto de acciones encaminadas a la identificación, análisis, evaluación, control y reducción de los riesgos, considerándolos por su origen multifactorial y en un proceso permanente de construcción, que involucra a los tres niveles de gobierno, así como a los sectores de la sociedad, lo que facilita la realización de acciones dirigidas a la creación e implementación de políticas públicas, estrategias y procedimientos integrados al logro de pautas de desarrollo sostenible, que combatan las causas estructurales de los desastres y fortalezcan las capacidades de resiliencia o resistencia de la sociedad. Involucra las etapas de: identificación de los riesgos y/o su proceso de formación, previsión, prevención, mitigación, preparación, auxilio, recuperación y reconstrucción. (Ley de Protección Civil: 2012,2)

METODOLOGÍA.

El presente estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal, con un universo de 1122 jóvenes de una escuela del nivel superior mayores de edad, de 18 a 25 años, del género masculino y femenino, la muestra se obtuvo de manera no probabilística, por conveniencia; de 210 alumnos.

RESULTADOS.

En lo que se refiere a la edad el 93% se conformó de 18 a 19 años, el 17% entre 19 y 20 años, en el género el 89% fueron del género femenino; el 11% masculino.

El 100% de la muestra en estudio ha asistido a un antro; El 53% asiste continuamente una vez por semana, el 68% afirmó ir cada mes al antro mientras que el 32% asiste cada quince días.

El 84% refirió que le piden identificación oficial para poder entrar al antro mientras el 16% dijo que no, los jóvenes no son asiduos a visita el mismo antro el 30% dijo que si visita el mismo mientras que el 70% asiste a diferentes antros.

El 70% refiere que fuma y en cuanto al consumo de alcohol el 63% consume bebidas embriagantes durante la visita al antro.

El 76% asiste acompañado y el 24% suele ir solo. Los adolescente que refieren verificar las medidas de seguridad en el antro fueron el 20% de ellos, ubica las salidas de emergencia y las zonas seguras, equipo de prevención de incendios mientras que el 80% no las ubica, solo les interesa divertirse.

El 96% de los jóvenes no sabe sobre medidas en caso de que se presente un fenómeno que cause un desastre, en caso de incendio el 98% no sabe cómo actuar, el 93% no sabe utilizar un extintor. El 100% refiere que no existen hidrantes y equipo contra incendio, dentro del centro de reunión social. El 92% no sabe qué hacer en caso de sobrecupo, con alguna emergencia. El 100% no identifica, los planes de emergencia en caso de incendio.

CONCLUSIONES.

Los resultados indican que los jóvenes no están preparados para afrontar cualquier situación incendio que se pueda presentar en centros de reuniones sociales, causando fenómenos socio-organizativos originados por motivo de errores humanos o por acciones premeditadas, que se dan en el marco de grandes concentraciones de población, tomando en cuenta que en México y en varios países del mundo, se han presentado dando como resultado lesiones y pérdidas humanas originando un desastre, por tanto es necesario que se adquieran medidas de prevención a través del autocuidado, así como conjuntar acciones dirigidas a la creación e implementación de políticas públicas, estrategias y procedimientos integrados que combatan las causas estructurales de los desastres en la prevención de incendios.

REFERENCIAS

1. Distintas Latitudes. (2011).Desencadenar la noche: Estado, desigualdad y violencia en las tragedias nocturnas. Recuperado de http://www.distintaslatitudes.net/desencadenar-la-noche-o-sobre-las-tragedias-y-la-desigualdad-nocturnas#_ftn1
2. Consumo de alcohol en Adolescentes. Recuperado de <http://alcohol-adolescentes.blogspot.mx/2008/07/qu-consecuencias-tiene-el-consumo-de.html>
3. Notimex; Discoteca Bucarest, Recuperado en: <http://www.notimex.com.mx/acciones/verNota.php?clv=365753>
4. Ley Orgánica Municipal del Estado de México: Artículo48 Fracción XVI Bis. Recuperado de <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig022.pdf>
5. Ley General de Protección Civil 2012. Recuperado de http://qacontent.edomex.gob.mx/dgproteccion_civil/acercadeladireccion/marco_juridico/groups/public/documents/edomex_archivo/dgproteccion_civil_pdf_lgpc12a.pdf
6. Seguridad en bares y restaurantes. Recuperado de <http://www.conectapyme.com/files/prevencion/capitulo5.pdf>
7. Manual de Drogo Dependencia. Mario Martínez Ruiz, Antonio Aguilar Ros. pág.63. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2002.

Proyecto: observatorio geográfico: salud y riesgos en México

Marcela Virginia Santana Juárez

Alfredo Estrada Ramírez

Jesús Emilio Hernández Bernal

Roque Ortega Alcántara

ANTECEDENTES

El observatorio, nace bajo un contexto de la llamada “nueva salud pública” que surge después del informe de Marc Lalonde en Canadá en 1974. La “nueva salud pública” se centra en los entornos físicos, psicológicos y sociales y en los estilos de vida de las poblaciones; de ahí la importancia tanto de acciones comunitarias e intersectoriales como las políticas públicas saludables basadas en evidencias (Hemmings 2003).

En 1974 en Francia, se estableció el primer observatorio de salud, el observatorio regional de Santé d’Ile de France, cuya misión era apoyar la decisión en los dominios sanitarios y sociales. Posteriormente, otros países como el reino unido, Canadá, Italia, Bélgica, Suiza, Nueva Zelanda, México, Chile, Brasil, España, Venezuela, Colombia impulsan los observatorios para apoyar la formulación y gestión de políticas públicas de salud.

De acuerdo a la Fundación Mexicana para la Salud en su publicación “Observatorio de la Salud, Una iniciativa para América Latina”, se suscitaron eventos relacionados con observatorios de salud. En 1991 se realizó la publicación del primer estudio sobre la Carga Mundial de la Enfermedad (CME) realizado por la Universidad de Harvard, el Banco Mundial y la OMS.

A nivel nacional, en México los estudios sobre evidencias e información para la toma de decisiones llevan un curso paralelo a los ejercicios internacionales pues México destaca como uno de los países pioneros en el uso de la metodología para la estimación de la

carga de enfermedad y como uno de los protagonistas internacionales en la promoción de la evaluación del desempeño del sistema de salud.

Desrosières (1996) afirma que los observatorios fueron creados hacia la década de los años sesentas en Francia, por el Insee (l' institute national de la statistique et des etudes economiques), pero su uso se generaliza solamente a finales de los 80's con la aparición de los observatorios orientados a aspectos socioeconómicos, con el propósito de ser un *“instrumento de recolección, producción y análisis de datos y de información económica, social y territorial, para conocer la situación urbana y las transformaciones actuales y facilitar la toma de decisiones”*.

Pérez Rojas (2010) señala que el observatorio *“es una herramienta para cubrir, fundamentalmente, los requerimientos de información especializada y, en algunos casos, a la medida de los usuarios, haciendo énfasis en la difusión de indicadores desagregados, en explicar y discutir la información con los diferentes actores locales que están involucrados en las áreas del territorio estudiado”*.

Es importante señalar que los observatorios en general, se componen de un módulo de indicadores, documentos actualizados especializados en el tema objetivo; funcionan adicionalmente como portales de contacto o como base de la formación de redes del conocimiento o de investigación. Se resalta en éste caso que el observatorio de salud contenga módulos de información geográfica, en el cual se espacializan los indicadores cuantitativos para la localización de las áreas problemáticas o de especial interés, en el cual se integran métodos necesarios para la interpretación y el análisis de los datos, aplicando modelos cartográficos digitales que determinan la localización de los puntos estratégicos que inciden en la salud y de todos los factores que afectan e inciden en el bienestar social de la población.

Identificación del problema nacional a atender e hipótesis de trabajo

Problema nacional que se pretende atender: Salud y enfermedades importantes de la sociedad mexicana.

Los problemas de salud en México se relacionan con la obesidad; las principales causas de mortalidad se derivan principalmente de estilos de vida no saludables caracterizados por el sedentarismo, la alimentación no balanceada y el estrés, como la diabetes mellitus, enfermedades del corazón, enfermedades crónicas del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer, entre otras; así como enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, triglicéridos y colesterol altos, los cuales están impactando tanto en ámbitos urbanos como rurales.

Sin embargo los factores ambientales también juegan un papel importante en la salud humana.

Una de las estrategias para la mejora de las condiciones de salud de la población es la promoción de la salud, a través de la creación de lugares saludables: ciudades y municipios saludables.

En relación a la información esta se cuenta en forma dispersa porque cada institución genera su propia información, lo cual es un problema porque no permite visualizar el problema en forma integral y principalmente espacial, por lo que la implementación de este observatorio, permitirá integrar la información, realizar análisis geoestadísticos y generar indicadores a nivel municipal.

Disponer de información pertinente, confiable y oportuna para orientar la toma de decisiones en salud es el objetivo de los observatorios de salud pública.

OBJETIVOS

Generales

Implementar en la web un observatorio geográfico de salud y riesgos en México, a partir del análisis de patrones de distribución de indicadores de salud: morbi-mortalidad e

infraestructura en salud; factores geográficos y socioeconómicos, riesgos a la salud, con el propósito de proponer estrategias y políticas públicas saludables focalizadas enfocadas a la promoción de la salud.

Objetivos particulares:

1. Analizar los patrones de distribución de la población: general, por grupos de edad, población vulnerable (infantil y adulta mayor).
2. Analizar los patrones de distribución de salud: mortalidad y morbilidad de las 10 causas más frecuentes; servicios públicos de salud (cobertura, recursos humanos y recursos materiales).
3. Analizar algunos factores geográficos y socioeconómicos que inciden en la salud humana.
4. Analizar los factores de riesgos para la salud. Distribución de población expuesta, población vulnerable. Población vulnerable en zonas metropolitanas en función de áreas verdes.
5. Generar indicadores de salud mediante la aplicación de la regresión geográficamente ponderada.
6. Integrar un Banco de Datos Geoespacial sobre Salud (BDGS) para generar la infraestructura para la Plataforma para el visualizador del observatorio y generar un sitio web para el observatorio geográfico

Rubros para abordar el tema

1. Patrones de distribución de la Población: población total, por grupos de edad y por género, densidad de población, población urbana y rural, población vulnerable infantil y adultos mayores (mayores de 60 años), grado de marginación, índice de dependencia.
2. Patrones de distribución de Salud: mortalidad y morbilidad, e infraestructura en salud.
3. Características geográficas: clima: precipitación, temperatura, heladas, granizadas, días calurosos, noches frías; hidrología, altitud, presiones

barométricas (milibarios), distribución geográfica de sequías, inundaciones y huracanes. Altitud y latitud.

4. Características socioeconómicas: indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y población económicamente activa y por sectores económicos: acceso a la vivienda, acceso a servicios sanitarios, acceso a educación y capacidad económica. Sector primario, secundario y terciario.
5. Factores de Riesgos para la salud. Distribución de población expuesta (por grupos de edad, por sexo), población vulnerable. Población vulnerable en zonas metropolitanas en función de áreas verdes.

Otros factores de riesgos a la salud: bajo peso al nacer, alimentación, acceso a servicios básicos de saneamiento (servicios a la vivienda, condiciones materiales de la vivienda).

6. Integración de un Banco de Datos Geoespacial sobre Salud (BDGS).
7. Generar la infraestructura para la Plataforma para el visualizador del observatorio.
8. Generar un sitio web para el observatorio geográfico

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara Ayala, I., & Graue Wiechers, E. (2010). Atlas de la Salud en México. México, D.F.: Instituto de Geografía, UNAM.
- Bassols, Á. (2002). Geografía Socioeconómica de México. México D.F.: Trillas.
- Buzai, G. (2012). Geografía y Sistemas de Información Geográfica. *Revista Geográfica de América Central*, 15-67.
- Díaz Viera, M. (2002). *Geoestadística Aplicada*. México, D.F.: Instituto de Geofísica, UNAM.
- Estrada, A. (2013) Instrumentación del centro de colaboración geoespacial del Estado de México. Ed. UAEMex.

- García, Enriqueta (1987). Modificaciones al sistema de clasificación climática de Köppen (para adaptarlo a las condiciones de la república mexicana). Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. 217 pp.
- Gómez, J., Muñoz, J., & Ortega, N. (1982). *El Pensamiento Geográfico*. Madrid: Alianza.
- Hernández, Roberto (2008) *Métodos de Investigación Científica*. Ed McGrawGill. México.
- Iñiguez R. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América latina. En *Salud Pública*, Río de Janeiro, Brasil, 14(4): 701-711.
- Kuri Morales P. A. (2011) La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. En *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Médicos de México A. C., 147: 451-454
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.12 n.3 Washington.
- Olivera , A. (1993). *Geografía de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Suiza
- Roman, Steven (2002). *Access Database Design and Programming*. 3a ed. O'Reilly Media. Estados Unidos de América. 450 pp.
- Santana, M., Rosales, E., & Manzano, L. (2014). Aportes de la Geografía a Ciudades Saludables: Caso Zona Metropolitana de Toluca. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Geografía.
- Santana, M., Rosales, E., Avendaño, A., Santana , G., & Pineda, N. (2013). Salud y Estilos de Vida En La Zona Mazahua: San Felipe del Progreso, Atlacomulco y Jocotitlán, Estado de México. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 29-41.
- Santana M., Rosales E., Pineda J., y Santana G. (2013). Observatorio de Geografía de la salud del Estado de México. Mortalidad general. Universidad Autónoma del Estado de México.

- Seguinot Barbosa J. (2012). Geografía Médica y de la Salud: conceptos, paradigmas y visiones en el contexto del cambio climático. En *revista geográfica digital*. IGUNNE. Facultad de Humanidades. UNNE. Año 9. Núm. 17. Enero-junio 2012.
- Vidal de la Blache , Paul;. (1977). Geografía, ciencia humana. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, S.A.
- Zhang, X. y F. Yang (2003) RClindex (1.0) User Manual. Climate Research Branch, Environment Canada. 23 pp.

Referencias por Internet

De la Cruz E. y Pino J. (2009), “Estilo de vida relacionado con la salud”, [en línea] España. (Consultada: 29 de mayo del 2014), disponible en Internet
<<https://www.yumpu.com/es/document/view/14419506/estilo-de-vida-y-saludpdf-digitum-universidad-de-murcia>>

Revista GEOFOCUS

Revista HYGEIA

Revista GESIG

Revista GEOCRITICA

Experiencias educativas sobre modelado en UML de un objeto educativo multimedia-didáctico. Número de Registro:

Mendoza-Zarco Beatriz.

Méndez-Guevara Laura Cecilia.

Ruiz-Reinoso Adriana M.

RESUMEN

El presente trabajo plasma una propuesta sobre las características digitales que debe cubrir un objeto educativo multimedia-didáctico, cuyo propósito es reforzar conocimientos en los estudiantes de escuelas primarias federales del municipio de Temascalpa, donde los recursos educativos son precarios, pero que cuentan con un aula de cómputo, debido a que, para su implementación se requiere el apoyo de las TIC.

La creación de un objeto educativo multimedia didáctico basado en UML es debido a que pertenece a la ingeniería de software. Este tipo de objetos educativos tienen un alto impacto en escuelas primarias rurales, ya que en dichas instituciones no cuentan con recursos extras para reforzar los conocimientos de los estudiantes en materias de rezago escolar y una propuesta como la nuestra les brindará beneficios como; una herramienta extra gratuita, diseñada acorde a lo que ven en aulas de clase, cubrir necesidades y debilidades que el aula de cómputo presente.

Palabras clave: Educación Básica, Objeto Multimedia, Ingeniería de Software, UML.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, en cuanto a las tecnologías para la educación, se viene trabajando en torno al concepto de Objetos de Aprendizaje Educativos; esto es considerado como un modelo de trabajo educativo, con el que se pretende estandarizar contenidos digitales, de tal forma que sea posible su reutilización en diversos contextos educativos y, especialmente, en plataformas de aprendizaje virtual de manera gratuita.

Se parte del supuesto de que existen demasiados recursos digitales ubicados en Internet, pero no tienen una intencionalidad educativa.

El objetivo de este trabajo es crear un objeto educativo multimedia en la materia que la institución presente algún problema de rezago en los estudiantes de educación básica, es decir, si la institución detecta que un grupo de estudiantes está presentando calificaciones reprobatorias aportar conocimientos por medio de nuestra propuesta.

Con el uso de objetos educativos como se han denominado a este tipo de proyectos, se pretende motivar a los alumnos específicamente a los que inician la educación primaria, a estudiar con apoyo del aula de computación en las clases que reciben en la semana, y se cubra el interés que presentan los niños en esta etapa por entrar al salón de computación, también generar un estudio constante en el alumno.

Es así que hemos delimitado un caso de estudio basado en la educación básica en el Noroeste del Estado de México, nuestra propuesta consiste en el uso de Tecnología como apoyo a los estudiantes, con la implementación de aulas de cómputo, pero en dichas aulas existen aún recursos precarios que no permiten que los alumnos aprovechen en su totalidad los elementos para refuerzo a su educación, es decir, que no cubre con las necesidades propias de la institución.

El utilizar objetos educativos para reforzar el conocimiento en materias de rezago escolar permite generar nuevas habilidades en los estudiantes usando los recursos con los que cuente la escuela sin generar costos adicionales, y que lo puedan utilizar sin apoyo extra por parte del docente.

Para el estudiante los beneficios que le proporciona son; la participación activa por su parte, interacción de manera frecuente entre la computadora y el estudiante, participación y colaboración en grupo.

Debido a que en las actuales generaciones, la educación ha ido mejorando constantemente esto refiere a que el estudiante debe estar a la vanguardia desde que inicia la educación primaria, se ha notado en los últimos años en el municipio de Temascalpa que los estudiantes muestran cierto interés por entrar a la clase de

computación, es entonces que tomando en cuenta lo anterior mencionado es de utilidad crear objetos educativos gratuitos que les beneficie en su educación cotidiana.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Descriptiva, basado en Woolfolk (2010) los informes de los estudios descriptivos suelen incluir resultados de encuestas, respuestas de entrevistas, muestras de diálogos reales en el salón de clases o grabaciones en audio o video de las actividades académicas.

Para el estudio descriptivo del proyecto se utiliza una serie de encuestas elaboradas a grupos de alumnos de nivel básico, a docentes de clases y maestro de computación, con el propósito de saber el estado en que se encuentra el nivel educativo en dicha escuela primaria en cuanto al aprendizaje de la materia de matemáticas y la implementación del aula de cómputo como herramienta de repaso de las clases de materias de primer año.

Experimental

Según Sampieri (2010) se refiere a un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes; supuestas causas-antecedentes, para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes; supuestos efectos-consecuentes, dentro de una situación de control para el investigador.

El estudio experimental del modelo de objeto educativo multimedia se basó en el análisis del alto índice de reprobación en exámenes y el uso del aula de cómputo, para saber su causa-efecto en el apoyo a los estudiantes, docentes y padres de familia.

La metodología presentada está sustentada en las etapas en la creación de un modelo de objeto educativo de Gill & Rosas: Análisis o planteamiento, Diseño, Evaluación, Implementación, lo cual se adopta al tema de investigación delimitado:

1. Análisis o planteamiento: en esta etapa se realizó el diagnóstico de los estilos de aprendizaje, por medio de la aplicación de un cuestionario con los estudiantes a quienes les beneficiará el proyecto, es decir, como es que se les facilita aprender.

Según el sondeo realizado con los alumnos de la escuela primaria Francisco I. Madero, tomando en cuenta los estilos de aprendizaje de la figura, arrojan que el estilo de aprendizaje más común en ellos es:



Figura 1. Estilos de aprendizaje. Basado en: www.manuales_estilos_de_aprendizaje.com.mx (2015).

Entonces en la gráfica de la figura 2, se muestra que el 43% de entre 20 alumnos de primer año escolar les es común aprender visualmente; esta encuesta se aplicó tomando en cuenta tres estilos de aprendizaje auditivo, visual, kinestésico, los estudiantes eligieron de los tres tipos y evaluaron de 1 al 10 en papel, es entonces que se obtienen los resultados de la tabla y la gráfica siguiente: ¿Cómo les gusta aprender más?

Gráfica de preferencia de estilos de aprendizaje de los alumnos de la escuela primaria Francisco I. Madero.

	Aprendizaje -Auditivo	Aprendizaje-Visual	Aprendizaje-Kinestésico
Ana Yaol Mendoza Zarco	7	10	6
Francisco Quezada Quezada	7	10	5
Xareny Quezada Martínez	9	9	5
Alejandro Cassola Moyorgo	8	9	5
Pablo Hernández Gómez	8	9	5
Josue Mora Gonzalez	8	8	5
Azul Robirosa Mendez	8	8	4
Geel Zarco Martínez	9	9	4
Alfonso Diaz Beutlets	8	9	4
Carlos Buendia Gonzaga	9	9	4
Marlene Diaz Bonifacio	8	9	4
Maribel Nieto Vezques	7	10	5
Diana Mota martinez	7	10	5
Francisca Flores Barajas	8	10	5
Omar Domínguez Pelcastre	7	10	5
Roberto Martínez Galicia	6	10	6
Jovany Morales Buendia	6	10	6
Jesus Alvaro Huerta Moreno	9	10	6
Ana Bustamente Juarez	6	10	5
Alma Ausena Gozales Montiel	9	10	5

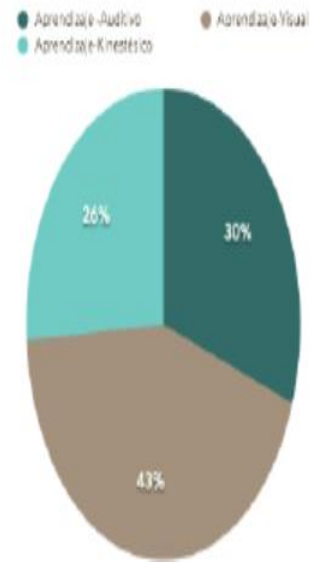


Figura 2. Tabla y gráfica de estilos de aprendizaje. Fuente: Escuela primaria Francisco I. Madero del municipio de Temascalpa (2015).

2. Diseño: se creó un modelo de objeto educativo multimedia didáctico en UML, de tal forma que sea una herramienta de apoyo, para repasar ejercicios vistos en la materia de matemáticas.

Diagrama de DFD contextual del Modelo de Objeto Educativo Multimedia.

Vista global de Entrada-Proceso-Salida.

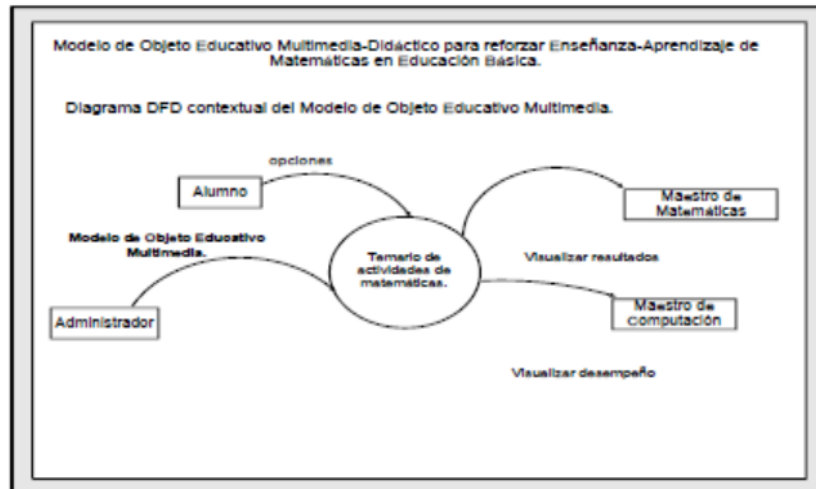


Figura 3. Diagrama DFD contextual del Modelo de Objeto Educativo Multimedia. Fuente: elaboración propia.

Diagrama de Estado del Modelo de Objeto Educativo Multimedia.

➤ Representa a cada paso una operación.

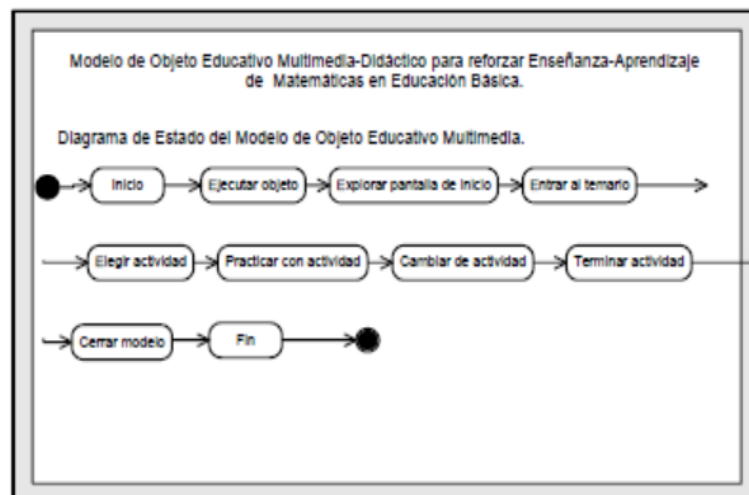


Figura 4. Diagrama de Estado del Modelo de Objeto Educativo Multimedia. Fuente: elaboración propia.

evaluación continua son; escritura de colores, escritura de nombres de números, numeraciones, series numéricas, identificación de números, dictado de números salteados, nombres de formas entre otras.

También se demostró que los estudiantes, son motivados en la clase de computación, por estar frente a una computadora en la cual ellos pueden manipular recursos informáticos, les agrado la idea de tener un objeto educativo multimedia que les sirva como un objeto de estudio didáctico, en el cual puedan aprender de manera individual sin la necesidad de la asesoría asistida por un docente de clase.

Se logró el modelo de un objeto educativo multimedia visual, interactivo, didáctico, demostrativo, con características educativas, basado en reforzar los estudios de los alumnos que inician el primer año de primaria, que les permita estudiar temas que en clase en ocasiones no lograran comprender por completo. Lo que representa un aporte en la educación básica de los estudiantes.

En cuanto a los resultados obtenidos cuando se implementó la simulación de este proyecto se obtuvo la siguiente tabla:

Gráfico de preferencia del objeto educativos en la escuela primaria Francisco I. Madero.

	Les gusto el objeto educativo	No les gusto el objeto educativo
Ana Yael Mendoza Zarco	9	2
Francisco Quezada Quezada	9	0
Xareny Quezada Martínez	10	4
Alejandra Casso a Mayorga	2	9
Pablo Hernandez Gómez	2	4
Josue Mora Gonzalez	8	0
Azul Robirosa Mendez	8	0
Gael Zarco Martinez	9	0
Alfonso Diaz Bautista	9	4
Carlos Buendia Gonzalez	9	0
Marlene Diaz Bonifacio	8	0
Maribel Nieto Vazquez	2	10
Diano Meta martinez	7	0
Francisca Flores Barajas	8	0
Omer Dominguez Pelcastre	9	7
Roberto Martinez Galicia	6	0
Jovany Morales Buendia	6	0
Jesus Alvaro Huerta Moreno	9	0
Ana Bustamante Juarez	6	0
Alma Ausana Gozales Montiel	9	0

● Les gusto el objeto educativo ● No les gusto el objeto educativo

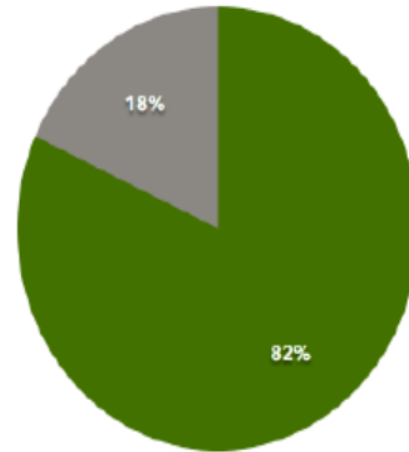


Figura 6. Tabla y gráfica del gusto por el objeto educativo. Fuente: Escuela primaria Francisco I. Madero del municipio de Temascalapa (2015).

Discusión

Esta propuesta fue satisfactoria en el municipio de Temascalapa en la escuela primaria Francisco I. Madero en la cual los estudiantes fueron capaces de manipular este prototipo en el aula de computación, como resultado es que al 18% de 20 alumnos no les gusto esta actividad de trabajo, contra un 82% demostraron gusto por dicha actividad.

Conclusiones

La aportación al refuerzo del aprendizaje de los estudiantes de primaria en materias de rezago escolar, por medio del objeto multimedia les permitió identificar colores, formas, texto, audio, entre otros, a los estudiantes les pareció creativa la idea para aprender sus notas de manera más interactiva con el aprovechamiento de recursos del aula de cómputo.

La creación de nuevos modelos de aprendizaje con el uso de las TIC ha dado resultados satisfactorios a los estudiantes en cuanto al gusto por estar en un aula con computadoras.

Bibliografía

Almenara, J. C. (2007). *Nuevas Tecnologías Aplicadas a la Educación*. España: Alfaomega.

Bartolomé A. Sancho, J. (1994). *La cuestión de la investigación en Tecnología Educativa*. La Tecnología Educativa en España, Servicio de Publicaciones, Universidad de Sevilla.

Bartolomé, A.R. (1994). *Sistemas multimedia*. En J. Ma. Sancho (Coord.). Para una Tecnología Educativa. Barcelona: Horsori.

Bruner, J. (2008). *Desarrollo cognitivo y educacion*. Mexico: Morata.

Carr, w. y. (1988). *Teoría Critica de la Enseñanza*. Barcelona: Martínez, Roca.

Gill, V., & Rosas, X. (2010). *Comunicate con Multimedia*. México: Limusa.

Héller. (1998). *La multimedia*. México: Limusa