



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



LA TRANSDISCIPLINARIEDAD INTEGRADA A LA INVESTIGACIÓN

Dra. Miriam Gómez Ortega

Dra. Vianey Méndez Salazar

Dra. Andrea Guadalupe Sánchez Arias

Dra. Bárbara Dimas Altamirano

Dra. María de los Ángeles Carpio Rodríguez

Mtra. Livia Quiroz Benhumea

ISBN: 978-607-422-882-3



Noviembre 2017

LA TRANSDISCIPLINARIEDAD INTEGRADA A LA INVESTIGACIÓN

Primera Edición, Noviembre 2017

Miriam Gómez Ortega

Vianey Méndez Salazar

Andrea Guadalupe Sánchez Arias

Bárbara Dimas Altamirano

María de los Ángeles Carpio Rodríguez

Livia Quiroz Benhumea

(COMPILADORES)

Universidad Autónoma del Estado de México
Av. Instituto Literario No. 100 Ote.
Toluca, Estado de México
<http://www.uaemex.mx>

ISBN: 978-607-422-882-3



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons 4.0 Reconocimiento Internacional. Puede ser utilizada con fines educativos, informativos o culturales siempre que se cite la fuente. Disponible para su descarga en acceso abierto en: <http://ri.uaemex.mx>

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

CONSEJO EDITORIAL

Miriam Gómez Ortega

Vianey Méndez Salazar

Bárbara Dimas Altamirano

Andrea Guadalupe Sánchez Arias

María de los Ángeles Carpio Rodríguez

COMITÉ CIENTÍFICO

Miriam Gómez Ortega

Vianey Méndez Salazar

Bárbara Dimas Altamirano

Carlos Flores Pérez

María Elena Columba Meza Zamora

María de los Ángeles Carpio Rodríguez

Yadira Mejía Mejía

CUERPOS ACADÉMICOS COLABORADORES INTEGRANTES DE LA RED SALUD Y EDUCACIÓN

Cultura y Educación en Salud (Universidad Autónoma Del Estado De México)

Promoción y Educación para La Salud (Universidad Autónoma Del Estado De México)

Enfermería y Salud (Universidad Veracruzana Campus Xalapa)

Educación, Enfermería y Salud (Universidad Autónoma De Chihuahua)

Salud Comunitaria (Universidad Autónoma De Chihuahua)

Investigación Educativa (Universidad Autónoma Del Estado De México)

Enfermería: Educación, Cuidado y Salud (Universidad Autónoma De Morelos)

Salud y Educación (Universidad Autónoma De Querétaro)

Riesgos a la Salud (Universidad Veracruzana Campus Xalapa)

Noviembre 2017

Directorio

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca
Rector

M. en S.P. María Estela Delgado Maya
Secretaría de Docencia

Dr. en C.I. Carlos Eduardo Barrera Díaz
*Secretario de Investigación y Estudios
Avanzados*

Dr. en C.S. Luis Raúl Ortiz Ramírez
Secretario de Rectoría

Dr. en A. José Edgar Miranda Ortiz
Secretario de Difusión Cultural

M. en C. Jannet Valero Vilchis
Secretaría de Extensión y Vinculación

M. en E. Javier González Martínez
Secretario de Administración

M. en E.U.R. Héctor Campos Alanís
*Secretario de Planeación y Desarrollo
Institucional*

M. en L.A. María del Pilar Ampudia García
Secretaría de Cooperación Internacional

Dra. en C.S. y Pol. Gabriela Fuentes Reyes
Abogada General

Lic. en Com. Gastón Pedraza Muñoz
Director General de Comunicación Universitaria

M. en R.I. Jorge Bernaldez García
Secretario Técnico de la Rectoría

M. en A.P. Guadalupe Santamaría González
*Directora General de Centros Universitarios
y Unidades Académicas Profesionales*

M. en A. Ignacio Gutiérrez Padilla
Contralor

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Dra. en A.D. Andrea Guadalupe Sánchez Arias	Directora
Dra. en C. S. María de Lourdes García Hernández	Subdirectora Académica
C. P. Norma Rodríguez León	Subdirectora Administrativa
Mtra. en S.P. Patricia Becerril Amero	Coordinadora de Investigación
Dra. en Educ. Vianey Méndez Salazar	Coordinadora de Estudios Avanzados
Mtra. en E.A.S.E. María de los Ángeles Monroy Martínez	Coordinadora de Difusión Cultural
Mtra. en C.S. Isabel Álvarez Solorza	Coordinadora de Extensión y Vinculación
Mtra. en A.S.S. Vicenta Gómez Martínez	Coordinadora de Educación a Distancia
Mtra. en E.A.S.E. Yolanda Hernández Ortega	Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería
Dra. en E.P. María Isabel Rojas Ortiz	Coordinadora de la Licenciatura en Gerontología
Dra. en A.D. Bárbara Dimas Altamirano	Coordinadora de Planeación

ÍNDICE

TEMAS Y AUTORES	Pág.
Factores de riesgos cardiovasculares en trabajadores de una empresa metalmeccánica del Estado de México Claudia Concepción Santana González, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Bárbara Dimas Altamirano, Genoveva González González	8
Estrategia educativa en práctica de Geriatria en la Licenciatura de Gerontología de la UAEMex Luz María Alejandra Rosales López, María Isabel Rojas Ortiz, Catalina Soriano Reyes, Lilia Monroy Vargas	15
Deshumanización en el cuidado de enfermería, siglo XXI María de los Ángeles Carpio Rodríguez, Vianey Méndez Salazar, Livia Quiroz Benhumea	28
Micro-pausa para la salud en estudiantes universitarios Karla Laura González Peña, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, María Helena Palucci Marziale	36
Investigación-acción-participativa en el marco de Programas de educación para la salud con atención gerontológica Vera Denisse Suárez Guadarrama, Catalina Soriano Reyes, Lilia Monroy Vargas, Helí Jesset Álvarez Hernández	43
Las prácticas de intervención comunitaria: aproximaciones al perfil de egreso Carlos Reyes Torres, Susana López Espinosa	47
Identificación y frecuencia del polimorfismo CYP3A4*2 en estudiantes de la UAEMex Angélica Araceli De La Cruz Rojas, Julieta Castillo Cadena, Fernando Mejía Sánchez	57
Descanso óptimo: adolescentes del nivel medio superior. Plantel Nezahualcóyotl Stalina Vega Velazco, Gabriela Gómez del Castillo Garay, Miguel Ángel Vega Mondragón	64
Presencia de síntomas físicos de estrés en estudiantes de enfermería del séptimo periodo Jannet Delfina Salgado Guadarrama, María Teresa Rojas Rodríguez, Edith Guadalupe Martínez Morales, María Eugenia Álvarez Orozco	72
Capacitación del personal en el área crítica: Catéter Swan-Ganz María Antonieta Cuevas Peñaloza, Alejandra del Carmen Maciel Vilchis, María de los Ángeles Monroy Martínez, Guadalupe Ortiz Cabrera	81
Hospital seguro, medidas de evacuación para trabajadores de salud ante un riesgo Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Karla Laura González Peña	90

Características del mercado laboral de Licenciados en Enfermería de la UAEMéx	96
Edith Guadalupe Martínez Morales, Dora María Martínez Albarrán, Jannet Delfina Salgado Guadarrama, María Teresa Rojas Rodríguez	
Complicaciones en el embarazo en usuarias atendidas en un primer nivel de atención, Zumpango, Estado de México	105
Areli Mimbrera Maturan, Lilia Esther Santana Castro, Reyna Amador Velázquez, Claudia Rodríguez García	
Prevención de riesgo por virus de ébola en trabajadores del área de la salud	113
Gisela González González, Ariana Rodríguez Peña, Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano	
El ejercicio fomenta la memoria. Ante una deficiencia de hierro, ¿Es perjudicial?	119
Carlos Antonio Ortega Aranda, Patricia Vieyra Reyes, Margarita Marina Hernández González, Clementina Jiménez Garcés	
Estilos de vida, factor de riesgo de morbi mortalidad	123
Bárbara Dimas Altamirano, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias, María Esther Bobadilla Serrano	
Conocimientos, prácticas y actitudes sobre bioseguridad y manejo de RPBI en la Facultad de Odontología de la UAEMéx	136
Rosa Isela Flores Chávez, David Eduardo Velázquez Muñoz, Jessica Arias Espinoza, Yereida Magdalena Ortiz Hernández	
Necesidad de educación continua en el profesional de enfermería en una institución de salud	146
María de los Ángeles Monroy Martínez, María Antonieta Cuevas Peñaloza, Gloria Ángeles Ávila, Alejandra del Carmen Maciel Vilchis	
Riesgo de eventos adversos como consecuencia de la terapia intravenosa en accesos periféricos	154
José Luis Alejo Montaña, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias	
Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en los mexiquenses	162
María Esther Bobadilla Serrano, Bárbara Dimas Altamirano, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias	
Prevención de virus del papiloma humano en niñas de 9 años en un Centro de Salud de Toluca	172
Laura García Otero, Miriam Gómez Ortega, Andrea Guadalupe Sánchez Arias	
Taller de separación de residuos sólidos implementado a alumnos de nivel preparatoria	179
Miryam Monserrat Castillo Dávila	
Creencias de la Diabetes Mellitus Tipo 2	186
Claudia Rodríguez García, Ana Olivia Ruiz Martínez, Nidia Guadalupe Hernández Yáñez, Itandewi Sofía Aguirre Quezada	

Prevalencia de enfermedades en niños de 6-12 años de edad. Caso: comunidad rural	195
Clementina Jiménez Garcés, Marina Margarita Hernández González, Patricia Vieyra Reyes, Carlos Apolonio García Gutiérrez	
Uso del condón para prevenir el VIH en la Ciudad de Chihuahua	205
Ángel Noé Alvarado Pizarro, Yadira Mejía Mejía, Denisse Jáquez Durán, Eglantina Micaela Ángeles García, Juan Manuel Barroso González	
Estado de salud de adolescentes que ingresan el nivel superior en la UAEMéx	216
Andrea Guadalupe Sánchez Arias, Miriam Gómez Ortega, Bárbara Dimas Altamirano, Genoveva González González	
Factores que influyen en el consumo de alcohol en los jóvenes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia	221
Yarelli Jazmín Olvera Villanueva, Bárbara Dimas Altamirano, Miriam Gómez Ortega	

FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN TRABAJADORES DE UNA EMPRESA METALMECÁNICA DEL ESTADO DE MÉXICO

¹Claudia Concepción Santana González

²Miriam Gómez Ortega

³Andrea Guadalupe Sánchez Arias

⁴Bárbara Dimas Altamirano

⁵Genoveva González González

RESUMEN

Se determinan los factores de riesgos cardiovasculares en trabajadores de una empresa metalmeccánica del Estado de México a través de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, donde se incluyó a 132 trabajadores del área operativa. El instrumento de recolección de la información se integró por una ficha de identificación y exámenes de laboratorio. Se obtuvieron los siguientes resultados: 90% de los trabajadores estudiados pertenecen al género masculino y 10% al femenino. La media de edad es de 30 a 50 años; 74% de los trabajadores tienen antecedentes heredofamiliares cardiovasculares; 47% presentan enfermedades crónicas degenerativas, 73% de circunferencias anormales, 48 a 72 horas de trabajo a la semana; índice de masa corporal, 50% con sobrepeso, 30% obesidad y 20% normal; 80% hipercolesterolemia, 68% hipertrigliceridemia, 17% hiperglucemia, hipertensión arterial fue de 5%; 38% consumen tabaco; 60% con sedentarismo. Se concluye que los factores cardiovasculares en los trabajadores presentan alto riesgo con el 20% de acuerdo con la norma mexicana y la organización mundial de la salud, debido a la ausencia de estilo de vida saludable, de los cuales se puede modificar y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras clave: Cardiovascular, trabajadores, factores de riesgo, enfermedades crónicas no transmisibles.

^{1,2,3,4} Profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. México. Cuerpo Académico: Promoción y Educación para la Salud y Red Internacional de Salud Ocupacional y Gestión del Riesgo de Desastre.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría del trabajo y Previsión Social, la salud ocupacional es 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.

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Según la OMS y el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), la enfermedad cardiovascular es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo la primera causa de mortalidad al ocasionar 17 millones de muertes al año; es responsable de 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebro-vasculares, de los cuales entre 40 y 70% son fatales en países desarrollados. Se estima que este problema es mucho mayor en países en vía de desarrollo y se considera que millones de personas padecen los factores de riesgo que no son comúnmente diagnosticados, tales como hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, hiperlipidemias y dieta inadecuada.

Actualmente en México, en la población adulta (20-69 años), hay más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de 6 millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones presentan grados variables de tabaquismo. Todos estos datos representan un alto riesgo para la adquisición de enfermedades cardiovasculares (*Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] SSA, 2006*).

Las enfermedades cardiovasculares afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más de 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países y afectan casi por igual a hombres y mujeres. Por tanto, es indispensable implementar medidas preventivas con el objetivo de enseñar y

apoyar a los trabajadores, proporcionando los conocimientos en las actividades de autocuidado, promoviendo los estilos de vida saludable.

Por lo anterior, es importante tomar en cuenta que la función para la salud es la promoción y prevención de enfermedades ayudando a las personas a alcanzar la salud por sí mismos.

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.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajador, una alimentación saludable 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.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgos cardiovasculares en trabajadores de una empresa metalmecánica del Estado de México.

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 metalmecánica del Estado de México. Se incluyó a todos los trabajadores del área operativa del cual son 132, por lo que no se aplicó ninguna estrategia de muestreo.

Para realizar esta investigación se le informó, en primera instancia, al representante del departamento de salud ocupacional de la empresa y posteriormente a los trabajadores, quienes 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.

El instrumento de recolección de la información se integró por una historia clínica laboral: género, edad, hipertensión arterial, actividad física, tabaquismo y exámenes de laboratorio; se obtuvo una muestra sanguínea para detectar glucosa, colesterol, triglicéridos, Posteriormente, se 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, así como la medición de presión arterial. Para el análisis correspondiente de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS versión 22 para Windows.

RESULTADOS: 90% de los trabajadores estudiados pertenecen al género masculino y 10% al femenino. El 74% de los trabajadores tienen antecedentes heredofamiliares de enfermedades. El 47% presentan enfermedades crónicas degenerativas; 73%, circunferencias anormales y 27%, normal.

De acuerdo con el Índice de Masa Corporal, 50% tienen sobrepeso, 30% presentan obesidad y 20% su IMC es normal. Hay presencia de hipercolesterolemia en el 80% y el 20% con parámetros normales; 68% de los trabajadores presentaron hipertrigliceridemia, mientras que 32% mostraron resultados normales. El 17% presentó cifras de hiperglucemia, y del 80% fue normal.

Los resultados acerca de la hipertensión arterial señalaron que el 5% la padece y del 95% es normal; el 38% consumen tabaco; 40% realizan actividad física y 60% del personal es sedentario-

CONCLUSIONES: Actualmente, las enfermedades cardiovasculares son un grave problema de salud pública a nivel nacional, por considerar factores de riesgo para diversas enfermedades y mortalidad. De acuerdo con la norma NOM-037-SSA2-2012, los trabajadores presentan alto riesgo cardiovascular.

La mayor parte de los trabajadores llevan una dieta inadecuada, son sedentarios, por tal motivo hay presencia de riesgo cardiovascular. El género masculino es el que predomina en los trabajadores. La edad es un factor que contribuye a presentar riesgo cardiovascular, la media de edad es de 30 a 50 años. Todos los trabajadores han presentado hiperglucemia; algunos participantes ya tenían el diagnóstico de diabetes y están en tratamiento, pero la minoría no sabe que están propensos a desarrollar esta enfermedad. Asimismo, se identificó hipercolesterolemia y hipertrigliceridemia; los trabajadores nos indican que debido a su puesto de trabajo no se alimentan adecuadamente.

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

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Salud en el trabajador*, enero de 2015. [Fecha de acceso: 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre>
2. Secretaría del Trabajo y Previsión Social del 2014. [Fecha de acceso: 1 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Santander-2011.pdf>
3. Norma Oficial Mexicana. NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. [Fecha de acceso: 1 de febrero de 2016]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012.
4. 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 de febrero de 2016]; 51(3), 292. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. [Acceso: 1 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>.
6. Dommarco J.A., Hernández-Ávila M, Aguilar-Salinas C.A., Vadillo-Ortega, F., Murayama-Rendón, C. *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México D.F. 2012.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor, abril de 2012. [Acceso: 22 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id

8. Organización Internacional del Trabajador. Un enfoque integral para mejorar la alimentación y nutrición en el trabajador: estudio en empresas chilenas recomendaciones adaptadas [Internet]. 2012. [Acceso: 4 de abril de 2016]. Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/-ro-lima/-srosantiago/documents/publication/wcms_201138.pdf
9. Secretaría de Salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. México, D.F. SSA, 1990.
10. Álvarez-Ávila, M. B., del Rosario Tolentino-Ferrel, M., Padilla-Raygoza, N. y del Carmen Delgado-Sandoval, 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* (2015). 1(1), 455-458. [Acceso: 4 de abril 2016]; Disponible en <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/686>
11. Alvear Viteri, C. A. 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). [Consultado: 4 de abril de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8033>
12. Palacios Ruesta, Roberto C. Determinación de los factores de riesgo cardiovascular en trabajadores a turnos en plataformas marítimas de una petrolera del norte del Perú. *Acta méd. peruana*, Lima, v. 28, n. 2, abr. 2011. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200002&lng=es&nrm=iso. Consultado el 14 de septiembre de 2016.

ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PRÁCTICA DE GERIATRÍA EN LA LICENCIATURA DE GERONTOLOGÍA DE LA UAEM

¹Luz María Alejandra Rosales López

²María Isabel Rojas Ortiz

³Catalina Soriano Reyes

⁴Lilia Monroy Vargas

RESUMEN

Generar estrategias educativas innovadoras en la formación de los licenciados en Gerontología, permite otorgar conocimientos sobre el fenómeno del envejecimiento y su repercusión sobre la persona, es decir, cómo afecta la funcionalidad y calidad de vida en el adulto mayor, el cuidador primario y la familia, para intervenir de manera preferente, con base en la promoción y prevención de complicaciones; asimismo, favorecer el proceso de envejecimiento activo y saludable.

En México, se espera que para el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos tenga 60 años o más, lo que significa que el número de personas de ese grupo etario se duplicará en sólo 19 años. La población de más de 65 años incrementará a casi 17 millones para el 2030 (uno de cada 8 habitantes). Asimismo, más de las tres cuartas partes del crecimiento en la población de adultos entre 2000 y 2050 (28 millones aproximadamente) que será evidente a partir del año 2020. Actualmente, hay al menos un adulto mayor en aproximadamente 4.0 millones de hogares del país. En este sentido, será necesario que el profesional de Gerontología esté preparado para intervenir con base en la Evaluación Gerontológica Integral, que incluye las escalas de Valoración Geriátrica Integral (VGI), también llamadas Valoración Gerontológica Multidimensional, las cuales son instrumentos que permiten al profesional de Gerontología realizar un tamizaje básico, no diagnóstico, para favorecer el envejecimiento saludable.

Palabras claves: Pedagogía, Gerontología, Geriatria, Estrategia Educativa

^{1,2,3,4} Profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), los trabajadores sanitarios son todas las personas que realizan acciones con el propósito básico de mejorar la salud.

El diseño de una estrategia educativa para la práctica de Geriatría presupone tres componentes inseparables:

- **Pedagogía:** su nombre deriva de los términos griegos páidon/niño y ágo/ yo conduzco y se define como la ciencia que se ocupa de la educación y la enseñanza, es decir, de aquello que se enseña y educa por medio de una doctrina o ejemplos. La relación de esta ciencia con el diseño de una estrategia educativa parece simple, ya que las estrategias educativas son herramientas organizadas con el propósito de vincular los conocimientos a la práctica real de un profesional; no obstante, hasta el momento, en el área de la Gerontología hospitalaria en el Estado de México, no existen escenarios previos explorados por docentes y alumnos.
- **Gerontología:** término introducido en 1904 por el Dr. Mechnikov (1846-1916), con base en sus estudios sobre la teoría del envejecimiento. Esta palabra proviene de los vocablos griegos *gerontos*/anciano y *logos*/tratado y, de acuerdo con la Real Academia Española (RAE, 2016), es la ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan. Asimismo, se refiere al conjunto de conocimientos y al estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad; abarca aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas y artísticas sobre el envejecimiento. Coincide directamente con la propuesta de esta estrategia debido a que abarca tanto al sujeto (el anciano) como al objeto de estudio (el proceso de envejecimiento) de esta carrera.
- **Geriatría:** su nombre proviene de los vocablos griegos *geron*/vejez, y *tría*/curación; es la rama de la Medicina Interna que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. El término es mencionado por

primera vez por el Dr. Ignatz Leo Nasher (1863-1944) en 1909, en su obra *“The diseases of old age and their treatment”*.

La Geriátría es considerada parte de la Gerontología. En este sentido, Miguel-Jaimes y Ortiz de la Huerta propone que el geriatra, como especialista en medicina, debe tener no sólo conocimientos biomédicos, sino bases sólidas sobre Gerontología.

Con base en lo anterior; el profesional de Gerontología debe tener conocimientos sobre el fenómeno del envejecimiento y su repercusión sobre la persona, es decir, sobre cómo afecta la funcionalidad y calidad de vida en el anciano, el cuidador primario y la familia, para intervenir, de manera preferente, con base en la promoción y prevención de complicaciones.

La transición demográfica se manifiesta en el crecimiento de la población mayor de 60 años, donde la condición, sólo por la edad, constituye un mayor riesgo de presentar síndromes geriátricos y pérdida de la funcionalidad.

Para comprender de manera sencilla en qué consiste la transición epidemiológica, se debe considerar lo siguiente:

De acuerdo con el Banco Mundial se proyecta que para el año 2025 el número total de la población ascenderá a 8,500 millones de habitantes; por su parte, la OMS señaló, en 2012, que el número de personas mayores de 60 años en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, por lo que se estima que alcance los 2,000 millones en el 2050.

Por otra parte, como menciona el Dr. Jesús Pérez del Molino Martín, los instrumentos y/o escalas permiten registrar los recursos y posibilidades de la persona, valorar la necesidad de servicios y son la base para elaborar un plan de intervenciones. Pérez del Molino (2008) señala que deben estar dirigidas al adulto

mayor, cuidadores, familia y comunidad, siendo fundamental en la formación del profesional en Enfermería.

OBJETIVO: Aplicar estrategias educativas innovadoras en la formación del licenciado en Gerontología en la Práctica de Geriátrica sustentado en el modelo de atención primaria de la salud, en el marco demográfico y epidemiológico.

Detectar en forma oportuna algunos síndromes geriátricos y promover la prevención.

METODOLOGÍA: Actualmente se han logrado implementar estrategias con un modelo base para sistematizar las intervenciones gerontológicas, dirigidas al adulto mayor, familia y cuidador primario, también ha sido posible sustentarlas con base en evidencias científicas y escalas de valoración apropiadas para cada área: física, psicológica, social y espiritual.

Estas estrategias se implementan en la etapa aguda de las enfermedades, durante su cronicidad y en la fase terminal de la vida, que en el adulto mayor puede progresar durante décadas.

De acuerdo con la OMS (2015) las políticas de salud que contemplan al proceso de envejecimiento, comprenden el envejecimiento saludable, el envejecimiento exitoso y el envejecimiento activo, con el propósito de mantener o mejorar la salud funcional física, psicológica, social y espiritual del anciano.

Por otra parte, las estrategias y programas que derivan de dichas políticas permiten enfocarse en la formación de recursos humanos para la atención de la salud de la población adulta mayor en el contexto hospitalario.

Con base en esta estrategia educativa compuesta de tres fases (introdutoria, de valoración y de implementación), se pretende que el alumno logre desempeñarse en el ámbito hospitalario, otorgar intervenciones con sustento científico al anciano,

familia y cuidador primario, con un enfoque de atención integral durante la estancia del anciano por agudización o cronicidad de las enfermedades que padece.

Las precauciones en la atención de la salud de la OMS, se relacionan con la higiene de manos, el equipo de protección personal, el manejo de ropa y limpieza del entorno tanto en casa como en las unidades médicas; tienen el objetivo de reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos, y deben ser aplicadas por todo el personal (profesional de gerontología) que participa en la atención de los pacientes.

Introducción al área hospitalaria

La Organización Mundial de la Salud (2015) establece las siguientes medidas de precauciones estándares:

- Higiene de manos.
- Guantes.
- Protección facial.
- Bata.
- Prevención de lesiones por objetos punzocortantes.
- Higiene respiratoria.
- Limpieza ambiental.
- Manejo adecuado de ropa.
- Eliminación de desechos.
- Manejo adecuado del equipo utilizado en la atención del paciente.

De esta manera, el docente se centra en supervisar y asesorar al alumno para el buen desarrollo de su práctica.

Por otra parte, la intervención del profesional de Gerontología requiere de un entorno limpio y agradable tanto para el paciente como para él; en este sentido, el dilema ético en la práctica es: ¿afecta la participación del gerontólogo en la higiene personal del paciente?

Se considera que con base en el “hacer el bien” y el carácter humanista de la carrera no afecta la práctica de ningún otro profesional, se logra un ambiente de confort para el paciente y el profesional de gerontología previo a desarrollar las competencias profesionales.

Instrumentos de valoración.

Estos instrumentos permiten la intervención no farmacológica que brinda el gerontólogo con base en un enfoque preventivo, el cual permite tomar decisiones autónomas y, a su vez, canalizar al paciente con otro integrante del equipo multidisciplinar para que, de manera coordinada, logren el objetivo de atención que permita mantener o mejorar la salud funcional del adulto mayor, el cuidador primario y la familia.

Asimismo, estos instrumentos permiten conocer la prevalencia de síndromes geriátricos al obtener información directa del adulto mayor o de manera indirecta a través del cuidador.

Con el fin de evaluar avances, estas escalas se monitorizan con la frecuencia que el estado de salud del adulto mayor permita.

A continuación se presentan los instrumentos para la valoración geriátrica integral (Guillen, 2008).

Instrumentos de valoración de uso más frecuente en Geriatría						
Instrumento	Función que explora	¿Quién la administra?	¿Quién responde?	Rango de puntos (peor/mejor)	Tiempo requerido (min)	Basado en
Índice de Katz	ABVD	E	P, CP, EnP	1-6ª frente a G-A	2-4	J
Índice de Barthel ^b	ABVD	E	P, CP, EnP	0-100(0-20)	3-6	O/J
Escala de Lawton	AIVD	E, Auto	P, CP, EnP	0-8	3-5	J
Mini-Mental (MMSE, Folstein)	Cognición	E	P	0-30	5-15	O
Pfeiffer ^c	Cognición	E	P	10-0	2	O
Escala de depresión geriátrica (GDS)	Ánimo	E, Auto	P	30-0, 15-0, 5-0 ^d	5-15d	J
Test de Hamilton	Ánimo	E	P	0-52	20-30	J
Categorías funcionales de deambulación de Holden	Marcha	E	P, CP, EnP	0-5	1	O/J
Evaluación del equilibrio y la marcha (Tinetti)	Marcha	E	P	0-28	5-15	O
Listado seguridad en domicilio (NSC USA)	Seguridad ambiental	Auto	P, CP	0-65	10-20	O/J
Índice de Zaritt	Sobrecarga del cuidador en casos de demencia	Auto	CP	110-22	5-15	J

“Basado en” significa en qué basa la recogida de la información: J = Juicio del entrevistado, O = observación o exploración por parte del entrevistador.
 ABVD = actividades básicas de la vida diaria; AIVD = actividades instrumentales de la vida diaria; Auto = autoadministrado; CP = cuidador principal; E = entrevistador; EnP = auxiliar de enfermería, enfermera o terapeuta ocupacional del paciente; NSC USA = National Safety Council de Estados Unidos de América; P = paciente.

^aEscala modificada.
^bSe recomienda la versión modificada por Shah, ya que mejora la sensibilidad al cambio y permite evaluar mejor la cantidad de ayuda necesaria (v. Anexo 18-2).
^cMenos sensible que la MMSE. ^dExisten versiones de 15 y 5 preguntas, más rápidas y fáciles de cumplimentar, y mantienen la validez de la versión original de 30 preguntas.

Para fines de esta estrategia, se consideró como guía la tabla anterior y se incorporaron algunas escalas e instrumentos necesarios para la atención a nivel

hospitalario, tales como MNA (Mini Nutritional Assessment), CAM (Confusion Assessment Method), Índice de comorbilidad de Charlson, Escala de Karnofsky, entre otros, que el profesional de Gerontología debe considerar para tamizaje y, a su vez, le proporcionan elementos para la interpretación e intervención.

Instrumentos de valoración propuestos para el ámbito hospitalario que debe realizar el alumno de la Licenciatura en Gerontología de la UAEM durante la práctica de Geriatria		
MNA (Mini Nutritional Assessment)	Estado Nutricional	Evaluación del estado nutricional De 24 a 30 puntos estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos malnutrición
Índice de Katz	ABVD	1-6ª frente a G-A
Índice de Barthel ^b	ABVD	0-100(0-20)
Escala de Lawton y Brody	AIVD	0-8
Escala de Norton	Úlceras por Presión	
Escala de Braden	Úlceras por Presión	
Mini-Mental (MMSE, Folstein)	Cognición	0-30
Pfeiffer ^c	Cognición	10-0 0-2 errores: normal 3-7 errores: deterioro mental leve-moderado 8-10 errores: deterioro mental severo Con baja escolaridad se permite un error más. Con estudios superiores se contabiliza con un error menos
CAM (Confusion Assessment Method) Escala diagnóstica de Delirio	Confusión aguda Mental	4 criterios Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delirium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4
Escala de Glasgow	Estado Neurológico	3-15
Escala de depresión geriátrica (GDS)	Ánimo	30-0, 15-0, 5-0 ^d
Test de Hamilton	Ánimo	0-52

Escala Moral de Philadelphia	Evalúa el concepto multidimensional de bienestar psicológico	Valora la satisfacción con uno mismo, y reconocerse con un lugar en la vida
Escala de Índice de Satisfacción en la Vida (LSI-A)	Mide el bienestar psicológico en los adultos mayores	1-25
Categorías funcionales de deambulación de Holden	Marcha	0-5
Marcha: «Get up and go».	Marcha	
Evaluación del equilibrio y la marcha (Tinetti)	Marcha	0-28
Listado seguridad en domicilio (NSC USA)	Seguridad ambiental	0-65
Índice de Zarit	Sobrecarga del cuidador en casos de demencia	22-110
Ansiedad ante la Muerte de Templer	Mide desde ansiedad mínima hasta ansiedad máxima	15-60
Índice de comorbilidad de Charlson.	Mide desde ausencia hasta alta comorbilidad	Índice de 0- >3
Escala de Karnofsky	Predictor de mortalidad.	0 a 100
Escala Visual Análoga (EVA) ¹²	Evalúa el dolor (Línea horizontal de 10 centímetros)	De 0 a 3: leve De 4 a 7: moderado De 9 a 10: severo
Escala de OARS	Evalúa los recursos sociales	Desde: excelentes recursos sociales hasta recursos sociales deteriorados
Apgar Family	Funcionalidad familiar	Función familiar: Normofuncional: 7 - 10 puntos Disfuncional leve: 0 - 2 Disfuncional grave: 3 - 6

Fuente: Guillén-Llera, Pérez del Molino-Martín, Petidier-Torregrossa y Martín-Romo; 2008. Modificado.

Durante la segunda fase, llamada Valoración, se aplican e interpretan las escalas e instrumentos de valoración apropiados para cada caso y en seguida se registran en el Formato Modelo de Valoración Geriátrica exhaustiva con todos sus componentes modificados, incluyendo los registros de todos los componentes de la VGI.

Cabe señalar que se utiliza este formato debido a que, de acuerdo con J. Pérez del Molino, con este modelo se abarcan aspectos comunes a toda valoración independientemente del ámbito asistencial y los objetivos que se establezcan, y a que los elementos que la componen han sido contrastados por equipos de valoración y rehabilitación geriátrica.

Por último, en la tercera fase denominada Implementación se llevan a cabo las intervenciones del profesional de Gerontología en el ámbito hospitalario, con base en un plan de intervención en el ámbito hospitalario y otro plan de alta para la continuidad de la atención en el hogar.

El nivel de intervención que se otorga con base en los índices y escalas tiene confiabilidad y validez para la población de adultos mayores. Dichos instrumentos en conjunto abarcan la valoración física, psicológica, social y espiritual.

RESULTADOS

Las intervenciones del profesional de Gerontología se centran en dos componentes prioritarios: la educación y promoción para la salud, por medio de los cuales se otorgan intervenciones gerontológicas dirigidas a:

- Mantener la autonomía.
- Mejorar el autocuidado.
- Participar con el equipo multidisciplinario en la atención a enfermedades crónico-degenerativas como: hipertensión, diabetes, cardiopatías, dislipidemias, enfermedad renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), evento vascular cerebral (EVC), neoplasias, entre otras.
- Detectar síndromes geriátricos.
- Prevenir y evitar la presencia de síndromes geriátricos.
- Evitar complicaciones de síndromes geriátricos presentes.
- Elaborar plan de alta para intervenciones en domicilio.

En esta estrategia existen escalas como CAM, Glasgow, EVA y Karnofsky, que están relacionadas con la valoración durante la fase final y terminal de la vida; permiten, en etapas agudizadas como crónicas, intervenir cuando la población adulta mayor presenta delirium, dolor y daño neurológico, así como pronosticar la inminencia de la muerte.

La comorbilidad no sólo se asocia con discapacidad, sino también con fragilidad en el anciano, el profesional de Gerontología, durante la estancia hospitalaria, también debe efectuar intervenciones basadas en protocolos básicos y Guías de Práctica Clínica (GPC) de rehabilitación geriátrica con el propósito de evitar complicaciones.

CONCLUSIONES

Ante complicaciones severas, incluso en la fase terminal y agonía de los adultos mayores, se deberán implementar intervenciones tanatológicas y cuidados paliativos que dignifiquen la muerte del paciente y que permitan al cuidador y la familia vivir con la pérdida de manera sana.

En la práctica, los estudiantes de Gerontología deben identificar los niveles de prevención con los de intervención en los síndromes geriátricos.

Deben realizar intervenciones autónomas en colaboración con el equipo multidisciplinario y el cuidador primario.

Las estrategias pretenden fortalecer la práctica de Geriátrica en favor del adulto mayor y minimizar el deterioro funcional intrahospitalario del paciente en colaboración con el equipo multidisciplinario.

La valoración e interpretación por medio de escalas confiables permitirá las intervenciones gerontológicas, fomentando estilos saludables y autocuidado en la población de adultos mayores.

Esta estrategia educativa se sustenta en la medicina preventiva, paliativa e interna con el Centro de Atención en los aspectos geronto-geriátricos en coordinación con

el Hospital General Regional No. 251 del IMSS y el Hospital General Regional 220 del IMSS y el Instituto de Seguridad Social del Estado México y Municipios (ISSEMYM), que permite lograr el trabajo en equipo con intervenciones gerontológicas intrahospitalarias, con médico geriatras y personal de enfermería.

REFERENCIAS

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Panorama general. Por qué es importante el personal sanitario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Accesado: 2017, Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/overview/es/> Accesado:2016-2017.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE) [Internet]. Madrid; 2016. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=SHmDVXL>
3. Banco mundial.org. Datos y cifras. The world bank group; 2014. Accesado: 2017, Disponible en: <http://www.bancomundial.org/>
4. inegi.org.mx, Población, hogares y vivienda [Internet]. México: INEGI; 2014. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temas/Default.aspx?s=est&c=17484>.
5. Pérez del Molino-Martín J, Sanz-Aranguez-Ávila MJ, Moya-López MJ. Valoración Geriátrica: conceptos generales. En: Guillén-Llerá F, Pérez del Molino-Martín J, Petidier-Torregrossa R. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, 2.^a ed. España: Elsevier Doyma, S.L., 2008. pp. 207-221.
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecer bien, una prioridad [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo. Mueve el corazón por tu salud [Internet]; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr72/es/>

8. Organización Mundial de la Salud. Promoción de un envejecimiento activo y saludable. 58ª asamblea mundial [internet]; 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/23088>
9. Organización Mundial de la Salud. Campaña de la OMS por un envejecimiento activo 2001 [Internet]; 2001. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
10. Organización Mundial de la Salud. Precauciones estándares en la atención de la salud. Alerta y Respuesta ante epidemias Pandemias. 2007 [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/standardprecautions/es/>
11. Guillén-Llera F, Pérez del Molino-Martín J, Petidier-Torregrossa R, Martín-Romo MA. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. 2ª ed. España: Elsevier Doyma, S.L; 2008.
12. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Publicado por el Centro Colaborador de la OMS para legislación y comunicación sobre el cuidado del cáncer. 2006; 19(1):1-8.
13. Puiggròs C, Lecha M, Rodríguez T, Pérez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Editorial Nutrición Hospitalaria*. 2009; 24(2):156-160.
14. Rodríguez Mañas L, Castro Rodríguez M. Envejecimiento y Fragilidad. En: Guillén-Llerá F, Pérez del Molino-Martín J, Petidier-Torregrossa R. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, 2ª ed. España: Elsevier Doyma, S.L., 2008. pp. 21-30.

DESHUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SIGLO XXI

¹María de los Ángeles Carpio Rodríguez,

²Vianey Méndez Salazar,

³Livia Quiroz Benhumea.

RESUMEN: La deshumanización de la atención de enfermería se puede investigar a partir de los discursos del paciente, de los familiares y del personal de salud. Se presenta de distintas formas; al ser indiferente con el paciente, al no explicarle la realización de un procedimiento. Existen factores que pueden impulsar la deshumanización como; el avance científico y tecnológico, las nuevas normas e indicadores de calidad en salud, las certificaciones de hospitales y las funciones múltiples. La deshumanización está presente en pacientes con enfermedades en las que se desconoce su etiología. Así como enfermedades infectocontagiosas.

En la disciplina de Enfermería se cree que se está perdiendo el humanismo, ¿Acaso no estará perdido ya? Esta pregunta llevó a investigar que está pasando con el personal de Enfermería dentro del campo laboral, en relación a la -indiferencia hacia el cuidado del paciente. El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación (Poblete & Valenzuela, 2007).

Entonces, si el cuidar es la esencia de la disciplina, es una tarea diaria en la que se desenvuelve el profesional, que por vocación y convicción está habilitado en esta área. De este modo, la deshumanización es un peligro real existente en la actualidad dentro del hacer de este profesional, existen factores que pueden influir en el desempeño de su rol laboral, tales como; el avance científico y tecnológico, las nuevas normas e indicadores de calidad en salud, las certificaciones de hospitales y las funciones múltiples por mencionar algunos. (Arredondo-González & Siles-González, 2009)

Palabras clave: Enfermería, Cuidado, Deshumanización.

1,2, 3, Profesoras de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMEX.

INTRODUCCIÓN

De esta forma, el profesional va perdiendo la esencia del ser, ya que la enfermera no se encuentra enfocada al cuidado del enfermo como lo mencionan algunas teóricas. También le corresponde la gestión y entrega de material al personal en turno. Con lo anterior, pareciera que a la enfermera le preocupa más el recibir bombas de infusión, ropa de cama, termómetros, medicamentos, borboteadores glucómetros, y material de consumo dentro de una área hospitalaria, por las repercusiones administrativas que esto supone, dejando de lado la atención de calidez y calidad que debe otorgar al enfermo.

La deshumanización está presente en pacientes con enfermedades en las que se desconoce su etiología. Entonces inician investigaciones de los nuevos casos con esa enfermedad, y es en ese momento que el proceso que se sigue en una investigación, puede desencadenar la deshumanización hacia la persona, ejercida por el personal de salud, porque no se sabe actuar frente a esa nueva situación y puede verse como el momento en el que se despersonaliza más al enfermo; dando discursos orales de una estigmatización: ¡es él de la meningitis!, ¡él del (SIDA) síndrome de inmunodeficiencia adquirida!, ¡el de la (TB) tuberculosis!, influyendo esto en el razonamiento de que sabemos que son enfermedades contagiosas, dando pauta para estar menos tiempo con este tipo de pacientes y verlos lo menos posible, lo necesario. Al paciente se le aísla, para una mejor atención y es olvidado por el personal, a menos que sea solicitado. La deshumanización se ve más marcada con ese tipo de pacientes hospitalizados. (Caseres, 2004)

Siguiendo el sustento de los pilares de la educación como base para la humanización, el personal de enfermería está capacitado para: “aprender a hacer” dando cuidado desde el marco de las diferentes experiencias sociales o de trabajo para la actuación espontánea gracias al desarrollo de la enseñanza hacia el

cuidado; “aprender a conocer” donde el profesional debe de empatizar con el individuo, a fin de conocerlo un poco desde su entorno y así poderle dar la atención oportuna cuando se requiera; “aprender a vivir juntos” es pensar que en ese momento el enfermo no está en esa condición por gusto, sino por una necesidad específica y por lo tanto tiene que ser bien tratado, no solo por el profesional de Enfermería sino por el equipo multidisciplinario; y finalmente, aprender a ser pilar con el que debe ejercer como un todo, a favor siempre del ejercicio de la dignidad humana. (Edgar, 1999)

La deshumanización que se está presentando en el área hospitalaria, responde en muchos de los casos a la exclusiva forma de exteriorizar el cumplimiento de los indicadores de calidad que pide la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se remarca que esa calidad de atención debería de estar más enfocada al individuo, pero al parecer, esto alejó más a las (los) enfermeras (os) quienes antes actuaban desde sus conocimientos científicos y empíricos, dentro de su experiencia misma para el cuidado individualizado del paciente, hasta cambiarlas por un hacer automático, y no metódico .

En muchos de los casos, este proceso de deshumanización del que escribimos, se da desde el primer instante en el que la persona deja de ser sujeto para convertirse en objeto. Él recibe indicaciones como ¡quítese toda la ropa!, sin ninguna explicación del por qué debe de mantenerse desnudo, solamente con una bata que le queda grande o le queda chica, o bien le inician un tratamiento médico que empieza con la firma de una carta del consentimiento informado, siendo sometido a un sinnúmero de tratamientos, y donde es el último en enterarse para que le han hecho tantas cosas. No hay alguien que le explique qué está pasando con su vida o con su enfermedad, o lo más importante, que le ayude a comprender los cambios ocurridos en su cuerpo en ese momento.

En los últimos tiempos, ha subido de intensidad el clamor de la deshumanización, por lo que cada vez es más intensa en la medicina, unas ocasiones condicionada por el avance científico-tecnológico y otras por la creciente especialización, premisas que han convertido al hombre en cosa y lo han fragmentado. El hombre sano y enfermo ha dejado de ser considerado como lo que son, seres únicos e irrepetibles. El profesional de enfermería actúa como autómeta, solamente recibiendo ordenes en donde se le pide sonreír aunque no considere el tiempo y el momento adecuado para realizarlo, pero como ahora lo tiene que hacer por indicación, ya no con esa naturalidad que la caracterizaba como personal humano dentro de un ámbito hostil para el enfermo siendo juzgado en muchas ocasiones como una persona que demuestra enojo. Los comentarios que se escuchan por los pasillos, son: la tecnología predomina sobre la persona, no existe una comunicación efectiva con el paciente y familiar, por la cuestión que ahora es más común mirar al personal de enfermería con audífonos como si esto fuera parte de del equipo de trabajo, o en el caso de los pacientes que se les ministran medicamentos por medio de una bomba de infusión, cuando escucha la alarma a ver que le está ocurriendo al aparato no así al paciente, llegan y apagan una alarma ajenas a lo que está pasando con la persona, y en ocasiones ya ha muerto desde horas antes, pero no se percata porque revisa el aparato, no a la persona. Es un peligro real estar deshumanizado, por lo que es urgente hacer eco de quienes reclaman que el equipo de salud y en especial el profesional de enfermería, tienen la obligación de velar por ellos y sacarlos de su enfermedad y no esperar a que los pacientes clamen ser escuchados por primera vez. Los pacientes piden respeto, piden ser tratados con Dignidad en varias ocasiones ignorada por el equipo multidisciplinario, pero es importante hacer un alto y retomar el actuar y darnos cuenta que es uno de los actores principales en el ámbito de la salud.

El personal de enfermería es la parte educadora de la comunidad y guía hacia una vida plena, saludable sujeta a su realización o a las inviolables leyes, siempre respetando los valores de cada individuo, elevando una calidad de vida sin tocar la

dignidad. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetados en todo momento durante la atención de enfermería, al igual que su cultura y sus valores (Lescaille Taquechel, 2017).

El humanismo ha quedado olvidado a pesar que se lleva a cabo desde el inicio de la Enfermería con Watson y su teoría humanista y que hoy en día es un tema que se debe de poner nuevamente a la vanguardia. La deshumanización se ve marcada continuamente con los nuevos cargos que le asignan al personal de Enfermería, pero también viene aunado a otra característica importante; en los últimos tiempos, este profesional cuenta con dos trabajos o a veces hasta tres reportando esto un cansancio acumulado o en su defecto, sale corriendo del primero para presentarse en el segundo, sin importar el cuidado realizado por el turno, el efecto del fenómeno de dos o tres trabajos se da , en varios hospitales.

Los cuidados de enfermería se centran en la persona de acuerdo a las teóricas de la enfermería, quienes implementan algunos modelos para la participación de la (el) enfermera (o), desde diferentes enfoques, tomando en cuenta que ella está al cuidado desde antes de la concepción del individuo hasta su muerte. El desarrollo de la relación de ayuda-confianza es crucial para el cuidado transpersonal, entran en juego los valores humanísticos y altruistas, facilitando la participación de la enfermera desde diferentes escenarios. (Zarate, 2004)

La deshumanización en Enfermería es un fenómeno que está ocurriendo en este momento por la falta de valores en las personas; tanto en los operativos como en los dirigentes de las instituciones, quienes deben de dar una mirada hacia el cuidado del enfermo, no solamente para que fijen su atención en los insumos, sino para que no olviden que el cuidado al paciente es la esencia central para la rehabilitación de la persona y que este se vuelva a integrar a su vida cotidiana. “La deshumanización está fundada siempre en el más débil en este caso es el enfermo el más vulnerable para ese fenómeno del que se ha estado abordando desde el inicio de este tema,

históricamente cuando aparecen los cuidados humanistas desde la historia”. (José, 1999)

DESARROLLO

Relato de un familiar de paciente hospitalizado

“Hoy me siento muy frustrado por la actuación de la enfermera, me siento triste porque las enfermeras de hoy en día no saben lo que es una emergencia. Lo más triste es que mi familiar se encuentra hospitalizada en este momento y he hablado a la enfermera más de tres veces desde hace una hora para el cambio de suero que se ha terminado y solamente me contesta que ahorita j. Eso me paso con el turno nocturno y con el turno vespertino el cambio de pañal, nunca acudieron a cambiar a mi familiar que porque nunca llego el camillero.”

Escribo esta carta porque de verdad me encuentro desconsolado la enfermera de la mañana no quiso bañarla, porque menciona que el día anterior la habían bañado, mentira nunca la bañaron hasta el sábado que pedí de favor que se le realizara un baño aunque yo les pagara porque mi familiar pedía a gritos que se le realizara, sin embargo la enfermera me contesto que la bañaría sin cobrarme. Si la baño pero hasta muy tarde yo le tuve que recordar varias veces ya le había explicado que las enfermeras de la mañana no la habían bañado ni un día de la semana me contesto que ese no era su problema y que me tenía que esperar hasta que le tocara y de los médicos ni se diga nunca acuden cuando se les llama y se echan la bolita uno y otro

No hay humanismo, pero eso si dicen medicina y enfermería carreras humanistas jaja! no se en donde, porque en este hospital no, nadie nos hace caso ni siquiera las autoridades de más arriba que está pasando con esa deshumanización.

Existente en el área de hospitalización, desde las urgencias, cuando llegamos casi se tuvo que desmayar mi familiar para que se le pudiera brindar la atención, cuando refiere dolor yo ya no sé qué hacer porque las enfermeras mencionan no se le puede pasar nada porque lo acaban de pasar sin cerciorarse siquiera si de verdad se pasó el analgésico o no o ver si tiene otro y colocárselo a pero eso si el paciente se pone grave después de tres o cuatro horas que se les aviso, entonces si acuden todos pero a veces ya es demasiado tarde.

Afortunadamente hoy me voy y me llevo a mi familiar con vida, doy gracias a dios que me la llevo viva exhorto a todo el personal que modifique un poco que recuerden que para eso se les paga y que deben de cuidar su trabajo espero esta carta sea leída mínimo por todo el personal que labora en esta institución”

REFERENCIAS

Adriana, C.O., 2015. El personal de salud y su trabajo con personas que vive con sida. *Revista APPIA*, (15), pp.12-28.

Arredondo-González, C.P. & Siles-González, J., 2009. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de enfermería*, 18(1), pp.32-36.

Caseres, A.O., 2004. El personal de Salud y personas que viven con sida. (15), pp.33-58.

Edgar, M., 1999. *Los 7 saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO.

José, O.y.G., 1999. *La deshumanización del arte*. Madrid: Revista de occidente.

Lescaille Taquechel, M., 2017. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(1), p.8.

Poblete, M. & Valenzuela, S., 2007. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp.499-503.

Zarate, G.R., 2004. Los cuidados de Enfermería se centran en la persona. *Index enfermería*, vol.13(44), pp.42-45.

MICRO-PAUSA PARA LA SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

¹Karla Laura González Peña

²Miriam Gómez Ortega

³Andrea Guadalupe Sánchez Arias

⁴Maria Helena Palucci Marziale

RESUMEN

Introducción. Los estudiantes universitarios pueden verse afectados por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés. Éstas constituyen un factor que puede estar relacionado con la presencia de factores psicosociales, que son relevantes en el desempeño académico. Por ello resulta importante conocer los estresores, para implementar una pausa para la salud. Objetivo: identificar, los estresores en universitarios para implementar una micro-pausa para la salud. Método: es una investigación cuantitativa descriptiva de intervenciones. Con población de 392 y una muestra no probabilística por conveniencia integrada por 68 estudiantes de 20 a 22 años de edad. Se realizó a través de dos rubros: identificar estresores e intervención a través de micro-pausa para la salud. Resultados: 88% de la población entre los 20 a 22 años, los estresores a los que están expuestos los estudiantes universitarios son: excesiva carga académica 100%, horario muy extenso 100%, situación económica precaria 90%, el 100% aceptó participar en dinámica de la micro-pausa, 99% consideró como saludable; 92% la describió cómo divertido, relajante y saludable. El 99% de los universitarios aceptaron continuar con la micro-pausa para la salud. Conclusiones: es importante implementar acciones de prevención a través movimientos de estiramiento, relajación, para el cuidado de la salud en universitarios.

Palabras clave: Micro-pausa, salud, estudiantes.

^{1,2,3,4} Profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex. México. Cuerpo Académico: Promoción y Educación para la Salud y Red Internacional de Salud Ocupacional y Gestión del Riesgo de Desastre.

INTRODUCCIÓN

Durante la educación universitaria, una persona que está en un período de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se le denomina estrés académico, y ocurre tanto en el estudio que se realiza de manera individual como el que se efectúa en el aula escolar. La etapa del ciclo vital en la que se encuentran la mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado es la adolescencia tardía. Y es justamente allí, cuando se acentúan algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. Sumado a lo anterior, las mayores exigencias académicas presentes en la educación superior son reconocidas por los estudiantes como uno de los factores que generan mayores niveles de estrés.

En varias investigaciones sobre el estrés académico, los estudiantes han hecho evidente que la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas, la sobrecarga académica, la realización de exámenes, la exposición de trabajos en clase y la realización de trabajos y tareas obligatorias, son eventos generadores de altos niveles de estrés.

Por otro lado, algunos factores psicosociales y elementos propios de la vida universitaria, están asociados a un deterioro de la salud mental de los estudiantes. Entidades como la depresión, la ansiedad y el estrés han sido ampliamente estudiadas, demostrándose su relación con dichos factores. En el ámbito universitario uno de los principales factores asociados a la depresión es el estrés académico, que se constituye en un elemento detonante y que perpetúa la enfermedad. Este medio académico demanda desempeños sobresalientes para alcanzar el éxito, y dicha exigencia implica para el ser humano un proceso de adaptación que puede resultar en la generación de estrés. Igualmente, Mosley reporta en un estudio (Gutiérrez, Montoya, Toro; 2010,1).

Actualmente el mal manejo del estrés es un mal generalizado de la sociedad; tanto así, que no es posible enmarcarlo dentro de un solo grupo social, por el contrario, se ha generalizado a todos los campos de la esfera social.

El uso del término del estrés se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste el mismo, para precisar conceptos se utiliza el término “respuesta de estrés” al referirse a la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda, y el término de “estresor” o situación estresante al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés (Vela Esquivel, 2007: 9-13).

Así también el estar en constante ejecución de una misma labor o mantener la misma postura por largo períodos puede desencadenar o incrementar los dolores musculares. Una de las recomendaciones que más se sugieren son las pausas activas; éstas se entienden como un período mínimo el cual requiere la persona para realizar movimientos o estiramientos musculares que permitan romper la continuidad de posiciones sostenidas y disminuyan las posibles lesiones musculoesqueléticas, ayudando también a mejorar los procesos circulatorios y disminución del estrés (Renzitti, 2012: 1). Por tanto es relevante implementar acciones para disminuir o prevenir el estrés.

Micro-pausas activas para la salud

Los breves y constantes recesos académicos con ejercicios físicos y estiramientos son beneficiosos para la salud. Son aplicables a todas las actividades y es la mejor estrategia para prevenir enfermedades, estrés, malas posturas, ya que aumentan la capacidad física y mental del estudiante.

La micro-pausa es un período mínimo que requiere una persona para realizar movimientos o estiramientos musculares en su aula de trabajo. Permite romper la continuidad de posiciones sostenidas y disminuir posibles lesiones músculo-esqueléticas, colaborando también a mejorar los procesos circulatorios. Están

compuestas por pocos minutos de relajamiento muscular, espaciados cada tres o cuatro horas, dependiente del tipo de actividad laboral.

Los puntos principales es el estiramiento del cuello, aflojar las manos y muñecas, mover las rodillas y estirar los pies. Esto debe estar acompañado por una respiración consciente.

El manejo de micro-pausas es sólo una parte de los métodos de control de los factores de riesgo ante el estrés.

Beneficios de las pausas activas:

- Minimiza los niveles de estrés y ansiedad.
- Colabora a enfocar la atención-concentración y mejora el rendimiento.
- Contribuye a un estilo de vida saludable, buenos hábitos y beneficios de la salud mental.
- Evita la aparición de lesiones músculo-esqueléticas.
- Evita la fatiga.

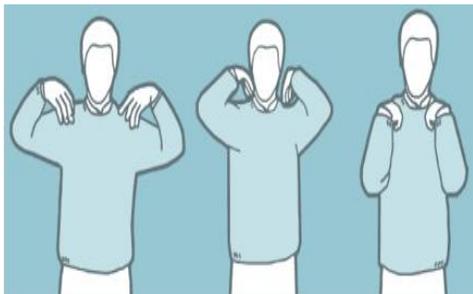
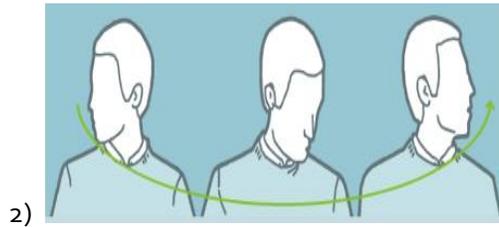
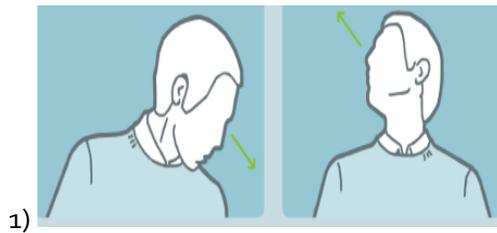
Ejercicios para realizar micro-pausas

Se recomienda no llegar a sentir dolor músculo-articular para realizar una pausa en y realizar un ejercicio físico. Cada ejercicio posee fundamentos técnicos específicos: los de estiramiento deben tener una duración mínima de 5 segundos, mientras que los de movilización deben llevarse a cabo como mínimo 5 ejecuciones por ejercicio o bien realizar cada ejercicio al menos 10 segundos.

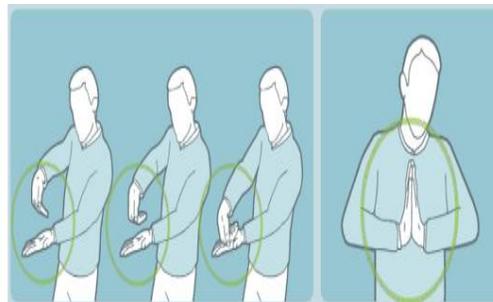
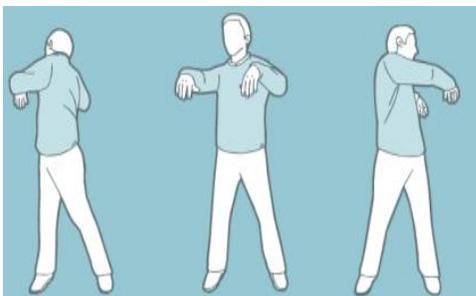
Ejercicios para realizar en micro-pausa activa

- 1) Movilización oblicua de cuello: mirar hacia abajo y después en forma diagonal hacia arriba.
- 2) Movimiento semicircular del cuello: movilizar el cuello, haciendo un semicírculo hacia adelante.

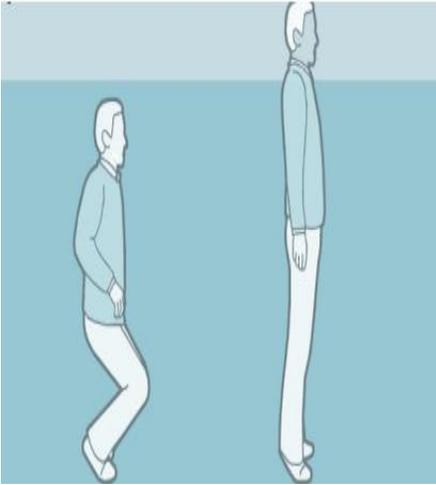
- 3) Giro de hombros: gire los hombros hacia adelante y luego hacia atrás.
- 4) Elongación de hombros y brazos: estirar brazo derecho y después izquierdo.
- 5) Rotación de tronco: rote el tronco hacia un lado y hacia el otro.
- 6) Elongación del antebrazo: flexione su muñeca elongando el antebrazo y extienda sus muñecas.
- 7) Flexión de piernas: contracción de pantorrilla, pararse en punta de los pies (FISO; 2015,2-3).



3) 4)



5)



Fuente (Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional)

Objetivo: Identificar, los estresores en universitarios para implementar una micro-pausa para la salud.

MÉTODOLOGÍA

Es una investigación cuantitativa, descriptiva de intervenciones. Con población de 392 y una muestra no probabilística por conveniencia integrada por 68 estudiantes de 20 a 22 años de edad. Se firmó carta de consentimiento informado. La investigación se realizó a través de dos rubros: uno para identificar estresores integrada por un cuestionario de 10 preguntas cerradas y dos de intervenciones a través de la micro-pausa para la salud, que constó de estiramientos en sesiones de 10 minutos cada tercer día por cuatro semanas, ésta se realizó en el aula de clase, utilizando un video como seguimiento en la micro-pausa con música de fondo, para el análisis e interpretación de datos se utilizó un programa estadístico de Excel.

RESULTADOS

Primer rubro: 88% de la población integrada entre los 20 a 22 años, los estresores a los que están expuestos los estudiantes universitarios son: excesiva carga académica 100%, horario muy extenso 100%, situación económica precaria 90%.

Segundo rubro: El 100% aceptó participar en la micro-pausa, 99% consideró como saludable; 92% lo describió como divertido, desestresante y saludable. El 98% de los universitarios aceptaron continuar con la micro-pausa para la salud. El 100% lo recomienda para todos los alumnos universitarios, durante los exámenes.

CONCLUSIONES

Existen estresores en universitarios que son difíciles de corregir; sin embargo, es importante implementar acciones de prevención a través movimientos de estiramiento y relajación, así también ayudará en el desempeño académico y en la salud los jóvenes universitarios.

REFERENCIAS

1. FISO, (2015) Fundación Iberoamericana de Salud Ocupacional: micro-pausas activas. disponible en: http://www.fiso-web.org/content/files/articulos-profesionales/14012016_023005_notifiso%20-%20micropausas%20activas.pdf
2. Gutiérrez J; Montoya V, Toro B. Salazar L. Rosas E; Briñón M. 2010. "Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico". *ces medicina*, núm. enero-junio, pp. 7-17.
3. Renzziti A; 2012. Ergonomía y seguridad Labiral, Disponible en: <http://ergonomiayseguridadindustrial.blogspot.mx/2012/03/pausas-activas-y-salud-en-el-trabajo.html>
4. Vela Esquivel. 2007. Estres estudio combinación preocupante. *CienciaUAT*, Julio-Septiembre, 9-13.

INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA EN EL MARCO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

¹Vera Denisse Suárez Guadarrama

²Catalina Soriano Reyes

³Lilia Monroy Vargas

⁴Helí Jesset Álvarez Hernández

RESUMEN

La práctica de Gerontología realizada con alumnos procedentes de la Facultad de Enfermería en la Licenciatura en Gerontología, durante el primer semestre del año 2016, desarrollaron en nueve instituciones de asistencia social, todas con grupos de ayuda mutua de Toluca y Metepec, Estado de México; como fundamento de la práctica, aplicaron un ciclo de investigación-acción-participativa (IAP) en cada institución, lo que permitió a su vez, desarrollar nueve programas de educación para la salud en cada institución, orientados a capacitar para el autocuidado y empoderamiento de los participantes, vinculando a su vez la atención Gerontológica con intervenciones en ámbitos: biológico-funcional, psicológico, social y espiritual.

Palabras clave: Investigación-acción-participativa, educación, gerontología.

¹Profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex. Lic. en Ger. ²Mtra. en Antrop. Médica ³Mtra. en Admón. en Sistemas de Salud ⁴ Lic. en Ger.

INTRODUCCIÓN

La práctica de Gerontología realizada con alumnos procedentes de la Facultad de Enfermería en la Licenciatura en Gerontología, durante el primer semestre del año 2016, desarrollaron en nueve instituciones de asistencia social, todas con grupos de ayuda mutua de Toluca y Metepec, Estado de México (Universidad Autónoma del Estado de México, 2016); como fundamento de la práctica, aplicaron un ciclo de investigación-acción-participativa (IAP) en cada institución (Gomez, 2014) (Martí, 2000), lo que permitió a su vez, desarrollar diversos Programas de educación para la salud (Gobierno de Navarra, 2006) orientado a capacitar para el autocuidado y empoderamiento de los participantes (Gomez, 2014), vinculando a su vez la atención Gerontológica (Martínez, 2011) con intervenciones en ámbitos: biológico-funcional, psicológico, social y espiritual.

OBJETIVO: fomentar el autocuidado y empoderamiento, en los participantes del proyecto, a partir de Programas de educación para la salud, fundamentado en la investigación-acción-participativa, con énfasis en atención gerontológica.

METODOLOGÍA

La metodología desarrollada es la investigación-acción-participativa, dirigida a los grupos de ayuda mutua en nueve instituciones, integrados por una población adulta; en este sentido se presentaron cuatro etapas (Martí, 2000): 1) Diagnóstico (aplicando encuestas y valorando con clinimetría especializada, para realizar un análisis FODA, detección y priorización de necesidades en cada institución); 2) Programación (diseño de programas de educación para la salud con énfasis en atención gerontológica); 3) Desarrollo (ejecución de Programas) y 4) Evaluación de resultados (que incluyó una evaluación del programa realizado, para su análisis, elaboración de conclusiones y propuestas. También se utilizaron diversas técnicas para la recopilación de datos y evidencias de participación como: observación participante (apoyada de videos y fotografías), encuestas y sesiones de trabajo. Todo el trabajo, se desarrolló en 3 sesiones semanales, con un grupo de 37 alumnos

coordinados por docentes y una muestra de 145 participantes adultos seleccionados de forma aleatoria, previo consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

La detección de necesidades, fundamentadas en la investigación inicial realizada, permitió detectar en la muestra valorada: edad (poco más del 50% fueron personas mayores de 60 años), sexo femenino predominante en los grupos (66%), seguridad social (76% afiliados al seguro popular y el resto a instituciones como IMSS, ISSTE e ISSEMYM), escolaridad (predominio de estudios básicos y existencia de analfabetismo), entre otras variables sociodemográficas. Respecto al estado biológico funcional, destaca la presencia de polifarmacia en 17% de los usuarios y riesgo de presentar dicho síndrome geriátrico por padecimientos crónico-degenerativos en el resto de la muestra. Por otro lado, los resultados de clinimetrías aplicadas como: Escala de Mini Mental State (Folstein), MNA, Get Up and Go, Escala Geriátrica de Depresión Abreviada Yesavage y Apgar Familiar, lo cual nos permitió identificar algunas patologías en los usuarios que asistían a la diferentes instituciones, principalmente: dependencia funcional, sobrepeso y obesidad, riesgo nutricional, riesgo de caídas, sospecha patológica de deterioro cognitivo, posible depresión leve y disfunción familiar; en este sentido las problemáticas mencionadas fueron factores considerados para desarrollar las intervenciones en los Programas de Educación para la Salud diseñados (pláticas informativas, estimulación cognitiva, emocional, etc.), Durante la ejecución de estos programas se detectó que factores socio-culturales pueden influir en la participación de actividades realizadas y recomendaciones del programa; por otro lado, las actividades realizadas mostraron en la evaluación final, que existió aceptación en la mayoría de los casos y evaluadas positivamente tanto por participantes como autoridades con los grupos de trabajo (más del 70% de la muestra, valoró la utilidad de las actividades positivamente) (Universidad Autónoma del Estado de México, 2016).

CONCLUSIONES

Como base para la práctica de Gerontología, al desarrollar la investigación-acción-participativa, si bien ha permitido producir cambios, así como aprendizajes, es importante considerar el acercamiento a la población, no sólo desde el punto de vista sanitario, sino también desde el punto de vista social, considerando técnicas como la observación participante, indispensables para realizar una valoración e intervención en la medida de lo posible multidimensional. Por otro lado, el trabajo interdisciplinario permitió el cumplimiento de objetivos. La promoción de un envejecimiento activo y saludable se vislumbran como un reto en la actualidad por la población, reconociendo la multiculturalidad para el trabajo colaborativo, lo cual es relevante al afrontar situaciones complejas en la práctica.

REFERENCIAS

1. Gobierno de Navarra, 2006. *Manual de Educación para la salud*. Primera ed. Navarra, España: Gobierno de Navarra.
2. Gomez, S. S., 2014. *Investigación acción participativa; la educación para el p*. [En línea] Available at: http://ac.els-cdn.com/S0212656715000359/1-s2.0-S0212656715000359-main.pdf?_tid=08ffbbf4-627f-11e6-84db-00000aacb35d&acdnat=1471221023_3ba842065fcdd59e359592e9fcec1b2 [Último acceso: 12 Agosto 2016].
3. Martí, J., 2000. La investigación-acción participativa. Estructura y fases. En: *La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía*. España: El viejo topo, pp. 73-117.
4. Martínez, R. T., 2011. *La atención gerontológica centrada en la persona*. 1ra junio 2011 ed. España: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
5. Universidad Autónoma del Estado de México, 2016. *Informe de la Práctica de Administración en Centros Gerontológicos*, Toluca, Estado de México: s.n.

LAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA: APROXIMACIONES AL PERFIL DE EGRESO

¹Carlos Reyes Torres

²Susana López Espinosa

RESUMEN

Se presentan los resultados de una investigación desarrollada con estudiantes del séptimo y octavo semestres de la carrera de Trabajo Social en el Centro Universitario Malinalli, A. C. (CUMAC). El objetivo es aportar elementos para la evaluación de la formación que ofrece esta institución en el área de especialidad en Intervención Comunitaria cuyo propósito es formar trabajadores sociales capaces de coordinar y participar en procesos orientados a la solución de problemas que afecten a los grupos sociales que comparten espacios residenciales a diferentes escalas, desde las unidades habitacionales hasta localidades o regiones. Situaciones cuya atención requieren una formación transdisciplinaria en problemas medioambientales, urbanismo y ruralidad, planeación y desarrollo social, intervención comunitaria, organización y políticas públicas. El método empleado fue el etnográfico. Las técnicas utilizadas fueron el análisis de documentos y la observación. Las primeras se emplearon para revisar los proyectos de intervención diseñados por los estudiantes y los informes correspondientes, se realizaron observaciones de las actividades puestas en práctica por los estudiantes para conducir a los habitantes de las colonias El Roble y La Fortaleza en la solución del problema de la basura que tiene implicaciones medioambientales y de salud. Los resultados muestran que los jóvenes tienen conocimientos sobre cómo elaborar un proyecto de intervención; no obstante, en la elaboración del diagnóstico y en las etapas de actuación, de reflexión y concentración de la experiencia en informes, los conocimientos y habilidades demostradas son escasos.

¹Profesor-investigador de la Facultad de Geografía de la UAEMéx.

²Docente investigador Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México.

Palabras clave: formación profesional, trabajo social, intervención, transdisciplinariedad, salud, educación.

INTRODUCCIÓN

Las grandes transformaciones sociales que se han tenido en diferentes escalas ha configurado un panorama complejo en la vida de las sociedades y de los individuos, quienes por una parte están implicados en nuevos procesos de comunicación y múltiples posibilidades de desarrollo individual, social y laboral generadas por lo que suele denominarse la sociedad global; por otra parte, este mismo desarrollo global ha llevado a enfrentar grandes problemas, como los del deterioro ambiental, de convivencia social y falta de oportunidades equitativas de progreso individual y colectivo que cada vez afectan más a la humanidad. Los análisis sociológicos enfatizan la desigualdad y la pobreza, no sólo económica, sino de recursos y capacidades para enfrentar los impactos ambientales, en la vida de las comunidades y en las prácticas de los individuos.

En este marco, las instituciones educativas, particularmente la universidad, tendrían que ser un espacio fundamental para promover, facilitar y fortalecer la participación de los ciudadanos en la solución de los múltiples problemas sociales, la tendencia actual se contrapone a una práctica participativa puesto que hoy en día se remarcan valores como el individualismo y la competencia.

El presente capítulo se basa en una investigación que se realizó con estudiantes de la carrera de Trabajo Social en el Centro Universitario Malinalli, A. C., carrera que se propone formar un profesional con una preparación transdisciplinaria que le permitan intervenir en la atención de problemas sociales y promover políticas públicas que pretendan el desarrollo humano. Las especialidades que ofrece esta carrera son Intervención institucional, Intervención familiar e Intervención comunitaria.

El trabajo que se presentamos está en relación con esta última, consistió en el análisis y seguimiento de las prácticas de intervención que realizan los alumnos que cursan esta especialidad en los dos últimos semestres de la carrera. Estas prácticas tienen como propósito que en el séptimo semestre los estudiantes realicen un proyecto donde se elaboren un diagnóstico de una situación problemática y se defina un espacio de intervención para la integración de la información sobre el tema, y así formulan un plan de acción, en el que se promuevan la acción individual y colectiva. El propósito de las prácticas en el octavo semestre es que los alumnos realicen las etapas correspondientes a la actuación que es propiamente la operación del plan; de reflexión colectiva de las actividades y resultados; y de elaboración del informe final e identificación de nuevas problemáticas.

Los resultados de investigación muestran que los jóvenes en general tienen conocimiento sobre cómo elaborar un proyecto de intervención; no obstante, en las etapas de actuación, de reflexión y concentración de la experiencia en informes, los conocimientos y habilidades demostradas son escasos.

El problema de investigación.

El CUMAC, preocupado por fortalecer la formación profesional que ofrece a los estudiantes de la especialidad en Intervención comunitaria de la Licenciatura en Trabajo Social, se ha propuesto evaluar las prácticas de intervención que los estudiantes realizan en los dos últimos semestres de la carrera, con la finalidad de identificar los puntos débiles de la preparación que actualmente se ofrece. Por lo que la pregunta central de investigación fue: ¿Cuáles son los conocimientos y habilidades que los estudiantes demuestran en las distintas etapas de un proceso de intervención comunitaria?

Tomando en consideración que el enfoque transdisciplinario de la licenciatura en Trabajo Social promueve la gestión social para participar en la solución de los grandes problemas que actualmente enfrentan los centros poblacionales en los que se condensan la indiferencia de las autoridades políticas, las deficiencias en la

puesta en marcha de políticas públicas, el individualismo y el deterioro de las prácticas individuales y colectivas que no contribuyen en la conservación, mejoría y adecuación de los espacios públicos, la academia de profesores decidió que las prácticas de intervención se dirigieran a atender el problema de la basura, que propicia afectaciones medioambientales y en la salud, es un problema relacionado con las prácticas individuales y colectivas, pero también de atención desde el ámbito político e institucional.

El objeto de intervención de las prácticas que los estudiantes realizaron fue el de las prácticas individuales y colectivas de la basura. De acuerdo con el Instituto Nacional de Ecología contrariamente a lo que ocurre a la naturaleza, en la cual no se genera basura, pues los desechos de un proceso biológico se aprovechan en otro, la especie humana ha desarrollado actividades y procesos productivos lineales que consumen grandes cantidades de energía y agua y producen volúmenes enormes de residuos. Por lo que resulta un problema relevante en el ámbito de la intervención social.

OBJETIVO: esta investigación tuvo como objetivo aportar elementos para la evaluación de la formación que ofrece esta institución en el área de Especialidad en Intervención Comunitaria que tiene como propósito formar Trabajadores Sociales capaces de coordinar y participar en procesos orientados a la solución de problemas que afecten a los grupos sociales que comparten espacios residenciales a diferentes escalas, desde las unidades habitacionales hasta localidades o regiones, de acuerdo con lo establecido en el plan de estudios (CUMAC, 2012).

METODOLOGÍA

El método empleado fue el etnográfico (Rockwell, 2006). Las técnicas que se utilizaron fueron el análisis de documentos (García, 2002) y la observación. Las primeras se emplearon para revisar los proyectos de intervención diseñados por los

estudiantes y los informes correspondientes, se realizaron observaciones de las actividades puestas en práctica por los estudiantes para conducir a los habitantes de las colonias seleccionadas para la investigación. Metodológicamente se establecieron secuencias relacionadas con las fases de las prácticas de intervención: al término del séptimo semestre de los estudiantes (el primero de las prácticas de intervención) los investigadores revisamos los proyectos elaborados por los estudiantes; en los primeros tres meses del octavo semestre (el segundo de las prácticas de intervención) realizamos observaciones etnográficas de las actividades de los estudiantes en las etapas de actuación y de reflexión colectiva sobre la experiencia con los habitantes de las colonias. Al concluir el semestre, momento en el que ellos deberían entregar a sus profesores que coordinan las prácticas de intervención los informes finales y las propuestas de nuevos problemas, los investigadores realizamos el análisis de los mismos.

Los estudiantes que cursaban la especialidad de Intervención Comunitaria en el CUMAC en el séptimo semestre, en el que nosotros iniciamos la investigación, eran doce. Las prácticas se realizan de manera colectiva, con dos equipos de estudiantes, especificando en el proyecto las actividades que realizaría cada integrante del equipo en las etapas de actuación y reflexión colectiva.

Si bien el problema de intervención fue definido por los profesores, los estudiantes seleccionaron la colonia en la que realizarían la investigación, el único criterio que debían considerar era que presentara visiblemente el problema que era objeto de intervención. Las colonias seleccionadas fueron El Roble y La Fortaleza, situadas en la zona noroeste de la zona periférica de la ciudad de Toluca.

RESULTADOS

La intervención como acción social pretende en última instancia la transformación o modificación de las prácticas individuales y colectivas para superar diversos problemas que las afectan. En los últimos tiempos se ha cuestionado la acción de intervenir por reconocer ella la intromisión de elementos ajenos a procesos

orgánicos o sociales que alteran la naturaleza y la esencia de su condición originaria, que pueden desvirtuar el funcionamiento y la cohesión de los elementos que participan en tales procesos. No obstante, también se ha avanzado en diseñar procesos de intervención social en el que los grupos participen activamente en las acciones, de tal manera que no sean procesos impuestos, sino basados en la interacción de los coordinadores de la intervención y de los participantes.

Con base en el análisis de la información recopilada en las distintas etapas del proceso de intervención, se presentan los siguientes resultados.

Primera Etapa de Planificación

- Elaboración de un diagnóstico de la situación problemática. El primer acercamiento sistematizado y global a una determinada realidad tiene carácter situacional, porque proporciona una visión básica sobre la situación.

No obstante los estudiantes ya habían seleccionado la colonia porque presentaba visiblemente acumulación de basura en las calles y en espacios públicos como el jardín. Al elaborar el diagnóstico éste se limitó a referir los espacios en los que se acumula más basura.

En la elaboración del diagnóstico encontramos dos problemas fundamentales: uno, que no se propició la participación de los habitantes de ambas colonias para que describieran puntualmente los problemas que ellos enfrentan en relación con la basura; el segundo, que está en relación con éste, es que no hay jerarquización de tales problemas y valoración de las oportunidades que debe atender cada uno de ellos de acuerdo con la participación de los habitantes y del practicante de trabajo social. Un equipo se limitó a describir el exceso en la acumulación de basura; el otro argumentó que el tipo de basura que se acumula en la calle, como envolturas, botellas desechables, vasos, cajetillas, son indicadores de que hay malas prácticas individuales de personas que no depositan la basura en su lugar.

La falta de un diagnóstico se hizo evidente en la siguiente etapa de la práctica, al dialogar los estudiantes con los habitantes de ambas colonias identifican problemas relacionados con la recolección de basura, que es competencia de la autoridad municipal, pero también de malas prácticas individuales que dejan bolsas de basura en predios deshabitados que paulatinamente se van convirtiendo en basureros.

La falta de un diagnóstico apropiado cierra las posibilidades de establecer prioridades con base en la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad de la problemática detectada, lo que afecta la realización de la siguiente etapa.

- Revisión de otras experiencias relacionadas con el objeto de intervención.

En este punto ambos equipos hacen referencia a campañas de limpieza emprendidas por las escuelas. Como resultado de esta actividad los estudiantes puntualizaron en las aportaciones de otras experiencias: la utilización de carteles motivadores, la instalación de depósitos de basura y la participación por equipos para recoger basura.

- Elaboración de un plan de acción.

Esta actividad consistía en la programación de acciones que implicaba desde la sensibilización a los habitantes de la colonia para participar en los planes trazados por los estudiantes, la organización de las acciones, la programación de actividades y la previsión de recursos. Las denominaciones que dieron a sus planes fueron El Roble Limpio y La Fortaleza libre de basura.

Tomando como base la información de la que dispusimos, los resultados muestran que si bien en la planeación, es decir, en el proyecto de intervención propiamente dicho, los estudiantes atendieron todos los puntos incluidos en el formulario correspondiente, no obstante hizo falta un acercamiento inicial tanto a los ámbitos sociales específicos y a experiencias relacionadas más estrechamente con el objeto de intervención que orientara realmente sobre las acciones, los recursos y las

estrategias que podían poner en práctica. Por lo que el rasgo del perfil de egreso que se relaciona con la capacidad del alumno para realizar planes y proyectos de intervención en las comunidades no se cumple.

Segunda etapa de Actuación

Consiste propiamente en la operación del plan, en las situaciones y condiciones reales de contextos específicos. Implica la organización efectiva de personas, recursos, tareas y tiempos.

A partir del involucramiento de los habitantes de ambas colonias en las actividades propuestas por los estudiantes, en el proceso de análisis identificamos tres categorías que tienen un sentido negativo: la indiferencia, la resistencia y la evasión y tres categorías en las que organizamos la información en la que identificamos un sentido positivo, el reconocimiento de sí como parte de la colectividad, la participación efectiva, el empeño y la dedicación.

En relación con los conocimientos y habilidades mostradas por los alumnos, la información se organizó con base en las siguientes categorías, enunciadas como capacidades para: sensibilizar, comunicarse e interactuar, organizar y dirigir, analizar la situación y tomar decisiones más adecuadas.

Si bien en ambos casos no estuvieron en posibilidades de cumplir con el plan diseñado previamente, el haber tenido la posibilidad de establecer contacto con líderes de ambas colonias, fue posible realizar acciones que mejoraron su aspecto. Por lo que el rasgo del perfil que se refiere a promover la participación de individuos, grupos y comunidades en acciones que previenen o dan solución a problemas y necesidades sociales, se cumple parcialmente, ya que lo que finalmente se logró es la limpieza momentánea de ambas colonias, no el cambio de prácticas individuales y colectivas.

Tercera etapa de reflexión

Consiste en que los participantes puedan reflexionar sobre el ejercicio de las actividades en las que participaron y del sentido general de la experiencia.

A partir de la escasa participación con los asistentes a esta última actividad, las categorías que identificamos a partir del análisis de la información fueron:

La escasa sistematización de las actividades de los estudiantes de Trabajo Social y el problema de la basura como un problema complejo que involucra muy diversos actores, grupos sociales y políticos. Por lo que el rasgo del perfil de egreso, relacionado con planear, administrar, ejecutar y evaluar programas sociales y proyectos colectivos, también se cumple parcialmente.

Cuarta etapa de elaboración del informe e identificación de nuevos problemas

Consiste en la elaboración del informe que constituye un insumo importante para la evaluación de toda la actividad y el planteamiento de nuevos propósitos y acciones. Al igual que en la primera etapa, los estudiantes cubren el formulario, pero sin una evaluación real de todas las etapas por las que transitaron y un análisis y valoración sistemática de las acciones que realizaron. La elaboración de propuestas también es vaga.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el objetivo propuesto en esta investigación respecto a aportar elementos para la evaluación de la formación que ofrece esta institución en el área de Especialidad en Intervención Comunitaria que tiene como propósito formar Trabajadores Sociales capaces de coordinar y participar en procesos orientados a la solución de problemas que afecten a los grupos sociales que comparten espacios residenciales a diferentes escalas, desde las unidades habitacionales hasta localidades o regiones, de acuerdo con lo establecido en el plan de estudios, podemos decir de manera específica lo que ha sido señalado en cada una de las etapas, de manera general señalamos que es necesario reforzar la formación del

trabajador social especializado en Intervención Comunitaria, ya que los conocimientos y capacidades adquiridos a lo largo de su profesión no le permiten alcanzar los rasgos marcados en el perfil de egreso.

REFERENCIAS

1. CUMAC (2012). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social*. Toluca: Centro Universitario Malinalli, A.C.
2. García, A. (2002). Tratamiento y análisis de la documentación. En: Vizcaya Alonso, D. (comp). *Selección de lecturas: Fundamentos de la organización de la información*. La Habana: Universidad de La Habana, 2002.
3. Instituto Nacional de Ecología (2007). *Residuos*. Consultado en http://www2.inecc.gob.mx/publicaciones/libros/16/parte4_18.html, el 26 de marzo de 2015
4. Rockwell (2006). "Etnografía y teoría en la investigación educativa". Revista *Enfoques*. Bogotá, Colombia; Centro de Investigaciones; Universidad Pedagógica Nacional.

IDENTIFICACIÓN Y FRECUENCIA DEL POLIMORFISMO CYP3A4*2 EN ESTUDIANTES DE LA UAEMEX

¹Angélica Araceli De La Cruz Rojas

²Julieta Castillo Cadena

³Fernando Mejía Sánchez

RESUMEN

CYP3A4 es la enzima del complejo de monooxigenasas, CYP450 más abundante en el hígado humano y metaboliza aproximadamente 50% de los fármacos. Es codificada por CYP3A4; un gen constitutivo cuya forma de herencia es co-dominante. Uno de los alelos que modifica la actividad de la enzima es CYP3A4*2, que consiste en un intercambio T673C en el exón 7 dando lugar a un cambio en la estructura secundaria de la proteína. Este alelo muestra una actividad 7 veces menor in vitro en comparación con la proteína nativa. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia del alelo CYP3A4*2 en población mexiquense. Se obtuvieron muestras de sangre periférica de 61 estudiantes universitarios, quienes accedieron a participar voluntariamente. La identificación de CYP3A4*2 se hizo mediante PCR de punto final, seguida de restricción enzimática usando la endonucleasa MnlI, cuyo corte produce tres fragmentos de 213 pb, 144 pb y 9 pb. Entre la población de estudio 4 sujetos (6%) fueron heterocigotos para CYP3A4*2, mientras que los restantes fueron homocigotos del alelo silvestre. La frecuencia obtenida de CYP3A4*2 (0.032) difiere de lo reportado en otras poblaciones mexicanas y extranjeras cuyas frecuencias van de 2.7 a 25%. Este es el primer trabajo que aporta información de la frecuencia de este alelo en el Estado de México. A pesar de su importancia en el metabolismo de fármacos son pocas las poblaciones en las que se ha identificado CYP3A4*2, cuya distribución parece depender de la región estudiada y la ascendencia de su población.

Palabras clave: CYP3A4; SNP; alelo; farmacogenética

¹Facultad de Química, Universidad Autónoma del Estado de México. Paseo Colón Esq. Paseo Tollocan, Toluca Estado de México. ^{2,3}Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México. Jesús Carranza 205, Col Universidad, Toluca Estado de México.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que existe una gran variabilidad en el genoma humano y se reconoce que todos los genes son en mayor o menor grado polimórficos. Los polimorfismos genéticos son cambios en la secuencia del DNA que están presentes en más del 1% de la población y se diferencian de las mutaciones justamente por su frecuencia.⁽¹⁾ Estos últimos pueden corresponder a repeticiones nucleotídicas, inserciones, deleciones o polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs).⁽²⁾

Las enzimas del citocromo P450 participan en la fase I de la biotransformación de xenobióticos y algunas sustancias endógenas, como vitaminas y hormonas.⁽³⁾ CYP450 metaboliza más de la mitad de los fármacos actualmente conocidos.⁽³⁾ Los genes de las enzimas de CYP siguen un modelo de herencia codominante en el que el fenotipo es el resultado de las características de ambos alelos por igual sin mezclarse.⁽⁴⁾ Un hecho que caracteriza a muchos CYPs humanos es la existencia de variaciones a nivel genético que pueden modificar la actividad metabólica de la isozima por sí mismos (reducirla, incrementarla o anularla), o hacerla más susceptible a alteración (inducción o inhibición) por parte de factores externos,⁽³⁾ lo que implica la modificación de la velocidad del metabolismo del sustrato, y deriva en la en variaciones sustanciales en la concentración del fármaco activo.⁽¹⁾ La farmacogenética y la farmacogenómica evalúan la asociación entre las variaciones en genes de enzimas metabolizadoras y su efecto en la respuesta de un individuo al tratamiento farmacológico.⁽¹⁾ En la actualidad estas dos áreas el enfoque de estas áreas es dirigido a la medicina preventiva y personalizada. En los últimos años el estudio de los polimorfismos se ha centrado en la identificación de estos en los genes que codifican las enzimas de CYP450, puesto que la variabilidad en la respuesta a los fármacos es un problema en la práctica clínica y en el desarrollo de fármacos, que puede implicar fracaso terapéutico, interacciones imprevisibles, y toxicidad por reacciones adversas.⁽¹⁾ Las diferencias entre individuos en la expresión o actividad de las enzimas CYP es multifactorial; se debe a factores fisiológicos, patológicos, ambientales y/o genéticos.

La familia 3A del CYP450 se encarga del metabolismo de 45-60% de los fármacos existentes, desde inmunosupresores hasta bloqueantes de los canales de calcio.⁽³⁾ Uno de los componentes de la superfamilia del citocromo P450, y altamente polimórfico,^(2,3) es CYP3A4, que corresponde a la isozima 4 de la subfamilia A, de la familia 3 del CYP450. Esta enzima es codificada por el gen del mismo nombre, responsable del metabolismo de aproximadamente el 50% de los fármacos, y es la enzima más abundante en el hígado humano.⁽⁵⁾ CYP3A4 está compuesto por 13 exones y 12 intrones, tiene una longitud de 27Kb,⁽⁶⁾ es un gen constitutivo⁽²⁾, localizado en el cromosoma 7q21.1.⁽⁶⁾ La contribución genética en la variabilidad interindividual del metabolismo de varios sustratos de CYP3A4 está en el rango de 66-98%.⁽⁷⁾ Se han descrito 78 polimorfismos de CYP3A4, siendo el alelo silvestre CYP3A4*1A.⁽²⁾ De los cuales sólo los polimorfismos CYP3A4*1B, CYP3A4*2, CYP3A4*4, CYP3A4*5 y CYP3A4*18 afectan de manera importante la actividad enzimática.⁽⁸⁾ Particularmente, CYP3A4*2 es un SNP caracterizado por el intercambio T>C en la posición 673 del exón 7 del gen, que se traduce en intercambio Ser/Pro en el codón 222 del polipéptido, modificando la estructura secundaria de la proteína^(9,10) Estudios de farmacocinética in vitro mostraron que CYP3A4*2 presenta un aclaramiento intrínseco de nifedipina 6-9 veces menor en comparación con el alelo silvestre, pero no hay diferencia significativa en el metabolismo de la 6β-hidroxitestosterona⁽¹⁰⁾

OBJETIVO. Determinar la frecuencia del polimorfismo de CYP3A4*2 en una muestra de la población del Estado de México con la técnica de PCR y enzimas de restricción (RFLP).

METODOLOGÍA

Previo consentimiento informado por escrito, se obtuvo una muestra de 3 mL de sangre venosa de 61 individuos aparentemente sanos, mayores de 18 años, residentes del Estado de México. Se realizó la extracción de DNA a partir de 100 µL

de sangre total con el Kit Quick-gDNA MiniPrep (ZYMO RESEARCH, The Epigenetics Company) siguiendo las especificaciones del fabricante. La extracción se verificó con electroforesis horizontal en gel de agarosa al 1%.

La genotipificación de CYP3A4*2 se llevó a cabo usando el análisis PCR-RFLP, de acuerdo con el método propuesto por Reyes y col. La amplificación del exón 7 del gen CYP3A4, cuya longitud es de 366pb, se llevó a cabo con PCR de punto final usando los iniciadores sentido: 5'-CCT GTT GCA TGC ATA GAC-3' y anti sentido: 5'-GAT GAT GGT CAC ACA TAT C-3'. La mezcla de reacción para una muestra de DNA contenía 100 mMol de MgCl₂ [25 mmol/μL], 10 mmol de dNTPs [10 mmol/μL], 1.25 U de Taq polimerasa [5 U/μL], buffer GoTaq 5X, 30 pmol de cada uno de los iniciadores [30 pmol/μL] y 100 ng de DNA, en 10.7 μg de agua libre de nucleasas. Un termociclador Bioer TC-48/T/H se programó con una temperatura de pre desnaturalización de 95 °C seguida de 35 ciclos de tres etapas cada uno: 45 segundos a 95 °C para etapa de desnaturalización, 45 segundos de la etapa de alineamiento, cuya temperatura se determinó con varias pruebas en este trabajo partiendo de 55 °C, y 45 segundos a 71 °C para la etapa de elongación. Para evaluar la presencia de amplificaciones inespecíficas, se visualizó los productos de PCR en un gel de agarosa al 1.5%. Los productos de PCR se sometieron a digestión con la enzima de restricción MnlI.⁽¹¹⁾ Se prepararon 31 μL de una mezcla de reacción que contenía 10 unidades de MnlI [10 U/μL], 2 μL de buffer G 10X (10 mM Tris-HCl, 10 mM MgCl₂, 50 mM NaCl, 0.1 mg/mL BSA) (Thermo Scientific), 0.1-0.5 μg del producto de PCR y agua. La mezcla de reacción se incubó a 37 °C durante 14 horas, para luego inactivarlas a 65°C por 20 minutos. Se hizo electroforesis horizontal de los productos de digestión usando un marcador de peso molecular de 100 pb. Cada uno de los productos de PCR y el marcador de peso molecular se mezclaron con 1 μL del colorante DNA-dye Non Tox antes de colocarse en el gel de agarosa al 2%. Para la visualización del corrimiento electroforético se usó el fotodocumentador Gel Logic 212 Pro (Carestream).

RESULTADOS

La amplificación del exón 7 de CYP3A4 por PCR se lleva a cabo exitosamente con un alineamiento (segunda etapa de la PCR) a 58 °C. A esta temperatura no se observaron amplicones que no correspondieran a las 366 pb del fragmento de nuestro interés.

El alelo CYP3A4*2 se encontró en la población de estudio con una frecuencia de 0.032. De los 61 individuos estudiados, tres mujeres y un hombre, equivalentes al 6% de la población estudiada, portan la variante alélica en estado heterocigoto (T/C). No se encontró el alelo CYP3A4*2 en estado homocigoto (C/C).

CONCLUSIONES

El análisis PCR-RFLP es adecuado para la identificación del alelo CYP3A4*2. Una temperatura de 58 °C para la etapa de alineamiento que se lleva a cabo por 45 segundos en cada ciclo de la PCR es óptima y evita amplificaciones inespecíficas.

Como se esperaba, la frecuencia del alelo CYP3A4*2 encontrada en este estudio (0.032) difiere a lo reportado por otros autores en otras poblaciones mexicanas en otras Entidades,⁽¹¹⁾ lo cual se suma evidencia a la diferencia en la distribución de alelos en la población mexicana, probablemente asociada a la variación en proporción de las contribuciones de otras poblaciones con las que se produjo el mestizaje característico de México.⁽¹²⁾

Esta frecuencia también es diferente a la reportada en poblaciones de origen Portugués⁽¹³⁾ y similar a la reportada en una población de ascendencia Finlandesa.^{(14).}

REFERENCIAS

1. López López, M., Cervantes Peredo, A., & Monroy Jaramillo, N. (2012). Tema selecto de genética 1 farmacogenética y farmacogenómica. En V. E. Del Castillo Ruiz, *Genética clínica* (pág. 552). México: El manual moderno.
2. B., F., M., D., M., M., C., L., & S., Q. (2013). Estudio de polimorfismos genéticos en CYP3A4 Y CYP2D6, y su papel en la susceptibilidad a cáncer de mama. *Rev. Hosp. Clín. Univ. Chile*, 24, 95-104.
3. Gesteira Ponce, A. (2007). *Diseño y desarrollo de un programa de farmacogenética en antipsicóticos enfocado al tratamiento de la esquizofrenia. Traslación a la práctica clínica de la información farmacognética*. Barcelona: Universidad de Santiago de Compostela.
4. Audesirk, G., & E. Byers, B. (2004). *Biología: ciencia y naturaleza*. México: Pearson education.
5. Catalán F., Garay C., Romero V., Miranda M., Roco A., Quñones S., Saavedra S. (2011). *Metabolismo de los antipsicóticos: enzimas y genes relacionados*. *Farmacología de Chile*, 4(1), 15-20.
6. NCBI. (4 de septiembre de 2016). CYP3A4 cytochrome P450 family 3 subfamily A member 4 [Homo sapiens (human)]. Recuperado el 9 de Septiembre de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/1576>
7. Lazalde Ramos, B. (2012). Universidad de Extremadura, España. Recuperado el 9 de septiembre de 2016, de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/527/TDUEX_2012_Lazalde_Ramos.pdf?sequence=1
8. Reyes Rosales, L. (Mayo de 2013). Repositorio digital institucional, Instituto Politécnico Nacional. (CIIDIR-IPN-Durango, Ed.) Recuperado el 9 de septiembre de 2016, de Diferencias de las frecuencias de los polimorfismos CYP3A4*1B y CYP3A5*3, *6 Y *7 entre amerindios huicholes, coras y

tarahumaras,

tesis.:

<http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/15630>

9. Jamil, K., Kandula, V., Kandula, R., & al., e. (2012). Polymorphism of CYP3A4*2 and eNOS genes in the diabetic patients with hyperlipidemia undergoing statin treatment. *Mol. Biol. Rep.*, 41(10), 6719-6727.
10. Garsa, McLeod y Marsh. (2005). CYP3A4 and CYP3A5 genotyping by pyrosequencing. *BMC Medical Genetics*, 6(19), 1-5.
11. Reyes Hernández, O. D., Arteaga Illán, G., & Elizondo, G. (2004). Detection of CYP3A4*1B and CYP3A4*2 polymorphisms by RFLP. Distribution frequencies in Mexican population. *Clinical genetics*, 66(2), 166-168.
12. Silva-Zolezzi, I., Hidalgo Miranda, A., Estrada Gil, J., Fernández López, J., Uribe Figueroa, L., Contreras, A., Dávila, C. (2009). Análisis de la diversidad genómica en las poblaciones mestizas mexicanas para desarrollar medicina genómica en México. *PNAS*, on line, 106(21), 8611-8616.
13. Cavaco, I., Gil, J., Gil-Berglund, E., & Ribeiro, V. (2003). CYP3A4 and MDR1 alleles in a portuguese population. *Clinical chemistry and laboratory medicine*, 41(10), 1345-1350.
14. Sata, F., Sapone, A., Elizondo, G., Stocker, P., Miller, V., Zheng, W., . . . González, F. (2000). CYP3A4 allelic variants with amino acid substitutions in exons 7 and 12: Evidence for an allelic variant with altered catalytic activity. *Clinical pharmacology and therapeutics*, 67(1), 48-56.

DESCANSO ÓPTIMO: ADOLESCENTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR PLANTEL NEZAHUALCÓYOTL

¹Stalina Vega Velazco

² Gabriela Gómez del Castillo Garay

³Miguel Ángel Vega Mondragón

RESUMEN

El sueño es una parte integral de la vida cotidiana, que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento, el 30% de los niños padece insomnio o alteraciones del sueño por hábitos incorrectos ante el sueño, por lo que es necesario educar a los padres en rutinas y hábitos para dormir. A nivel fisiológico, se ha visto que la falta de sueño también repercute en la habilidad para procesar la glucosa, lo que puede provocar altos niveles de azúcar en la sangre y favorecer la diabetes o un aumento de peso (Tortora, 2002). Por lo que el objetivo de este trabajo es establecer los factores que afectan a que un estudiante tenga un descanso óptimo, realizando una metodología de tipo no experimental. La población para este estudio se conforma por estudiantes de entre 15 y 18 años de edad, que cursan estudios en el nivel medio superior Plantel Nezahualcóyotl de la UAEM, se empleó un cuestionario en línea por Survey Monkey. De acuerdo a los resultados los factores que afectan un buen descanso en los estudiantes son: horas de sueño, alimentación, estrés, depresión y ansiedad. Para mantener un correcto descanso, es necesario dormir bien y las horas necesarias es la base de una buena salud. Es importante que nuestro cuerpo tiene de descansar para poder hacer frente a su actividad cotidiana.

Palabras Clave: Sueño, descanso, estudiantes, óptimo

INTRODUCCIÓN

El sueño es un proceso fisiológico fascinante, sólo recientemente alguno de los misterios acerca de su origen, fisiología y funciones biológicas han sido esclarecidas, sin embargo, aún falta mucho por estudiar. La investigación sobre la biología del sueño y sobre los efectos clínicos de sus trastornos cada vez deja más en claro que el sueño es un proceso de vital importancia para la salud integral del ser humano. Sin embargo, según algunos estudios, la tendencia en la población mundial es hacia la reducción del tiempo total de sueño, lo cual se ha reflejado en el incremento en la incidencia de trastornos del sueño. En este sentido, la población joven es especialmente proclive a desarrollar trastornos del sueño principalmente debido a factores externos (sociales y ambientales) y a distintos hábitos que pueden afectar su calidad (consumo de alcohol, tabaco, cafeína, etc.) (Tortora, 2002).

El sueño es una parte integral de la vida cotidiana, que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento, el 30% de los niños padece insomnio o alteraciones del sueño por hábitos incorrectos ante el sueño, por lo que es necesario educar a los padres en rutinas y hábitos para dormir. Únicamente un porcentaje pequeño, entre 1 o 2%, tiene problemas psiquiátricos que les impiden dormir, el resto son niños sanos con falta de hábito (Tortora, 2002).

Entre la población adulta 30% duerme mal, 5% padece apnea grave y 80% de la población ronca.

Diversas pruebas para estudiar la falta de sueño durante varios días dieron como resultado que, después del tercer día sin dormir, suelen manifestarse alucinaciones y locura temporal. Los estudios demuestran que las probabilidades de sufrir alguna enfermedad psiquiátrica aumentan en 40% cuando los problemas para dormir se vuelven crónicos.

A nivel fisiológico, se ha visto que la falta de sueño también repercute en la habilidad para procesar la glucosa, lo que puede provocar altos niveles de azúcar en la sangre y favorecer la diabetes o un aumento de peso (Tortora, 2002).

El sueño limpia la memoria a corto plazo y deja espacio para más información. En este sentido, se ha demostrado que una noche sin dormir reduce la capacidad de asimilar conocimientos en casi 40 por ciento.

Estos son factores que pueden afectar la calidad de sueño (Velayos 2009):

- Edad: la duración y calidad del sueño varía de unos grupos de edad a otros.
- Ejercicio: una cantidad moderada favorece el sueño, pero en exceso hace difícil conciliar el mismo. El ejercicio dos horas antes de acostarse, favorece la relajación.
- Nutrición: la ganancia de peso causa períodos de sueño más prolongados y la pérdida, una reducción de la cantidad total y un despertar temprano.
- Comer mucho, tener hambre antes de acostarse influye en el sueño.
- Estado de salud: las personas satisfacen de manera diferente esta necesidad cuando se ven influidas por su estado de salud.

OBJETIVO: establecer los factores que afectan a que un estudiante tenga un descanso óptimo.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño:

- No experimental
- Se aplica a ciencias fácticas culturales
- Hipótesis sometidas a pruebas de experimentación en campo
- No hay control directo sobre las variables
- Los hechos ya ocurrieron

Tipo de estudio

- Descriptivo, ya que se determinó la factores que afectan a que un estudiante tenga un descanso óptimo el cual se obtuvo aplicando un cuestionario en línea a 5 grupos de turno vespertino.

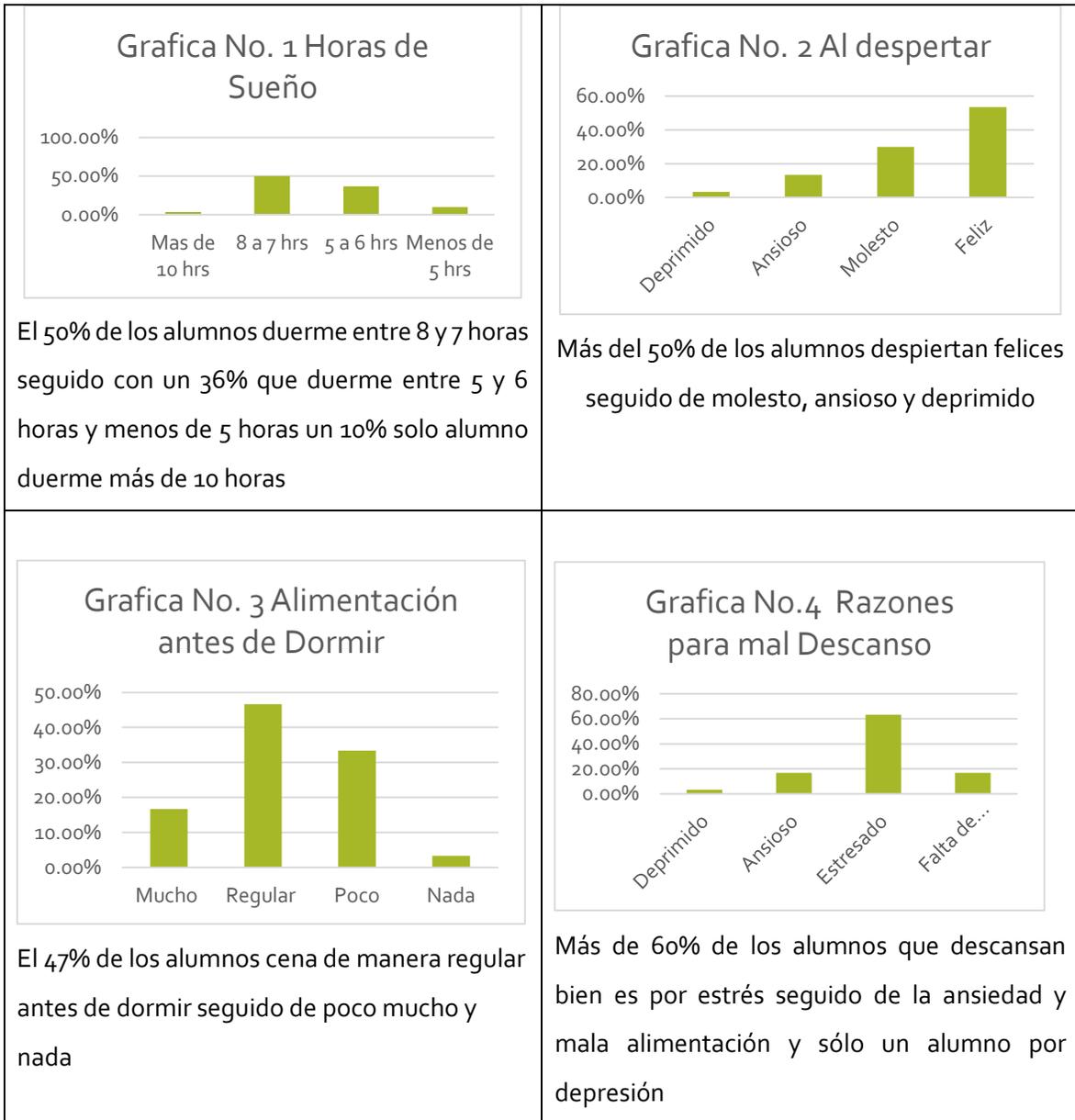
Población: la población se conforma por estudiantes de entre 15 y 18 años de edad, que cursan estudios en el nivel medio superior del Plantel Nezahualcóyotl de la escuela preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México, de primero a sexto semestre en el turno vespertino, del ciclo escolar 2015-2016.

Muestra: participaron en el estudio 200 estudiantes (140 hombres y 60 mujeres) de primero a quinto semestre, seleccionados mediante un Muestreo Aleatorio. La selección se realizó a partir de las listas de registro de la evaluación semestral, proporcionadas por la dirección del Plantel Nezahualcóyotl de la escuela preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México.

El criterio de inclusión para la muestra fue básicamente que los alumnos debían estar matriculados como estudiantes de la escuela preparatoria del turno vespertino.

Instrumento: el instrumento empleado en la investigación fue el cuestionario, que contenía un total de 10 reactivos con diferentes tipos de preguntas, en las que se podía contestar de manera directa en línea por Survey Monkey para tratar de disminuir el tiempo empleado al contestar.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados, los factores que afectan un buen descanso en los estudiantes son: horas de sueño, alimentación, estrés, depresión y ansiedad. Para mantener un correcto descanso, es necesario dormir bien y las horas necesarias es la base de una buena salud. Es importante que nuestro cuerpo descanse para poder hacer frente a su actividad cotidiana.

Dormir es una actividad que se realiza a diario, el cuerpo necesita ese periodo de descanso para poder afrontar su actividad.

Realizar este descanso es fundamental para volver a cargar energías después de toda una jornada de actividad. El sueño repara todos nuestros órganos, ya que durante el tiempo que dura, nuestro organismo libera infinidad de hormonas que mejoran el estado general del organismo, refuerza nuestro sistema inmunológico y nos hace más fuertes frente a las agresiones externas.

Los patrones de sueño de cantidad y calidad se ven afectadas por una variedad de influencias culturales, sociales, psicológicas, conductuales, fisiopatológicos y ambientales

Rutinas para un buen descanso

- Procura fijar un horario para dormir. Ir a la cama y levantarse a la misma hora cada día. Como personas de hábito, tenemos dificultades para adaptarnos a diferentes cambios en los patrones de sueño. Dormir más tarde los fines de semana no plenamente compensa la falta de sueño durante la semana y hará más difícil que despertemos temprano en la mañana del lunes.
- El ejercicio es recomendable, pero es preferible no realizarlo demasiado tarde en el día. Haz ejercicio por lo menos 30 minutos casi todos los días, pero no más tarde de 2 a 3 horas antes de acostarse.

- Evita la cafeína y la nicotina. Café, refrescos de cola, té y chocolate y otras ciertas bebidas contienen el estimulante de la cafeína y sus efectos, pueden durar hasta 8 horas para desaparecer por completo. Por lo tanto, una taza de café por la tarde puede hacer que te sea difícil dormir por la noche. La nicotina también es un estimulante, causando a menudo a los fumadores dormir sólo muy ligeramente. Además, los fumadores suelen despertarse demasiado temprano por la mañana a causa de la abstinencia de nicotina.
- Evita las bebidas alcohólicas antes de dormir. Tomar una bebida alcohólica antes de dormir puede ayudar a relajarte, pero su uso en exceso te quita el sueño profundo y el sueño REM (Rapid Eye Movement sleep), manteniéndote en las etapas más ligeras del sueño. La ingestión excesiva de alcohol también puede contribuir a la alteración en la respiración durante la noche. También las personas tienden a despertarse en medio de la noche cuando los efectos del alcohol han pasado.
- Evitar las comidas abundantes. Una comida pesada, sobre todo antes justo antes de dormir, puede causar que no se digiera fácilmente, por lo que es posible que interfiera a retardar el sueño.
- Procura no tomar la siesta después de 3 o 4 de la tarde. Las siestas pueden ayudar a recuperar el sueño perdido, pero si éstas se realizan al final de la tarde con toda seguridad será más difícil conciliar el sueño por la noche.
- Adecua un buen ambiente para dormir. En tu habitación retira y evita cualquier cosa que te pueda quitar el sueño, tales como ruidos, luces brillantes, una cama incómoda o temperaturas cálidas; dormirás mejor si la temperatura de la habitación se mantiene fresca; además si cuentas con un colchón y una almohada confortables te ayudará a disfrutar con seguridad de una noche de sueño reparador.

- Toma un baño caliente antes de dormir. El descenso de la temperatura corporal después de salir del baño puede ayudar a sentirse somnoliento, y el baño puede ayudar a relajarte para dormir.

- Relájate antes de acostarse. Programa tu día de modo que te quede tiempo para relajarte. Una actividad relajante, como leer o escuchar música debe ser parte de tu ritual antes de dormir.

- Consulta a un profesional de la salud si continúan teniendo problemas para dormir. Si te resulta difícil conciliar o mantener el sueño y / o te sientes cansado durante el día, puedes tener un trastorno del sueño. El médico de la familia o un especialista te orientará y te dará su mejor opinión. Lo anterior, es importante para descartar otros problemas de salud o emocionales que te puedan perturbar el sueño y afectar tu salud.

REFERENCIAS

1. Amos, O (2005) *Un verdadero descanso*, Barcelona, Debolsillo
2. Borbely, A. (2004) *El secreto del Sueño. Nuevos caminos y Conocimientos*, (3era. Ed.)México, Siglo veintiuno.
3. Sandoval Kingwergs, G. (2002). *Factores de riesgo relacionados con el insomnio: Aplicación del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento México*, Facultad de Psicología, UNAM.
4. Tortora Gerard J., Reynolds Sandra. (2002) *Principios de anatomía y fisiología*. México, Oxford University Press.
5. Velayos.J. L. (2009) *Medicina del sueño. Enfoque multidisciplinario*, Madrid Editorial Panamericana.

PRESENCIA DE SÍNTOMAS FÍSICOS DE ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DEL SÉPTIMO PERIODO

¹Jannet Delfina Salgado Guadarrama

²María Teresa Rojas Rodríguez

³Edith Guadalupe Martínez Morales

⁴María Eugenia Álvarez Orozco

RESUMEN

El estrés es el estado de tensión del organismo que se manifiesta de forma física, psicológica y social como resultado de agentes estresores. Síntomas físicos más frecuentes: problemas intestinales y/o estomacales, sudoración excesiva, hiperventilación, dolor de cabeza, mareos, náuseas, temblores, taquicardia, tensión muscular y contracturas, hiposalivación, entre otros. Objetivo: identificar los síntomas de estrés físico en los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. Enfoque del estudio: descriptivo porque se obtuvo un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar estrategias operativas. Tipo de estudio: transversal. Universo: 240 estudiantes de la Facultad de Enfermería del séptimo periodo de la UAEM. Muestra: 28 estudiantes. Instrumento: se utilizó “el test para valorar la excitabilidad individual” del Dr. G. K. M. Huber (1986), considerando sólo el apartado de estrés motor (físico). Resultados: de manera frecuente 12 personas presentan perturbaciones digestivas, 9 ardores de estómago, 7 dolor de cabeza, 8 dolor en nuca y cuello, 6 presentaron manos y pies fríos, perturbaciones gástricas, dolor en espalda y sequedad de boca. Los síntomas que a veces refirieron tener son: calambres 17 personas, 13 perturbaciones gástricas y dolor de cabeza de ambos lados Conclusiones: este trabajo da una noción de que los estudiantes de Enfermería presentan síntomas físicos de estrés.

¹Dra. En Ad., ²MESC., ³M En Ed. ⁴Dra. En Edu.P. ⁵M En Ed. ⁶M En SP, Docentes de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Palabras clave: Estrés Fisiológico, Agotamiento Profesional, Contractura

INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se pretende estudiar la presencia de síntomas físicos de estrés de los alumnos de 7° periodo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), debido a que la sobrecarga de trabajo académico puede provocar cierto grado de estrés influyendo en el desempeño de cada uno.

En este proyecto se ha plasmado información de gran relevancia para todos como seres humanos, se ha implementado el uso de un instrumento para la recolección de datos lo cual ayudó a llevar a cabo los objetivos a través del análisis de estos.

Debido al rol cada vez más importante que enfermería está ejerciendo en cuanto a la promoción de salud y prevención de la enfermedad, y teniendo en cuenta que el estrés constituye uno de los factores de riesgo en gran número de patologías, se ha considerado de interés realizar una aproximación sobre la presencia de síntomas físicos de estrés entre estudiantes de enfermería (Ribera, s/a),

Planteamiento del problema: estrés es un estado psicológico y fisiológico que se presenta cuando ciertas características del entorno retan a una persona y producen un desequilibrio real o percibido, entre lo que deriva de una respuesta indefinida.

El estrés es el estado tensión del organismo que se manifiesta de forma física, psicológica y social como resultado de agentes estresores.

Entre los síntomas físicos más frecuentes se encuentran los siguientes:

Problemas intestinales y/o estomacales, sudoración excesiva, hiperventilación, dolor de cabeza, mareos y náuseas, temblores, taquicardia, tensión muscular y contracturas, hiposalivación (sequedad de la boca) (Estreslaboral.INFO).

A través de la observación nos hemos dado cuenta que un alto porcentaje de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la UAEM presenta signos y síntomas característicos del estrés agudo, por lo que surgió la interrogante: ¿Existen síntomas

físicos de estrés en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del séptimo periodo?

La presente investigación sobre la presencia de síntomas físicos de estrés en los estudiantes de enfermería tendrá como beneficio el conocimiento de técnicas que se pueden implementar para disminuir el estrés o poder evitar algún factor que pudiese condicionar un estado del mismo.

OBJETIVO: Identificar los síntomas de estrés físico en los estudiantes del séptimo periodo de la Licenciatura de Enfermería.

Objetivos específicos:

Identificar la presencia de tensión muscular, cefaleas, calambres, temblores musculares en los estudiantes de enfermería del séptimo periodo de la licenciatura en enfermería.

Determinar la cantidad de evaluaciones reprobadas en los estudiantes de enfermería.

Conocer el número de exámenes reprobados y las unidades de aprendizaje con mayor problema de reprobación.

El estrés es una enfermedad nueva en la civilización, abarca límites de la psicología, psiquiatría, neurofisiología, aspectos psicosomáticos, entre otros, no puede ser indiferente al investigador, ya que tiene relación con casi todas las ciencias.

La palabra estrés es equívoca y muy emotiva. Tiene multitud de significados y connotaciones, según quien las utiliza. A menudo parece indicar una vida apresurada y a tope, con presiones y exigencias que son el precio que uno tiene que pagar por vivir en este siglo. Es también una palabra utilizada por el padre o ejecutivo con presión excesiva, el estudiante que se va a examinar y la persona celebre que se enfrenta a la fama. La asociamos con acontecimientos perjudiciales

y negativos, y consideramos que es algo que tenemos que evitar. Sin embargo, el estrés es natural y deseable, no destructivo ni dañoso (Harley M., 2009).

Para La Organización Mundial de la Salud (OMS) el estrés es “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”.

Para Richard Lazarus (1966) sería “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

Cuando el estrés es tan frecuente se vuelve crónico y ocasiona problemas. Supone una reacción compleja a nivel orgánico, emocional, cognitivo y social.

En lo orgánico puede aparecer: tensión muscular, palpitations, problemas cardiovasculares, temblores, dolores de cabeza, espalda y cuello, dificultades respiratorias, náuseas, sudoración, síndromes gastrointestinales, sequedad de boca, trastornos en el sueño, falta de apetito.

METODOLOGÍA

Enfoque del estudio: cuantitativo descriptivo porque su objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y los lineamientos para la prueba de la hipótesis. Tipo de estudio: es un estudio transversal porque implica la recolección de datos durante un lapso limitado. Líneas de investigación: investigación educativa en enfermería y gerontología. Universo: 240 estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México. Muestra: es aleatoria por conveniencia, se consideraron sólo a 28 estudiantes de la Licenciatura de Enfermería del séptimo semestre de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. Instrumento empleado: se utilizó como

instrumento de medición “El Test para valorar la excitabilidad individual”, del Dr. G. K. M. Huber (1986) tomándose sólo el apartado de estrés motor (físico).

RESULTADOS

Tabla 1. Porcentaje de alumnos estudiados por sexo y edad

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	75
Masculino	7	25
Total	28	100
Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 A 22	15	54
23 A 25	3	11
26 A 28	9	32
29 A 31	1	3
TOTAL	28	100

Fuente: cuestionario aplicado

Respecto al sexo y edad de la muestra estudiada predomina el sexo femenino con 75%, con una edad de 20 a 22 años de edad, aunque un porcentaje considerable está entre los 26 a 28 años de edad (Tabla 1).

Tabla 2. Número de materias reprobadas

Número	Frecuencia	Porcentaje
0	12	43
1	5	18
2	4	15
3	4	15
4	2	6
5	1	3
Total	28	100

Fuente: cuestionario aplicado

Respecto al número de unidades de aprendizaje reprobadas 12 de los alumnos estudiados no han reprobado ninguna, 5 sólo una, 2 y 3 materias han reprobado cuatro estudiantes y sólo uno tiene 5 reprobadas, por los que podemos observar que es poco el índice de reprobación (Tabla 2).

Tabla 3. Número de exámenes reprobados

Número	Frecuencia	Porcentaje
0	7	26
1	4	15
2	4	15
3	7	26
4	2	6
5	2	6
6	1	3
7	1	3
Total	28	100

Fuente: cuestionario aplicado

En cuanto al número de exámenes reprobados se tiene un promedio de tres.

Tabla 4. Síntomas más frecuentes de estrés en alumnos del séptimo periodo

Categoría	Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Total
Calambres	11	17	0	0	28
Perturbaciones. digestivas	5	11	12	0	28
Sequedad de boca	10	12	6	0	28
Respiración Entrecortada	17	9	2	0	28
Tartamudeo	19	7	0	0	26
Sudoración excesiva	12	11	5	0	28
Dolor nuca hombros	9	11	8	0	28
Inquietud o estremecimiento en determinadas áreas musculares	8	13	4	3	28
Arritmias cardiacas	25	2	0	1	28
Taquicardia	15	10	2	1	28
Inapetencia	16	10	2	0	28
Dolor de espalda y riñones	11	10	6	1	28
Ardores de estomago	10	8	9	1	28
Perturbaciones gástricas	8	13	6	7	34
Dolor o tensión en el pecho	18	8	2	0	28
Escalofríos o calor súbito	17	6	4	1	28
Manos o pies fríos	11	10	6	1	28
Temblor en todo el cuerpo	21	5	2	0	28
Dolor de cabeza por ambos lados	8	13	7	0	28

Fuente: cuestionario aplicado

De acuerdo con el instrumento aplicado para detectar síntomas físicos de estrés, tenemos lo siguiente:

La mayoría dijo que nunca ha presentado los síntomas estudiados.

De manera frecuente 12 personas presentan perturbaciones digestivas, 9 ardores de estómago, 7 dolor de cabeza en ambos lados, 8 dolor en nuca y cuello y 6 personas presentaron manos y pies fríos, perturbaciones gástricas, dolor en espalda y riñones, así como sequedad de boca.

Los síntomas que a veces refirieron tener son: calambres 17 personas, 13 perturbaciones gástricas y dolor de cabeza de ambos lados, 12 sequedad de boca, taquicardia, inapetencia y dolor de espalda y riñones, manos y pies fríos 10 personas respectivamente, 9 alumnos respiración entrecortada y 8 ardores de estómago y dolor en el pecho. Como podemos observar los alumnos han presentado síntomas físicos de estrés que si no se tiene una buena canalización del mismo los puede llevar a tener complicaciones físicas y emocionales.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación da una noción de que los alumnos de la Licenciatura en Enfermería presentan síntomas físicos de estrés predominando las perturbaciones gástricas, el dolor de cabeza y nuca, manos y pies fríos.

SUGERENCIAS

Fomentar la actividad física, así como actividades que promuevan a relajación como yoga.

REFERENCIAS

1. Ribera Domene, D. Estrés en estudiantes de Enfermería. [En línea], consultado en 15 de julio de 2016, http://www.edpcollege.info/ebooks-pdf/e_estu.pdf
2. Estreslaboral.INFO TODA LA INFORMACIÓN SOBRE EL ESTRÉS LABORAL. [En línea], consultado en 16 de julio de 2016, <http://www.estreslaboral.info/sintomas-del-estres-laboral.html>
3. Harley M. Controla tu Estrés. Londres. Hispano Europea; 2009.
4. Huber, Günther K. M. 1986. Stress y conflictos: métodos de superación: entrenamiento psico-fisiológico práctico para directivos, médicos, psicólogos, psiquiatras, profesores y asistentes sociales / Gunther K. M. Huber; con la colaboración de Dorothea Huber-Krist, Angelika Wagner, Nicola Sclubach Publicación Madrid: Paraninfo.
5. Robbins S. 2004. Comportamiento Organizacional. 10 ed. México. Pearson Prentice Hall;
6. Jean B S. 2000. EL Estrés. México. CEIM; [En línea], consultado en 15 de julio de 2016 <http://books.google.com.mx/books?id=pF9L7HajHxkC&printsec=frontcover&dq=estres&hl=es419&sa=X&ei=zJauUN3QDsje2AW95YHgCA&ved=0CDAQ6wEwAA>

7. Alegret J, Sellares R, Castany E. 2010. Alumnado en Situación de Estrés Emocional. España. Grao. [En línea], consultado en 15 de julio de 2016 <http://books.google.com.mx/books?id=UAmWvF1QLdoC&printsec=frontcover&dq=estres&hl=en&sa=X&ei=AZeuUOj9GKjk2AWap4EQ&ved=0CDMQ6AEwAjqK>
8. Ma. Acosta, Gestión del Estrés. España. Bresca Profit. [En línea], consultado en 15 de julio de 2016, http://books.google.com.mx/books?id=mtlG_iEZ7yEC&printsec=frontcover&dq=estres&hl=en&sa=X&ei=GZeuUOotJsK82wX0voDIBg&ved=0CEIQ6AEwBg#v=onepage&q=estres&f=false
9. George M. 2005. Estrategias para Liberarse del Estrés. Argentina: Internacional Kier. [En línea], consultado en 18 de julio de 2016, <http://books.google.com.mx/books?id=2OIR1H3iygkC&printsec=frontcover&dq=estres&hl=en&sa=X&ei=P5euUNyFJaWg2AXHyoGgAg&ved=0CDAQ6AEwAA>
10. Lazarus, R. 1986. Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca, Barcelona. [En línea], consultado en 15 de julio de 2016, http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN EL ÁREA CRÍTICA: CATÉTER SWAN-GANZ

¹María Antonieta Cuevas Peñaloza

²Alejandra del Carmen Maciel Vilchis

³María de los Ángeles Monroy Martínez

⁴Guadalupe Ortiz Cabrera

RESUMEN

Objetivo: explorar la necesidad de capacitación sobre el catéter Swan-Ganz en el personal de enfermería de cuidados intensivos, de un hospital de tercer nivel. El catéter de arteria pulmonar, Swan-Ganz, es un método de diagnóstico para manejo hemodinámico de pacientes críticos. El profesional de enfermería requiere capacitación y actualización continua para un cuidado de calidad y seguridad ante los constantes avances en la tecnología. Metodología: estudio cualitativo, exploratorio y transversal. Línea de investigación: proceso de enfermería en el área clínica. Técnica: entrevista. Instrumento: guía de entrevista semiestructurada. Resultados: los profesionales de enfermería especialistas en terapia intensiva cuentan con conocimientos sobre el catéter Swan-Ganz, los beneficios que representa durante la valoración de enfermería respecto al perfil hemodinámico. Conclusión: el personal cuenta con conocimientos sobre el manejo del catéter Swan-Ganz, identificando necesidad de capacitación en la participación durante la instalación y cuidado continuo posterior a la instalación.

Palabras clave: Capacitación, Enfermería, Catéter Swan-Ganz.

Docentes de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

INTRODUCCIÓN

El catéter de arteria pulmonar o Swan-Ganz se introdujo oficialmente en el campo de la cardiología desde hace 40 años aproximadamente. Es un método de diagnóstico y se desarrolló en los laboratorios de fisiología y hemodinámica, el cual se perfeccionó al proporcionar una inestimable ayuda al anestesiólogo en el control del paciente en el período preoperatorio. Su utilización es uno de los procedimientos clásicos en las unidades de cuidados intensivos.

Mientras en otros campos se cambia de tecnología en dos o tres ocasiones durante el mismo período, el Swan-Ganz es básicamente el mismo que hace 40 años y su utilidad va en aumento (Machado, 2011: 802).

La Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012 se ha desarrollado con el propósito de establecer las condiciones necesarias y suficientes que favorezcan una práctica clínica homogénea, que coadyuve a lograr una atención segura y libre de riesgos; asimismo, instituye los criterios mínimos para la instalación, mantenimiento y retiro de los accesos venosos periféricos y centrales, para contribuir a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes (Diario, O. NOM-022-SSA3-2013 que constituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos).

Además, la Secretaría de Salud emite la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2015 para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (Diario. O. NOM-045-SSA2-2015 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Estados Unidos Mexicanos).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) cuenta con dispositivos tecnológicos utilizados para detectar alteraciones en el organismo del paciente hospitalizado, con el fin de identificar tempranamente los problemas y prestar una atención oportuna,

además de un grupo de profesionales entre los cuales sobresale el profesional de enfermería, quien tiene como función planear el cuidado correspondiente según la condición de cada paciente y coordinar al personal a su cargo para otorgar la atención que requiere de forma individualizada cada enfermo.

En vista del crecimiento tecnológico y de los aparatos electromédicos, con que se cuenta actualmente en las UCI, se hace indispensable que enfermería conozca los dispositivos para la monitorización que tiene a la mano, para hacer buen uso de éstos, realizar el registro adecuado, correcto y preciso de las variable hemodinámicas que reflejan la condición del enfermo y elaborar los planes de atención de enfermería; para llevar a cabo estas actividades; por lo que se requiere de conocimientos científicos sobre; anatomía, fisiología, tecnología, técnica y patología para darle una adecuada interpretación a los datos que se obtienen durante la monitorización. Es por ello la importancia del conocimiento que se tiene sobre el manejo, factores y complicaciones del catéter antes mencionado.

El objetivo de la presente investigación es dar a conocer los factores que pueden generar complicaciones y la opinión que tiene el personal de enfermería sobre los factores causantes de complicaciones en enfermos en quienes sea utilizado catéter de flotación, en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos. Con el fin de ayudar a las y los enfermeros especialistas en cuidados intensivos en su diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes en estado crítico.

La investigación es con enfoque cualitativo, fenomenológico, transversal. Los resultados y la discusión son representados de acuerdo a las categorías: paciente crítico, catéter Swan Ganz, factores de riesgo y complicaciones que fueron obtenidas durante el desarrollo de la investigación. A partir de ellas se generan las conclusiones para fortalecer los conocimientos de la instalación y manejo de este catéter, con el objetivo de enriquecer los cuidados específicos a los pacientes que cuentan con catéter Swan Ganz.

OBJETIVO. Explorar la necesidad de capacitación sobre el catéter Swan-Ganz en el personal de enfermería de cuidados intensivos, de un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Enfoque cualitativo, fenomenológico, transversal. La línea de investigación proceso de enfermería en el área clínica.

El instrumento fue una guía de entrevista semiestructurada, de la cual se derivaron las preguntas que permitieron demostrar los objetivos. Se aplicó a cinco enfermeras (os) con la especialidad en Terapia Intensiva quienes aceptaron participar firmando el consentimiento informado.

Se procedió a capturar y transcribir cada una de las grabaciones y a trabajar con la información obtenida por medio de la entrevista después de ser leídas y releídas se seleccionó la información más trascendente que cumplió con los objetivos.

Esto permitió encontrar la opinión de cada uno de los enfermeros especialistas sobre cada pregunta realizada obteniendo las categorías, paciente crítico, catéter Swan Ganz, factores de riesgo y complicaciones.

Para el aspecto ético, se tomó en consideración el título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, del capítulo I artículo 17 categoría I de la Ley General de Salud en materia de investigación, dado que la Investigación es sin riesgo.

RESULTADOS

Los resultados y la discusión son representados de acuerdo a las categorías (Paciente crítico, catéter Swan Ganz, factores de riesgo y complicaciones.) que fueron obtenidas durante el desarrollo de la investigación.

Paciente crítico: Autores como Fortuna 2008 y colaboradores, el paciente en estado crítico “es un paciente en peligro inminente de perder la vida por las alteraciones fisiopatológicas potencial o actual de una o varias de sus funciones vitales” (p.11).

Los encuestados hicieron mención:

- Paciente cuyo estado de salud se encuentra gravemente comprometido que lo condiciona en estado de muerte! Pero que tiene posibilidad de recuperar y preservar la vida (E-2).
- Paciente que están en riesgo su vida y sus órganos vitales que por ende (su vida está) sus signos vitales está en constante cambio de gravedad (E-3)
- Paciente grave que se encuentra comprometida su vida, con altas posibilidades de recuperarse (E4).

Se aprecia, que el personal de enfermería que labora en la UCI del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, tiene claro el concepto de paciente crítico, cabe resaltar que los resultados revelan que hacen hincapié de la posibilidad de recuperación del paciente, toda vez que la atención tanto médica como de enfermería este basada en conocimientos científicos.

Catéter Swan Ganz: Para autores como Carrasco 2005 y colaborador, el catéter Swan Ganz “Es el catéter que nos permite analizar el perfil hemodinámico de un paciente y caracterizar la etiología de su hipotensión o hipoperfusión” (316). Los encuestados responden que:

- Es aquel catéter que permite monitorizar termodinamicamente al paciente de manera invasiva y permite la correcta evaluación del paciente (E1).
- Catéter de flotación que mide resistencias vasculares presión pulmonar y gasto cardiaco (E3).
- Catéter que permite mediciones invasivas como presión arterial pulmonar y gasto cardiaco etc. (E4).

El personal de enfermería tiene el conocimiento sobre el catéter Swan Ganz. Asimismo hacen referencia del beneficio que tiene el catéter durante la valoración de enfermería respecto al perfil hemodinámico. También hacen hincapié en el momento que consideran necesaria la instalación del catéter Swan Ganz.

El catéter para la arteria pulmonar con balón en su extremo provee muchas mediciones hemodinámicas útiles en el manejo de los pacientes en estado crítico, razón por la cual es importante que el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos esté al tanto de cuando es pertinente la instalación del catéter Swan Ganz. Para esto aportan que:

- Cuando el paciente se encuentra termodinámicamente inestable, insuficiencia cardiaca. (Cardiopatías). (E2)
- Cuando el paciente se encuentra en choque cardiogénico y con inestabilidad hemodinámica (E4).
- Cuando el paciente se encuentra con choque cardiaco y con compromiso en la inestabilidad hemodinámica (E5).

Para autores como Grenvik y colaboradores, los momentos pertinentes para la instalación son” Hipovolemia, estados de bajo flujo y trastornos de coagulación” (Grenvik, 2001:96).

Los profesionales de enfermería con especialidad en terapia intensiva tendrán el compromiso de saber en qué momento se debe realizar la instalación del catéter Swan Ganz, para dar continuidad al tratamiento de las enfermedades que ponen en riesgo la vida del paciente crítico.

Factores de riesgo: Para autores como Jadacre 2000 y colaboradores los factores que predisponen a las complicaciones son “Bloqueos, trombosis, infarto pulmonar, trombosis del catéter, tromboflebitis, infecciones locales y septicemias, obstrucción

del catéter, reacción a pirógenos, rotura del balón, perforación de la arteria pulmonar” (325). Para tal efecto refieren que:

- Técnica inadecuada en la instalación del catéter, lavado de manos, curación de catéter (E1).
- No realizar asepsia adecuada, romper el globo, bacteriemias (E4).
- No realizar asepsia adecuada, romper el globo, bacteriemias, y el mal uso por el personal (E5).

El proceso infeccioso en los catéteres arteriales pueden agruparse en “inmediatas” o mecánicas (aparecen durante la inserción) y “tardías” o infecciosas (se desarrollan durante la permanencia del catéter) razón por la cual es importante el conocimiento del personal de enfermería sobre manifestaciones que indican un proceso infeccioso del catéter.

Los encuestados expresan lo siguiente a fin de evitar los procesos infecciosos: que se debe dar importancia a los signos de enrojecimiento, edema, eritema y a la presencia de líquido purulento.

Complicaciones: Para autores como Grenvik 2001 y colaboradores las complicaciones más comunes con el uso del catéter son “Punción arterial accidental, vértice pulmonar, embolia gaseosa, infección de catéter, extracción accidental” (90).

El estudio arroja que las complicaciones más comunes relacionadas con el catéter Swan Ganz son:

- Infecciones (por ser un método invasivo), realizar mal el taller hemodinámico y arrojar datos erróneos (E2).
- Arritmias, globo roto, no enclava (E3).
- Infecciones en el sitio de inserción, realizar mal el taller hemodinámico (E4).

Respecto a las complicaciones que se presentan durante la instalación del catéter expresaron que:

- Las complicaciones pueden ser punción carotídea, hematoma, punción traqueal, neumotórax, sepsis, arritmias, rotura del balón (E1).
- Infecciones, arritmias, lesión en las paredes del ventrículo (E2).

CONCLUSIONES

Los factores predisponentes a complicaciones son: bloqueos, trombosis, infarto pulmonar, trombosis del catéter, tromboflebitis, infecciones locales y septicemias, obstrucción del catéter, reacción a pirógenos, rotura del balón, perforación de la arteria pulmonar.

Respecto a los conocimientos del catéter Swan Ganz por parte del personal de enfermería se puede decir que cuentan con los conocimientos necesarios pero valdría la pena que la jefe del servicio pudiera organizar cursos de educación en servicio que permitan fortalecer los conocimientos de la instalación y manejo de este catéter, con el objetivo de enriquecer los cuidados específicos para pacientes que cuentan con catéter Swan Ganz.

REFERENCIAS

1. De la Torre Martín, (2005), Manual de cuidados intensivos para enfermería, 3ª Edición, Editorial Springer. Getafe Madrid.
2. García Machado, Pérez Sarmiento, Barroso Basulto; et al, (2011), Utilidad del monitoreo hemodinámico invasivo con catéter de Swan Ganz en pacientes críticos, Redalyc, Vol. 15. Núm. 5. Camagüey Cuba.

3. Gutiérrez Lizardi, (1999), Procedimientos en el paciente crítico, 2ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
4. Moya Marcos, Piñera Paul, Marine Marisol, (2010), Tratado de medicina de urgencias, 1ª Edición. Editorial Océano Mosby. México.
5. Rodríguez Bania, Llerena Laura, Iraloa Marcela, (2009), Guía práctica clínica para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres vasculares, Redalyc, Vol. 31. Núm. 6. Lima Perú.
6. Gayou Jugerson, (2005), Como hacer investigación cualitativa, Redalyc, Vol. 5. Núm. 27. México.
7. Carrasco María Sol, Aguso Fernando, (2005), Anestesia y reanimación en medicina de urgencias y emergencias y catástrofes, 3ª Edición. Editorial ARAN. España.
8. Fortuna Alberto, Rivera José, Roldan Araceli; et al, (2008), Protocolo de atención del paciente grave, 1ª Edición. Editorial Panamericana. México.
9. Grenvik Ake, Holbrook Peter, Shoemaker William, (2001), Terapia Intensiva, 3ª Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina.
10. Jadacre Martin, Coma Canella, González Maquedo; et al, (2000), Cardiopatía isquémica, angina de pecho e infarto miocardio, 2ª Edición. Editorial Norma. Madrid España.

HOSPITAL SEGURO, MEDIDAS DE EVACUACIÓN PARA TRABAJADORES DE SALUD, ANTE UN RIESGO

¹Miriam Gómez Ortega

²Bárbara Dimas Altamirano

³Andrea Guadalupe Sánchez Arias

⁴Karla Laura González Pena

RESUMEN

La población puede ser protegida ante la eventualidad de una emergencia o riesgo de desastre, natural o antrópico, mediante acciones que reduzcan los riesgos de pérdidas de vidas humanas y la destrucción o daño de bienes materiales, a través de las medidas de señales y avisos establecidos por la Ley General de Protección Civil, a través de las cuales es posible identificar áreas y condiciones que puedan representar inseguridad tanto para la integridad física, como para identificar el equipo de protección y respuesta a emergencias, en caso de evacuación por desastre (NOM-003 2011: 1) Objetivo: Identificar las medidas de evacuación para hospital seguro, en caso de riesgo. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestra: integrada por personal que trabajan en el hospital, en los diferentes turnos, que firmaron el consentimiento informado. Se analizaron los datos en el programa SPSS-V20 y Excel para tablas y gráficas. Resultados: El personal de salud, refiere que las rutas de evacuación en situación de emergencia son adecuadas 64.4%, el 33.3% mencionan que se encuentran obstruidas, 71.1% refiere que si hay señalamientos de salidas de emergencia. El 24.4% no considera adecuadas las rutas de emergencia; Respecto a las puertas de emergencia 66.7%refiere que se encuentran abiertas, 31.1% menciona que no son totalmente operables. Conclusiones: Las medidas de prevención en caso de evacuación por desastre no son 100% seguras.

Palabras clave: Hospital Seguro, trabajadores, riesgo

^{1 2 3 4} Profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. México. Cuerpo Académico: Promoción y Educación para la Salud y Red Internacional de Salud Ocupacional y Gestión del riesgo de Desastre.

INTRODUCCIÓN

Los hospitales son de gran complejidad y de muy altas inversiones, sin embargo durante un desastre o un siniestro no controlado se puede ocasionar pérdidas muy elevadas y las pérdidas humanas son inaceptables e imposibles de cuantificar. Por otra parte estudios internacionales demuestran que la inversión en medios de seguridad implica únicamente un 3.5% del costo total promedio de una instalación hospitalaria (OMS/OPS, 2008:13).

La señalización para evacuación en caso de emergencia, es que la idea inicial no sea evacuar el establecimiento de salud, sin embargo, pueden presentarse situaciones que ameriten el desplazamiento de los pacientes y trabajadores de un sitio a otro del establecimiento, o incluso fuera de él. Incendios, sismos, atentados, fallas de la estructura, entre otros, podrán hacer necesario un rápido y ordenado desplazamiento.

Se debe tener presente que los pasillos y vías de escape deben estar despejados en todo momento y accesibles para la movilización, en caso de haber puertas o candados. Medida precautoria a cargo de autoridades competentes para resguardar de manera temporal a la población, ante la amenaza o presencia de un riesgo, emergencia o desastre.

El beneficio de tener hospitales seguros para las comunidades y de que dichos establecimientos contribuyan a la seguridad nacional, esto debe reconocerse e incluirse en el tema mundial de reducción de desastres para salvaguardar la vida del paciente, visitante y todas las personas que laboran en instituciones de salud (OPS, 2004:6).

La importancia de los hospitales y de todos los tipos de instalaciones de salud va más allá de su función directa de salvar vidas. El hospital más caro es el que falla: los hospitales y las instalaciones de salud representan una enorme inversión para

cualquier país. Su destrucción impone una importante carga económica. Los desastres son un problema social y de salud (OMS/OPS, 2008:6).

Por tanto los hospitales seguros se deben de garantizar por un esfuerzo intersectorial. Cada hospital nuevo se debe diseñar, construir y mantener de tal manera que siga funcionando inmediatamente después de un desastre, los 365 días del año.

Pocos hospitales consideran en sus planes la posibilidad de evacuar el inmueble, sin embargo, un hospital no está exento de amenazas a la seguridad de las personas que en él se encuentran. Se asume que la evacuación es posible realizarla en tiempo y forma correctos cuando están bien ubicados los señalamientos y las salidas de emergencia. Las rutas de evacuación deben ser adecuadas al espacio que exige la movilización de emergencia. Al existir un entrenamiento adecuado es posible cumplir con éxito dicha tarea.

La finalidad de esta investigación será determinar las medidas de prevención en caso de evacuación por emergencia o desastre en un establecimiento de salud de tercer nivel, con el propósito de establecer medidas preventivas, que garanticen un adecuado funcionamiento no estructural, evitando lo más posible las pérdidas humanas y materiales.

OBJETIVO: Identificar las medidas de evacuación, en caso de riesgo para trabajadores de la salud en un hospital seguro.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se incluyeron: personas que laboran en el hospital, que firmaron el consentimiento informado, cuestionarios que hayan sido contestados por completo, y se encontraron dentro de las instalaciones

del hospital en estudio. Por otra parte se excluyeron: personas que no firmen el consentimiento informado y quienes no contesten por completo. Se utilizó una sección del Cuestionario validado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Hospital don’t burn! Hospital fire prevention and Evacuation Guide” de la OMS. Se analizaron los resultados resumiendo los datos para finalmente ser presentados mediante los programas Office Microsoft Excel, SPSS-V20, para procesar tablas y gráficas.

RESULTADOS

Para evacuar el lugar, es necesario conocer las rutas, a lo que los colaboradores del hospital refieren que si son adecuadas y se encuentran sin obstrucciones en un 64.4%. El 33.3% dice que tienen alguna falla en cuanto al acceso libre u obstrucción. El 2.2% no sabe en qué condiciones se encuentran las rutas de evacuación.

Se cuestionó a los trabajadores del hospital de Tercer nivel, si en sus instalaciones hay señalamientos de salida de emergencia, y de ser así, si son adecuados y están libres a la vista, para poder seguirlos, 71.1% de ellos refieren que si están libres y adecuados los señalamientos, 24.4% por el contrario dice que no las hay ni son visibles. Mientras que un 4.4% no sabía de la existencia de los señalamientos y rutas de evacuación.

Al indagar acerca de las puertas de emergencia, el 66.7% de la población contesto que si hay salidas de emergencia y se encuentran abiertas para salir en caso de emergencia. Por su parte el 31.1% refiere que se encuentran cerradas con seguro, por tanto inoperables en caso de evacuación por emergencia.

CONCLUSIONES

Las medidas de prevención en caso de evacuación del hospital no son al cien por ciento seguras, pues no están localizadas en su totalidad por el personal que labora en él, además de no ser totalmente operables, lo que conlleva a riesgos en situación de emergencia.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infra estructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, disponible en: <http://www.dof.gob.mx/>
2. OMS. (2009). "Hospitales seguros frente a los desastres", Reducir el riesgo, Proteger las instalaciones de salud, Salvar vidas. Naciones Unidas, disponible en: <http://www.paho.org/disasters/>
3. Sistema Nacional de protección Civil. (2012). "Fondo de desastres naturales". [En Línea], México, disponible en: http://www.proteccioncivil.gob.mx/es/ProteccionCivil/Que_es
4. Organización Mundial de la Salud, Emergencias, 2016 <http://www.who.int/topics/emergencias/es/>
5. STPS, Secretaria del Trabajo y Previsión Social. NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Secretaria del Trabajo y Previsión Social, México: Diario Oficial de la Federación, 2010, 54.
6. Manual de primera intervención frente al fuego mediante el uso de extintores portátiles y bocas de incendio equipadas. Manual, Dirección General de Protección Civil y Emergencias, Secretaría General Técnica. Ministerio del

Interior, España: Secretaría General Técnica., 2013, 52.
<http://www.proteccioncivil.org/documents/11803/22691/Manual+de+Primera+Intervencion+fuego+uso+extintores>

7. LGPC, Ley General de Protección Civil. Ley general de protección civil. Congreso general de los estados unidos mexicanos, cámara de diputados del h. Congreso de la unión, México: Diario Oficial de la Federación, 2014, 22. Recuperado de: file:///C:/Users/karla/Downloads/LGPC_030614.pdf
8. NOM-002-STPS-2010, Norma Oficial Mexicana. Guía informativa de la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010. Guía, Diario Oficial de la Federación, México: Gobierno Federal, 2011. [Disponible en línea] <http://trabajoseguro.stps.gob.mx/trabajoseguro/boletines%20anteriores/2012/bol046/vinculos/Guia%20NOM-002-STPS-2010.PDF>
9. Organización Panamericana de la Salud OPS, 2007, ¿Su hospital es seguro? Preguntas y respuestas para el personal de salud. Serie Manuales y guías sobre desastres No. 11. Pp 9-45

CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO LABORAL DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA DE LA UAEMÉX

¹Edith Guadalupe Martínez Morales

²Dora María Martínez Albarrán

³Jannet Delfina Salgado Guadarrama

⁴María Teresa Rojas Rodríguez

RESUMEN

Las instituciones educativas realizan periódicamente evaluaciones curriculares sobre diversos aspectos académicos que posibiliten la toma de decisiones y la planeación de estrategias encaminadas a la mejora continua. Motivo por el cual los estudios sobre egresados necesitan convertirse en una actividad constante de los organismos académicos, dado que dichos estudios permiten conocer el grado de congruencia entre la formación profesional recibida, la inserción y distribución en el mercado laboral. Objetivo: Identificar las características de la trayectoria laboral entre el primer empleo y el actual de egresados de la Licenciatura en Enfermería de la UAEMéx. Metodología: Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. La muestra intencionada es de 65 egresados. Se utilizó un cuestionario de 75 preguntas, validado por expertos; organizadas en cinco apartados, reportando en este trabajo la sección sobre trayectoria laboral entre el primer empleo y el actual. La información se procesó con el SPSS para el análisis de datos. Resultados: Los datos de identificación indican que los egresados tiene en promedio una edad de 26 a 35, en su mayoría son del género femenino y solteros. Conclusiones: Las características de la empresa presentan ciertas constantes entre el primer y actual empleo como contratar enfermeras(os), pertenecer al sector público, ser de tamaño mediano y ubicadas en Toluca. Con relación al puesto se tiene que el trabajo realizado tiene relación directa con la formación profesional, con jornadas laborales de tiempo completo, y con incrementos en la percepción económica. El grado de satisfacción laboral encontrado se relaciona con el desempeño profesional de los egresados.

Palabras clave: Seguimiento de egresados, mercado laboral, trayectoria laboral, enfermería, evaluación curricular

¹Mtra. en E.S., ²Mtra. en E.S., ³ Dra. en A.D. ⁴ MECS; Profesoras de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

INTRODUCCIÓN

Es una necesidad creciente el hecho de que las instituciones educativas realicen análisis cada vez más rigurosos sobre aspectos institucionales, que posibiliten una mejor toma de decisiones y el establecimiento de estrategias encaminados a la mejora continua, así es como los procesos de evaluación curricular se vuelven prioritarios, al permitir a las instituciones educativas analizar y valorar en qué medida se está respondiendo al compromiso social de responder a las demandas y satisfacer las necesidades existentes (Díaz-Barriga, 2011).

Motivo por el cual la investigación sobre egresados necesita convertirse en una actividad constante dentro de cualquier IES (Institución de Educación Superior), dado que la información obtenida a partir de estos estudios permite conocer el grado de congruencia entre la formación profesional recibida, la inserción y distribución en el mercado laboral de egresados (ANUIES, 2003; Valenti, 2003).

Conocer lo anterior permite la renovación de la oferta y demanda académica, de manera tal que los programas ofrecidos respondan con anticipación y oportunidad a las nuevas necesidades de la sociedad globalizada, y a la vez garantice a los egresados la posibilidad de insertarse en el mercado laboral gozando de prestigio, aceptación y con el desempeño laboral logren acceder a mejores oportunidades laborales (Jiménez, 2009; Grau, 2011).

Es así como la UAEMéx a través de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FEyO), tiene la labor y el compromiso permanente con los estudiantes y egresados, de formar profesionistas que sean competitivos en el mercado laboral en el área de la

salud. Para cumplir con esta finalidad el Departamento de egresados de la FEyO, se ha dado a la tarea de recopilar información sobre las características y necesidades de los egresados a través de los estudios de egresados, lo que ha permitido tener un acercamiento a las fortalezas y debilidades del currículo formativo a partir de las opiniones de los egresados, dicha información ha permitido conocer la forma en que se cubren los indicadores de calidad de la educación y también retroalimentar el plan de estudio, con la finalidad de mejorar el nivel académico de los profesionales que satisfagan las necesidades laborales de salud, al ser más competitivos en el mercado laboral (FEyO, 2012).

OBJETIVOS: General: Analizar las características del mercado laboral de egresados de la Licenciatura en Enfermería de la UAEMéx.

Específico: Identificar las características de la trayectoria laboral entre el primer empleo y el actual de egresados de la Licenciatura en Enfermería de la UAEMéx.

MÉTODOLOGÍA

Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La población de estudio se conformó con 68 exalumnos de la Licenciatura en Enfermería que asistieron a reuniones de egresados convocadas por el Departamento Institucional de Seguimiento de Egresados de la FEyO. La muestra intencionada quedó integrada con 65 egresados que contestaron el cuestionario aplicado y cubrieron los criterios de inclusión. El instrumento utilizado fue un cuestionario validado por expertos, que consta de 75 preguntas de tipo dicotómicas, de opción múltiple, escalas de Likert, cerradas y abiertas; organizadas en cinco apartados: Datos de identificación, datos laborales (más de un empleo y desempleado), trayectoria laboral (primer empleo y empleo actual), exigencias en el desempeño profesional en el trabajo actual y satisfacción laboral. El instrumento se aplicó de manera individual. La información se procesó utilizando el programa estadístico SPSS, obteniendo medidas de tendencia central para describir el objeto de estudio, con los cuales se realizó el

análisis de datos de cada variable e indicadores correspondientes, así como la relación entre ellas utilizando la estadística descriptiva básica.

RESULTADOS

Los datos que aquí se reportan corresponden al apartado sobre la trayectoria laboral de los participantes de la investigación, y son los siguientes:

Datos de identificación.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observó que la edad de la mayoría de los egresados oscila entre los 26 a 35 años (55.4%). En cuanto al género se puede identificar que el 87.7% pertenecen al femenino y el masculino solo representa el 12.3%. Con referencia al estado civil la mayor parte de los encuestados (55.5%) son solteros. Y el 52.3% de ellos emplean como medio de comunicación el correo electrónico.

Caracterización del primer empleo y el actual:

Sobre la trayectoria laboral, motivo de este trabajo, se hace una comparación entre las características del primer empleo y el empleo actual de egresados de la Licenciatura en Enfermería de la UAEMéx, primero con relación a las generalidades de la empresa y el segundo, en función del cargo que desempeñan profesionalmente.

I. Características de la empresa:

A. Primer empleo (Inserción al mercado laboral):

El 52.3% de los egresados respondieron que su primer trabajo fue como enfermera, seguido del 24.6% que no contestaron la pregunta, y el 23.1% con otras actividades no relacionadas con enfermería.

Sobre el sector al que pertenece la empresa laboral, el 49.2% corresponde al sector público, el 46.2% al sector privado y el resto 4.6% no contestó.

Con relación al tamaño de la empresa el 32.3% son instituciones de 250 o más trabajadores, el 29.2% es de 10 a 49 trabajadores, el 20.0% es de 50 a 249 empleados, el 12.3%, menos de 10 trabajadores y el 6.2% no contestó.

Con respecto a la ubicación de la empresa, el 41.5% están dentro del municipio de Toluca, con un porcentaje igual, se ubican en otros municipios del propio estado, el 10.8% se localizan en otros estados, y el 6.2% no contestó.

B. Empleo actual:

El 56.9% no tiene el mismo empleo que el primero, el 26.2% se encuentra en el mismo trabajo que fue el primero, y el 16.9% no contestó.

El sector al que pertenece la empresa donde labora actualmente, el 72.3% son del sector público, el 12.3% al sector privado, y el 15.4% no contestó.

Con referencia al tamaño de la empresa el 44.6% pertenece a empresas de más de 500 trabajadores, seguido con un 26.2% las empresas con un tamaño de entre 100 a 499 empleados, entre 10 y 100 trabajadores el 15.4%, el 1.5% menos de 10 trabajadores, y finalmente el 12.2% no contestó.

Sobre la ubicación de la empresa se presenta similar a la del primer empleo, donde el municipio de Toluca tienen el mayor porcentaje con 46.2%, seguido de la ubicación en otros municipios del estado con un 38.5%, con un mínimo de 1.5% en otros estados de la república y el 13.8% no contestó.

II. Características del puesto:

A. Primer empleo (Inserción al mercado laboral):

Los datos indican que gran parte de los egresados encuestados 61.4% en su primer empleo ocuparon el puesto de enfermera operativa, seguido del 15.5% que

realizaron actividades como auxiliar de enfermería, y finalmente el 23.1% no contestó.

Con relación a las funciones que desempeñaban, 93.8% indicaron que si estaban relacionadas con su formación profesional, el 1.5% mencionaron no estar relacionado, y el 4.6% no contestó.

Para el tiempo que dedicaban a trabajar en el primer empleo se encontró que el 50.8% fue de tiempo completo, el 38.5% de medio tiempo, el 6.2% fue eventual, y el 4.6% no contestó.

Respecto al salario, se indicó que el 58.5% percibía una cantidad mensual de cinco mil pesos o menos, el 30.8% entre cinco y diez mil pesos, el 4.5% entre 10 y 15 mil, el 3.1% un sueldo mayor a 15 mil pesos, y no contestó el 3.1%.

B. Empleo actual:

Para el empleo actual se tiene que las funciones laborales que desempeña el profesional de enfermería son de tipo operativo con un 67.8%, el 12.3% en otro puesto no especificado, como jefe de área o departamento un 3.1%, como docente el 1.5%, al igual que como director o coordinador, y por último el 13.8% no contestó.

Así mismo se encontró que 86.2% mencionó que si hay una relación del trabajo actual con la formación profesional, algunas veces 1.5%, y el 12.3% no contestó.

En cuanto al tiempo que es dedicado al empleo actual, el 46.2% es de tiempo completo, seguido del 27.7% que lo hace de medio tiempo, y con un 7.7% lo hace de manera eventual, y el 18.4% no contestó.

En relación al salario mensual percibido se observa que el 46.2% percibe entre cinco y diez mil pesos, seguido del 23.1% que tiene un ingreso de cinco mil pesos o menos, y solo una minoría del 9.2% perciben entre diez y 15 mil pesos mensuales, 9.2% más de 15 mil, y el 12.3% no contestó.

Con base a los datos descritos y haciendo un comparativo entre de las características entre los dos momentos de empleabilidad se puede decir que:

Las funciones profesionales de enfermería son similares con relación al cargo y ámbito laboral, por el contrario hay una diferencia importante en relación al tamaño de la empresa en función de que hay un cambio de empresa de pequeña-mediana a una empresa de mayor dimensión clasificada como grande.

Con relación a las características del puesto que tienen los egresados de enfermería en el campo laboral presenta una serie de aspectos constantes como lo es el puesto desempeñado, la relación de éste con su formación profesional y el tiempo completo dedicado al desempeño laboral y las diferencias importantes están en función de la dimensión de la empresa y la percepción económica recibida.

III. Satisfacción laboral

Datos importantes relacionados con la inserción y permanencia en el mercado laboral, son los indicadores de satisfacción, que para el profesional en enfermería de este caso son los siguientes:

Con relación a la promoción del cargo en la institución laboral se encontró que el 56.9% que son un poco más de la mitad de los encuestados, no han sido promovidos laboralmente de puesto, el 27.7% si ha tenido alguna promoción laboral, y el 15.4% no respondió la pregunta.

Los aspectos principales que han influido para obtener la promoción de puesto son la preparación académica con un 24.6%; del conocimiento y el manejo de la empresa, así como de la experiencia con el 13.8%; cursos de actualización y nivel de desempeño con el 9.2%. Con relación a los cursos de capacitación recibidos se encontró que el 49.2% han recibido entre uno y tres cursos en el último año, el 16.9% entre 4 a 6, el 16.9% no ha tomado ninguno, y el 17.0% no contesto.

La importancia del grado de satisfacción que los egresados manifiestan para con el actual empleo respecto a su desempeño profesional, se encontró que el 53.8%, que son un poco más de la mitad, mencionaron sentirse muy satisfechos con su empleo actual, el 33.8% dijeron que están satisfechos y el 12.4% no lo están.

Este grado de satisfacción reportado por los egresados se refleja en las acciones que se emprenden para buscar mejores oportunidades laborales. Así se encontró que el 35.4% de los egresados dijeron que cambiarían de manera inmediata de trabajo para buscar uno que le ofrezca mejores oportunidades, el 21.5% lo haría después, y el 32.3% no lo haría.

CONCLUSIONES

Las principales características de la empresa donde laboran los egresados de enfermería presentan una constante de ser contratadas como enfermera(o), y las instituciones en que laboran pertenecen al sector público, de tamaño mediano y se ubican en el municipio de Toluca. Las características del puesto de la profesión de enfermería no presentan un cambio significativo en la mayoría de ellas entre el primer empleo y el actual, ya que el trabajo realizado tiene relación directa con su formación profesional al desempeñarse en las diversas funciones operativas de su profesión, donde su jornada laboral es de tiempo completo, lo que genera una percepción económica que ha registrado un aumento.

El grado de satisfacción laboral encontrado está relacionado con el desempeño profesional que tienen los egresados en el puesto que se ocupa, la capacitación constante y la promoción eventual dentro del organismo laboral.

REFERENCIAS

1. ANUIES. Asociación nacional de universidades e instituciones de educación superior. 2003. Esquema Básico para Estudios de Egresados. México: Colección Biblioteca de la Educación Superior.
2. Díaz-Barriga, A.F. 2011. Metodología del diseño curricular para educación superior. México Trillas.
3. FEyO. Facultad de Enfermería y Obstetricia. 2012. Plan de Desarrollo 2012-2016. Toluca, Méx. Universidad Autónoma del Estado de México. Consulta realizada el 21 de febrero de 2016. Documento disponible en: http://www.uaemex.mx/planeacion/InfBasCon/EnfermeriayObstetricia/PlandeDesarrollo/2012-2016/PD_12-16_Enfermeria.pdf
4. Grau, M. R. 2011. Diseño y desarrollo del curriculum. Barcelona: Alianza
5. Jiménez, M. S. 2009. Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. Baja California Revista Electrónica de Investigación Educativa, 11 (1). Consultado el 22 de marzo del 2016 en: <http://redie.uabc.mx/vol11no1/contenidojimenez.html>
6. Valenti, N. G. y Varela, P. G. 2003. Diagnóstico sobre el estado actual de los estudios de egresados. México: ANUIES.
7. Vargas, R. 2000. Trayectoria profesional de los ingenieros en la industria maquiladora electrónica: el caso de Sanyo Video componentes. Baja California: Revista Electrónica de Investigación Educativa, 2 (2). Consultado el 17 de junio de 2016 en: <http://redie.ens.uabc.mx/vol2no2/contenido-vargas.html>

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN USUARIAS ATENDIDAS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, ZUMPANGO ESTADO DE MÉXICO.

Areli Mimbrera Maturano
Lilia Esther Santana Castro
Reyna Amador Velázquez
Claudia Rodríguez García

RESUMEN:

Objetivo General: Evaluar las complicaciones en el embarazo en usuarias atendidas en instituciones del primer nivel de atención. Objetivos Específicos: Conocer los cuidados y la orientación que brinda el personal de enfermería sobre el control prenatal a las usuarias embarazadas atendidas en un primer nivel de atención, Identificar los signos de alarma en las usuarias embarazadas, Identificar si las usuarias embarazadas atendidas en el primer nivel de atención llevan un adecuado control prenatal. Método El tipo de enfoque que se utilizó es transversal, descriptivo. Unidad de análisis: Usuarias embarazadas. Población: 95 usuarias embarazadas que asistieron a un primer nivel de atención. Criterio de Inclusión: Toda usuaria embarazada que asiste a los centros de salud en la jurisdicción Zumpango, toda usuaria que quiera contestar el cuestionario y que se encuentre embarazada. Criterios de exclusión: Todas las mujeres que no estén embarazadas, usuarias embarazadas que no asisten a los centros de salud de la jurisdicción Zumpango, usuarias que no quieran participar en la investigación. Se diseñó un cuestionario en donde se llevó a cabo una prueba piloto con el 5% de la población la cual fue revisada por tres expertos el área. Se elaboró una base de datos en el Programa SPSS para resultados por medio de estadística descriptiva. Resultado: Se observó que las actividades, cuidados y orientación que brinda el personal de enfermería se lleva a cabo en un gran porcentaje, de igual manera las usuarias mostraron interés para asistir al control prenatal e identifican los signos de alarma sin embargo se identificaron factores que podrían complicar el embarazo como la hipertensión y la diabetes mellitus.

Palabras clave: Complicaciones, usuaria embarazada

¹Areli Mimblera Maturano, Lic. en Enf. Profesor de Asignatura del Centro Universitario UAEM, Zumpango. Universidad Autónoma del Estado de México. Dirección: Carretera Cuautitlán San Pedro Zumpango, Estado de México. arelibba_uva@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso natural que debería desarrollarse sin problemas. Sin embargo, durante este proceso se podrían presentar complicaciones graves que pueden ocasionar la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año unos 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones en el embarazo y al menos 18 millones de ellas sufrirán a largo plazo secuelas a menudo discapacitantes^{1,2}. El índice más alto de complicaciones de embarazo y parto se encuentra en los países en vías de desarrollo. Dentro de las principales complicaciones obstétricas descritas se encuentran las hemorragias, las infecciones y las enfermedades de hipertensión durante el embarazo^{3,4,5}.

Entre los factores vinculados con las complicaciones del embarazo y el parto se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida⁶.

Muchas de las complicaciones que se presentan en el transcurso del embarazo pueden atenderse o incluso prevenirse por medio de la atención prenatal, que consiste en una serie de consultas sistematizadas cuyo propósito es vigilar la salud de la mujer y su producto. Esta es una de las intervenciones en salud más importantes porque permite la disminución de la tasa de mortalidad materna, fetal y neonatal. En México, la norma de salud en la materia señala que, en promedio, las mujeres deben recibir cinco consultas prenatales, las cuales deben iniciar en el

primer trimestre de gestación, con la finalidad de atender oportunamente las posibles complicaciones de salud del binomio madre-hijo en el transcurso del embarazo⁷.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar las complicaciones en el embarazo en usuarias atendidas en instituciones del primer nivel de atención.

Específicos: Conocer los cuidados y la orientación que brinda el personal de enfermería sobre el control prenatal a las usuarias embarazadas atendidas en el primer nivel de atención.

Identificar si las usuarias embarazadas conocen los signos de alarma.

Identificar si las usuarias embarazadas atendidas en el primer nivel de atención llevan un adecuado control prenatal.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal porque proporciona la frecuencia de una exposición o resultado en una población y se evaluaron las características de las complicaciones en el embarazo, así como las variables de interés en una población y en un momento determinado. Unidad de análisis: Usuarias embarazadas de la jurisdicción Zumpango. Población: 95 usuarias embarazadas que asistieron a las unidades de primer nivel de atención en la jurisdicción Zumpango. Criterio de Inclusión: Toda paciente embarazada que asiste a los centros de salud en la jurisdicción Zumpango. Criterios de exclusión: Todas las mujeres que no estén embarazadas, usuarias embarazadas que no asisten a los centros de salud de la jurisdicción Zumpango. Se diseñó un instrumento el cual está dividido en tres apartados: Datos Generales, datos heredofamiliares, datos obstétricos y cuidados Prenatales (consultas), donde se llevó a cabo una prueba piloto con el 5% de la población la cual fue revisada por tres expertos el área. Se elaboró una base de datos en el Programa SPSS versión 22 para obtener los

resultados por medio de cuadros, graficas a través de estadística descriptiva, para llegar a conclusiones y sugerencias de esta investigación.

RESULTADOS

Participaron 95 usuarias embarazadas las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, en relación al estado civil 55% unión libre, 32% casadas, 12% solteras y 1% divorciadas. En cuanto a la seguridad social 70% seguro popular, 22% no contesto, 5% IMSS, 2% ISSSTE. Nivel académico 39% secundaria, 34% preparatoria, 20% primaria, 5% universidad y 1% respondieron tener otro nivel de estudios. Con relación a la ocupación 83% hogar, 11% Empleado, 4% estudiantes y 2% desempleadas. La edad en que iniciaron su menstruación con un mínimo 11 máximo 14 años, (M= 12 años). Respecto al número de embarazos 56% uno, 39% de dos a cuatro, 1% siete. Número de partos 69% ninguno, 12% uno y dos partos, 7% más de tres partos. Número de abortos 88% ninguno 10% uno y 2% dos. Número de cesáreas 85% ninguna, 13% una y 2% dos. Embarazos de alto riesgo 93% no presentaron complicaciones, 6% uno y el 1% tres. Fecha probable de parto 60% siempre, 20% algunas veces y nunca. Calcula e informa sobre las semanas de gestación 65% siempre, 19% algunas veces y 16% nunca.

Los antecedentes heredofamiliares patológicos: 50% ninguno, 38% diabetes, 6% hipertensión, 5% embarazos múltiples y 1% adicciones. En relación a los antecedentes personales 32% ninguno, 30% menor de 20 años, 23% hipertensión arterial, 4% dos o más cesáreas, 3% cinco o más embarazos y dos o más abortos, 2% otro y 1% con diabetes mellitus, cardiopatías y edad de 35 años o más. Antecedentes obstétricos 44% ninguno, 32% menor de 20 años, 6% abortos y Cesárea previa, 4% infección crónica urinaria, 3% infección puerperal, 2% hemorragias, 1% obesidad, desnutrición y Preeclampsia / Eclampsia. Con respecto a los problemas que se presenta en el embarazo 77% ninguno y 14% embarazo no deseado.

De acuerdo interrogatorio a las usuarias embarazadas sobre los signos de alarma 77% siempre lo hace, 13% algunas veces y 10% nunca. Con respecto a cuales son los signos de alarma: presencia de movimientos fetales, 71% siempre, 21% algunas veces y 8% nunca. Registro el peso durante el embarazo 87% siempre, 8% nunca y 5% algunas veces. Escucha y registra la Frecuencia Cardiaca Fetal, 57% siempre, 26% nunca y 17% algunas veces. Realiza maniobras de Leopold e informa sobre la posición de su bebé 57% siempre, 23% algunas veces y 20% nunca lo hace. Medición del fondo uterino e informe de resultados 64% siempre, 19% nunca y 17% algunas veces. Asistencia a su primer consulta 58% de 3 a 6 meses, 27% menos de un mes, 12% más de seis meses y 3% otro. En relación a hipertensión arterial 92% no y 8 % sí. Presencia de cefalea, 80% no y 20 % si; manifestación de fosfenos 90% no y 10 % sí. Observa edema en cara, manos o pies 87% no y 13% sí. Presencia de sangrado transvaginal 95% no y 5% sí. Ha percibido contracciones uterinas antes de tiempo 94% no y 6% sí.

En relación a los cuidados y orientación que el personal de enfermería proporciona a las usuarias embarazadas en el control prenatal se obtuvo: Proporciona ácido fólico, sulfato ferroso o suplemento alimenticio 83% siempre, 12% algunas veces y 5% nunca. Aplicación de la vacuna Toxoide Tetánico-Diftérico 76% siempre, 14% nunca y 10% algunas veces. Oriento sobre los signos de alarma 70% siempre, 23% algunas veces y 7% nunca. Informo sobre la atención del parto 72% siempre, 20% algunas veces y 8% nunca. Brindo orientación e información sobre el manejo del recién nacido 71% siempre, 21% algunas veces y el 8% nunca. Orientación e información sobre la lactancia materna 72% siempre, 21% algunas veces y 7% nunca. Información sobre planificación familiar 72% siempre, 21% algunas veces y 7% nunca. Informa si el embarazo que cursa es saludable o presenta alguna complicación 70% siempre, 21% algunas veces y 9% nunca. Recibieron alguna visita en su domicilio por el personal de enfermería para el control del embarazo 39% Si, 31% algunas veces y 30% nunca. Les otorgaron cartilla de salud nacional de la mujer 74% siempre, 19% nunca y 7% algunas veces. Proporciono ácido fólico

antes del embarazo 66% siempre, 16% algunas veces, 12% nunca y 6% no contesto. Otorgo ácido fólico tres meses previos al embarazo y hasta la semana 12 de gestación 72% siempre, 12% algunas veces, 9% nunca y 7% no contesto. Explico el objetivo del consumo de ácido fólico 80% siempre, 9% no contesto, 7% algunas veces y 4% nunca. Registra los datos obtenidos en su carnet de embarazo 77% siempre, 10% algunas veces, 9% no contesto y 4% nunca. Le toma de presión arterial 85% siempre, 9% no contesto, 5% algunas veces y 1% nunca. Toma el peso cuando asiste a su consulta 86% siempre, 9% no contesto y 5 % algunas veces. Toma la talla 87% siempre, 9% no contesto y 4% algunas veces. Monitoriza su FC 87% siempre, 9% no contesto y 4% algunas veces.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos que se obtuvieron al encuestar a las usuarias embarazadas se obtuvo que en su mayoría vive en unión libre, se encuentran afiliadas al Seguro Popular, el nivel académico que predomina es secundaria y preparatoria dejando la educación profesional en un porcentaje mínimo, la mayoría son amas de casa, el inicio de menstruación entre los 12 y 11 años, en relación al número de embarazos predomina la primigesta, donde el principal objetivo será orientarlas para evitar complicaciones que afecten al binomio madre-hijo, se encontró que un alto porcentaje no presentaron abortos, cesáreas, embarazos de altos riesgo y muerte antes del nacimiento.

En relación a los antecedentes heredo familiares patológicos, se identificó que la diabetes e hipertensión son factores que pueden complicar el embarazo, podrían ocasionar enfermedades como la diabetes gestacional o la preeclamsia/ eclampsia. Con respecto a los antecedentes personales un gran porcentaje de las gestantes son menores de 20 años, seguido de la hipertensión el cual vuelve a ser un dato importante; este resultado nos sirve para prevenir una posible complicación, en relación a los antecedentes obstétricos no hay factores que pongan en peligro al binomio madre- hijo.

Los resultados que se obtuvieron al encuestar a las usuarias sobre las actividades que realiza el personal de enfermería como observar la presencia de movimientos fetales, registrar Frecuencia Cardiaca Fetal, medición de peso y fondo de uterino y/o interrogatorio para identificar si la usuaria conoce los signos de alarma, refieren que un gran porcentaje lo realiza.

La mayoría de las gestantes mostraron interés sobre el control prenatal y asistieron a su primera consulta dentro de los 3 a 6 meses, refieren no tener problemas de hipertensión, cefalea, fosfenos, edema en cara o pies, sangrado transvaginal y contracciones uterinas, estos resultados indican que no presentan complicaciones durante embarazo.

En relación a la orientación y cuidados que el personal de enfermería otorga a las usuarias embarazadas encontramos que la mayoría proporciona ácido fólico, sulfato ferroso o suplemento alimenticio, aplico vacuna Toxoide Tetánico-Diftérico y explico el objetivo del consumo de ácido fólico, realizo monitoreo de signos vitales y somatometría.

Es importante que las instituciones de salud brinden capacitación continua al personal de enfermería, para que adquieran la habilidad y seguridad al proporcionar los cuidados para que estos sean óptimos y adecuados y ayudar a conservar la salud del binomio, y evitar a toda costa un riesgo de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Viegas OAC., Wiknsosastro G. Para un parto sin riesgos se requiere de algo más que servicios médicos. Ginebra: OMS. Foro Mundial de la Salud. Maternidad sin Riesgos. 1993; 13:38-64
2. Giménez Oscar Maternidad segura, un problema de justicia social. Día Mundial de la Salud OMS. Jano 1998.

3. Bullough CHW, Graham WJ. 2003. Clinical audit – learning from systematic case reviews assessed against specific criteria. In: Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization, 2004 (available from: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/btn.pdf>).
4. World Health Organization. Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO, 2001 (available from: www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_9_maternal_mortality_estimates/index.en.html).
5. World Health Organization. Mother–Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. Geneva: WHO/ FHE/MSM, 1994 (available from: www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_94_11/MSM_94_11_chapter2.en.html).
6. Acsadi, George TF. La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socioculturales y demográficos de la salud materna. New York E.U: Family Care International 1993:1-6.
7. Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2012, 9 de octubre). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Recuperado el 7 de julio de 2015, de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550
8. Bonilla-Musoles, F.; A. Pellicer, (2008) Obstetricia, Reproducción y Ginecología básicas. Ed. Panamericana.

PREVENCIÓN DE RIESGO POR VIRUS DE ÉBOLA EN TRABAJADORES DEL ÁREA DE LA SALUD

¹Gisela González González

²Ariana Rodríguez Peña

³Miriam Gómez Ortega

⁴Bárbara Dimas Altamirano

RESUMEN

El brote por virus del Ébola se da en África Occidental a partir de 2014, es altamente infeccioso y contagioso además de convertirse en epidemia y que supone un riesgo de salud pública, el virus se transmite a través de fluidos corporales como son gotitas de flugge, sangre o inclusive sudor. Es una enfermedad altamente mortal y no existe tratamiento ni vacuna para la prevención. Objetivo: Analizar los factores de riesgo de contagio ante el virus del ébola en trabajadores del área de la salud. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Universo Personal de los hospitales de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Muestra: Por conveniencia integrada por 60, trabajadores del área de la salud de salud del servicio de urgencias. Se aplicó un Check list del protocolo, de Secretaría de Salud. Para el análisis e integración de los datos se utilizó el SPSS versión 20. Resultados: El 82.9% de las personas encuestadas mencionaron que saben que es la enfermedad por virus del Ébola y El 39% identifican el agente biológico, el 51.2% dijo no conocer la vía de entrada, el 90.2% menciona no tener protocolos de atención para la enfermedad. Conclusiones: El Ébola es una enfermedad con alta tasa de letalidad. El personal de salud está expuesto a riesgo biológico alto, por tanto debe estar capacitado, e implementar medidas de prevención.

Palabras clave: Riesgo, Trabajadores de la Salud, Ébola.

^{1,2}Licenciada en Enfermería, ^{3,4} Cuerpo Académico Promoción y Educación para la Salud, Red Internacional Salud Ocupacional y Gestión del riesgo de Desastre. Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMex.

INTRODUCCIÓN

El Ébola es una enfermedad infecciosa producida por un virus, presenta un alto contagio y gravedad, que puede afectar tanto a personas como a algunos animales; en África se han documentado casos de infección asociados a la manipulación de chimpancés, gorilas, murciélagos frugívoros, monos, antílopes y puercoespines infectados que se encontraron muertos o enfermos en la selva. (OMS, 2014; 1)

Se le da el nombre “Ébola” por el lugar geográfico en el cual apareció por primera vez y desde allí se diseminó. La primera y principal epidemia, registrada en el norte de la República del Congo, durante el año 1976 y en donde falleció el 92% de los pacientes infectados. (OMS, 2014; 1)

Dicho esto, se puede definir que la salud implica un riesgo notable dentro de nuestra sociedad, por la influencia y contacto que existe con las diversas enfermedades que se presentan, que traen consigo los diversos virus, bacterias y microorganismos. Por consiguiente, el estudio de la expansión, transmisión y control de las enfermedades infecciosas y vigilancia de los patrones de resistencia de los microorganismos, debe ser una prioridad, porque se han hecho presentes dentro de un número de población, como lo es la formación de los diversos virus. Es primordial, por lo mismo, contar con la colaboración de los países para prevenir y reducir o eliminar las fuentes desde las que se propaga la infección mediante políticas activas de saneamiento. Uno de los problemas persistentes y actuales de salud a nivel mundial es el desarrollo de diferentes virus, como lo es en la actualidad el virus de Ébola por su tipo de transmisión. (OMS, 2014: 2).

La enfermedad por el virus del Ébola es una enfermedad grave, a menudo mortal en el ser humano. Se trata de un virus causante de la conocida como fiebre hemorrágica viral del Ébola, una enfermedad infecciosa y altamente contagiosa, la cual es muy grave y afecta tanto a seres humanos como a otras especies del reino animal. (OMS, 2014:2)

En Etiología, es una enfermedad severa a menudo fatal que afecta a humanos y a primates (changos, gorilas y chimpancés). Este virus pertenece a la familia de los Filoviridae y existen 4 subtipos, de ellos tres han dado lugar a enfermedad en humanos, Ébola-Zaire, Ébola-Sudán y Ébola-Costa de Marfil. El período de incubación es de 2 a 21 días y su inicio es abrupto. (Elsevier, 2012, 2271).

La mortalidad de la infección por el virus Marburg es de alrededor del 25%, la del subtipo Sudán del 50% y la del subtipo Zaire del 80 a 90%. Los estudios realizados durante las epidemias indican que las infecciones subclínicas por estos virus son infrecuentes, aunque un pequeño porcentaje de la población sana tiene anticuerpos reactivos en la prueba de ELISA para detectar inmunoglobulina G (IgG). Las pocas infecciones observadas por el subtipo Reston del virus Ébola que han sido subclínicas. (Elsevier, 2012, 2270).

Se han investigado todos los casos y epidemias de filovirus para determinar la fuente del virus, aunque sin éxito, tanto para el virus Ébola, como para el virus Marburg. Los vectores sospechosos han sido arañas, murciélagos y monos, pero sin datos de campo que incriminen a alguno de estos animales. (Elsevier, 2012, 2267)

Los signos y síntomas, es muy rápido con fiebre, cefalea, dolores articulares y musculares, astenia, faringitis, diarrea, vómito, dolor abdominal y hemorragias internas y Otras características frecuentes consisten en fotofobia, linfadenopatía, inyección conjuntival ictericia y pancreatitis. La afectación del sistema nervioso central se suele manifestar por somnolencia, delirio o coma.

En el diagnóstico los síntomas del paciente y un interrogatorio exhaustivo que incluya preguntas sobre viajes recientes a zonas endémicas del virus, malaria o influenza, son de vital importancia para dilucidar el diagnóstico de la infección por virus del Ébola. Existen exámenes de laboratorio específicos que permiten detectar la presencia del virus en la sangre o en el suero, sobre todo en la fase aguda, en la

detección de Anticuerpos en la Inmunoglobulina, por el método ELISA de captura o sándwich. (Peters; 2012:164).

Para el tratamiento, en la actualidad no existe ningún medicamento dirigido a combatir el virus del Ébola, por lo tanto, solo se puede realizar tratamiento sintomático o medidas de apoyo. Entre ellas tenemos: para la fiebre, administrar Paracetamol, no indicar Ácido acetilsalicílico por el riesgo que existe de manifestaciones hemorrágicas; también se debe ingerir abundantes líquidos para evitar la deshidratación y guardar reposo en cama. Si el paciente tiene manifestaciones hemorrágicas requerirá la administración por vía endovenosa de líquidos, así como concentrado de plaquetas, factores de coagulación o de transfusiones de sangre si existen pérdidas importantes. Igualmente, dentro del tratamiento, es necesario llevar un control estricto de los signos vitales como la frecuencia cardíaca, el pulso y la presión arterial con el fin de poder determinar cualquier signo indicativo de shock.

El pronóstico de la fiebre hemorrágica por virus del Ébola es bastante malo, ya que se considera una patología potencialmente mortal. El período de tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta la muerte varía entre 2 y 21 días. Se estima que la tasa de mortalidad por fallo de múltiples órganos y posterior shock hipovolémico va desde un 50 a un 90%, variando según el tipo de virus del Ébola que cause la infección. (Talissee, 2014; 1)

Las complicaciones de la fiebre hemorrágica viral incluyen la retinitis, orquitis, encefalitis, hepatitis, mielitis transversa, y uveítis. La insuficiencia renal se asocia con infección, falla orgánica múltiple como consecuencia de una recuperación aparente después de haber cedido la fiebre en ciertos casos. (Arévalo, 2104; 1).

OBJETIVO: Identificar el riesgo de contagio de virus de Ébola para trabajadores del área de salud.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Universo Personal de los hospitales de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Muestra: Por conveniencia integrada por 60, personas de salud del servicio de urgencias de tres instituciones de salud, de segundo y tercer nivel del área de Toluca. Criterios de inclusión: personal de salud que labora en el área de urgencias y firmo carta de consentimiento informado. Se aplicó un Check list del protocolo, de Secretaría de Salud. Para el análisis e integración de los datos se utilizó el SPSS versión 20.

RESULTADOS

El personal de salud que participó en el estudio por género mujeres con prevalencia del 63.4% y hombres en un 36.6%. Entre ellos, fueron enfermeras, médicos, trabajadores sociales.

Las áreas estudiadas fueron urgencias con un 41.4%, el área de choque en un 9.7%, en admisión hospitalaria con 14.6 % y trabajadoras sociales con el 34.1%.

El 82.9% de las personas encuestadas mencionaron que saben que es la enfermedad por virus del Ébola y el 17% dijo no saber que es la enfermedad por virus del Ébola, siendo vital para el desempeño laboral y el autocuidado en la atención del paciente.

El 39% de los trabajadores de la salud mencionaron identifican el agente biológico que provoca la enfermedad del Ébola.

El 65.8% de las personas encuestadas y se consideran en riesgo para contraer Ébola y el 34.1% refiere no estar en riesgo.

Se le preguntó a los participantes si conocían la vía de entrada del virus del Ébola a lo que el 48% de los encuestados menciona que si sabía y el 51.2% dijo no conocer.

El 9.7% refirió contar con un protocolo de actuación para atender a pacientes con Ébola dentro de su área de trabajo, y en su mayoría el 90.2% menciona no tener protocolos de acuerdo al tipo de enfermedad.

CONCLUSIONES

El Ébola es una enfermedad muy agresiva por tener alta tasa de letalidad y desconocer el tratamiento efectivo dejando además secuelas graves en la población. El personal de salud está expuesto a riesgo biológico alto, aunque es una enfermedad que no se ha presentado en el país, se debe estar capacitado, para la atención y medidas de prevención de todas las enfermedades emergentes, altamente contagiosas y mortales en el cuidado de su propia salud, con protocolos ya existentes para el personal de salud.

REFERENCIAS

1. Banco Mundial, (2016) respuesta del Banco Mundial a la crisis del Ébola Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/topic/health/brief/world-bank-group-ebola-fact-sheet>
2. Elsevier Frederic, Montesqui Mark, Driburck Williams: provincial infectious disease advisory committee (2012), Routine practices an additional precautions. Third edition, Public Health Ontario, pp. 1-3177
3. OMS (2014). Enfermedad por el virus del Ébola [en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/> [accesado 3 de febrero 2015]
4. Peters G, Filio A, Revista Chilena de Infectología (2003). "Ébola: Corta y reciente historia de un joven virus" disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716>
5. Talisse I. Chan M. (2014), Ebola Virus Disease in West Africa- No Early End to the Outbreak. New Engl J Med. August 20.2014

EL EJERCICIO FOMENTA LA MEMORIA. ANTE UNA DEFICIENCIA, DE HIERRO ¿ES PERJUDICIAL?

¹ Carlos Antonio Ortega Aranda

² Patricia Vieyra Reyes

³ Margarita Marina Hernández González

⁴ Clementina Jiménez Garcés

RESUMEN:

El ejercicio regular mejora la salud física y mental a través de la vida. Modelos animales proveen herramientas para mejorar la comprensión de los mecanismos bioquímicos, fisiológicos y morfológicos a través de los cuales el ejercicio mejora los efectos cognitivos. Una de las regiones del cerebro, el hipocampo, es especialmente responsivo al ejercicio. Esta área participa activamente en el aprendizaje y memoria y es una región del cerebro mamífero que continúa generando nuevas neuronas a través de la vida. La memoria es la capacidad de codificar y almacenar la información captada inmediatamente y recuperar la información del pasado. Se sabe que sujetos que padecen deficiencia de hierro desarrollan alteraciones cognitivas que implican la memoria, sin embargo, se desconoce el impacto del ejercicio ante esta deficiencia nutricional. Para llevar a cabo esta investigación se empleó ratas Wistar deficientes de hierro a través del alimento colocadas en cajas con ambiente enriquecido que contenían ruedas para correr que empleaban ad libitum para realizar ejercicio voluntario. Posteriormente se les aplicó una prueba para identificar memoria a través del laberinto acuático de Morris. Se encontró que el ejercicio voluntario puede ser contraproducente para el establecimiento de memoria en sujetos deficientes de hierro, sin embargo, se necesitan más estudios al respecto.

Palabras claves: ejercicio, memoria, deficiencia de hierro.

INTRODUCCIÓN

Ejercicio y memoria: Comparados con muchos otros animales, los seres humanos tienen una capacidad de desplazamiento a larga distancia sostenida y esta habilidad ha evolucionado en cuanto a mecanismos celulares y moleculares que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano (Bramble and Lieberman, 2004, Marino, 2008, Mattson, 2012). Ser físicamente activo permite mantener saludables el sistema cardiovascular, inmune y mental así como una adecuada velocidad de procesamiento del sistema nervioso central (Erickson and Kramer, 2009, Erickson et al., 2012). En humanos, el ejercicio aeróbico se asocia con una mejora en la cognición y un incremento en volumen de ciertas regiones cerebrales y especialmente aumenta el flujo sanguíneo y aporte de oxígeno a la corteza frontal y el hipocampo (Maass et al., 2015, Vogiatzis et al., 2011). Este aumento de flujo sanguíneo mejora la capacidad de recordar objetos complejos espaciales, además en sujetos ancianos aminora el declive de la memoria espacial y verbal (ten Brinke et al., 2015). En cambio las actividades de baja intensidad como el yoga, mejora significativamente el desempeño en tareas de intercambio y la memoria de trabajo (Gothe et al., 2014). Por otro lado, en sujetos jóvenes, el ciclismo de alta intensidad está asociado a una mejor retención y adquisición (Skriver et al., 2014). Así pues, existe evidencia de que la actividad física a temprana edad, hace que los individuos tengan un 60% menos de probabilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer comparados con sujetos sedentarios (Rovio S, 2005). Así pues, el ejercicio no solo incrementa los niveles de neurogénesis hipocampal, sino que también mejora el aprendizaje y la memoria dependientes de esta misma región cerebral (Hamilton and Rhodes, 2015).

Deficiencia de hierro: La deficiencia de hierro es la enfermedad más común por deficiencia de nutriente único en el mundo y alrededor de 30% de la población mundial la padece (OMS, 2016). Por definición un individuo debe tener reservas de hierro agotadas, baja ferritina en plasma o hierro oxidable disminuido en médula ósea y una entrega inadecuada de hierro a los tejidos, esto causa una baja

concentración de transferrina y un aumento de sus receptores, así como una alta concentración de protoporfirina globular (Skikne et al., 1990).

Efectos de la deficiencia de hierro en el organismo: Hay evidencia de que la depleción de hierro tiene como consecuencia una disminución en la capacidad oxidativa celular, una reducción en la capacidad de transporte de oxígeno dependiente de la hemoglobina y cambios morfológicos, fisiológicos y bioquímicos relacionados con el movimiento de proteínas que necesitan éste micronutriente en diversos órganos (Poskitt, 2003). La deficiencia de hierro está asociada a procesos metabólicos alterados, incluyendo el transporte mitocondrial de electrones, síntesis de neurotransmisores, síntesis de proteínas, organogénesis, entre otros. Las manifestaciones clínicas de la deficiencia de hierro crónica pueden incluir: Glositis (inflamación de la lengua), estomatitis angular, coiloniquia (uñas en forma de cuchara), y anemia (Beard and Tobin, 2000).

Alteraciones en sistema nervioso central relacionadas con deficiencia de hierro: El hierro se requiere para una apropiada mielinización de la médula espinal, materia blanca y pliegues cerebelosos, también es cofactor para enzimas involucradas en la síntesis de neurotransmisores, incluyendo la triptófano reductasa para serotonina, tirosina hidroxilasa para norepinefrina y dopamina y para la ribonucleótido reductasa, el paso limitante de la tasa de síntesis de ADN (Beard, 2001). En el SNC, los oligodendrocitos son el principal tipo celular que contiene hierro y son responsables de la producción de ácidos grasos y colesterol para formar mielina; por lo tanto, las alteraciones en su funcionamiento se asocian con hipomielinización. En la deficiencia de hierro, estas células aparecen inmaduras y en periodos tempranos del desarrollo cerebral se asocia a retraso en la maduración motora y a alteraciones en el comportamiento, la motivación y la memoria principalmente (Lozoff and Georgieff, 2006, Lozoff et al., 2006, Doom and Georgieff, 2014, Fretham et al., 2011).

Memoria a corto plazo: Se refiere a la cantidad limitada de información que puede ser mantenida en la mente cuando se presenta cualquier material de aprendizaje, dura unas pocas horas y usualmente abre camino a la memoria de largo plazo. Aunque no sea su fase inicial ya que son independientes una de la otra a pesar de que comparten el mismo sustrato neuroanatómico pero con diferentes mecanismos neuroquímicos y subcelulares (Quillfeldt, 2006).

Memoria a largo plazo: Se refiere a lo que puede ser recordado del pasado cuando la información en cuestión ya no ocupa el pensamiento actual, ya sea porque la capacidad de memoria inmediata fue excedida o porque fue desviada (Quillfeldt, 2006).

Fases de la memoria: Ya que la formación no es un proceso espontáneo, se pueden distinguir dos fases de formación: Adquisición, mejor conocido como Aprendizaje, y Consolidación, el proceso lábil durante el cual la memoria pasa a ser físicamente almacenada. El recuerdo, también conocido como expresión de la memoria, se da mediante una reexposición al contexto del aprendizaje con o sin estímulo previo. Ésta es la única forma de probar que la memoria realmente se ha formado y almacenado (Quillfeldt, 2006).

OBJETIVO: Identificar si la deficiencia de hierro afecta la memoria a corto y/o largo plazo empleando ratas Wistar para su estudio.

METODOLOGÍA

Sujetos de estudio: Ratas Wistar macho de tres meses de edad aproximadamente (250 a 300 grs de peso vivo), periodo correspondiente a la etapa adulta. Los sujetos de estudio permanecieron alojados en el vivario del Laboratorio de Neurofisiología de la Conducta de la Facultad de Medicina de la UAEMex, bajo condiciones estándar de temperatura ($25^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$), ciclo de 12 hrs luz/12 hrs oscuridad (luces encendidas a las 7:00 am) y libre acceso al consumo de alimento y agua. Todos los

estudios fueron realizados de acuerdo a los Principios y procedimientos descritos por los Institutos Nacionales de Salud de Guía para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio y de acuerdo con el Comité Local de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Alimentación y grupos de estudio: Todos los sujetos de estudio provenían de madres que consumieron, durante todo el periodo de gestación y lactancia, la dieta que a continuación se menciona y que mantuvieron toda su vida hasta la edad adulta:

- Grupo Control: 7 ratas macho alimentadas con dieta de 100 ppm de sulfato ferroso (AIN-76W / 100).
- Grupo Deficiente de Hierro (DFe): 7 ratas macho alimentadas con dieta de 10 ppm de sulfato ferroso (AIN-76W / 10).

Ejercicio voluntario - Enriquecimiento ambiental: A partir del 21 al 70 PND, las ratas asignadas al azar a los grupos con ejercicio voluntario fueron videograbadas las 24 horas del día y colocadas por sexo en cajas de enriquecimiento ambiental equipadas con una ruedas para correr, túneles con PVC y juguetes (pequeñas pelotas, figuras de plástico y metal wire bridge; que eran intercambiadas de posición y lugar diariamente).

Evaluación de Memoria en roedores - Laberinto acuático de Morris: Ésta técnica ha sido ligada a uno de los pasos del proceso de formación de la memoria, la potenciación a largo plazo (LTP) y a la función del receptor NMDA del glutamato, un neurotransmisor que actúa como componente prioritario en la memoria, haciendo a éste experimento una pieza clave en la investigación del circuito hipocampal (Bannerman et al., 1995, Morris et al., 1986, Moser et al., 1998, Jeffery and Morris, 1993, D'Hooge and De Deyn, 2001).

Se colocó suavemente al animal en el punto de partida dentro del agua mirando hacia la pared del tanque, este punto fue contrario a la ubicación de la plataforma,

se inició el cronómetro en el momento en que se liberó al animal sobre la superficie del agua y se detuvo en cuanto tocara la plataforma (Saucier et al., 1996). Si la rata no encontrase la plataforma en 60 segundos, se le guiaba hacia ella (Vorhees and Williams, 2006). Una vez que la rata subió a la plataforma, se le permitió quedarse sobre ella por un intervalo de 15-30 segundos con la finalidad de que memorizara las marcas propias de la habitación y recordara la meta (Upchurch and Wehner, 1990, Hodges, 1996). Transcurrido ese tiempo, se procedió a sacar a la rata del tanque y secarla cuidadosamente para luego trasladarla a su caja. Este proceso se repitió con todas las ratas completando así el ciclo 1. Para los siguientes 3 ciclos (teniendo un total de 4 ciclos por rata pues no hay evidencia de que un número mayor ofrezca una mayor ventaja), la plataforma fue cambiada de cuadrante y se colocó al animal en el laberinto en un nuevo punto de inicio igualmente contrario a la ubicación de la meta. (Vorhees and Williams, 2006). El mismo procedimiento se repitió por 4 días que son suficientes como entrenamiento (Vorhees and Williams, 2006).

Para el día 5 solo se realizaron 2 ciclos por cada rata, el punto de partida fue similar en ambos ciclos y la plataforma no fue movida. Se repitió el mismo procedimiento pero en esta ocasión se le retiró fuera del tanque por un intervalo de 30 segundos para iniciar inmediatamente el segundo ciclo repitiendo el proceso anterior para finalizar retirando a la rata en el momento en que volvió a subir a la plataforma (Brown et al., 2004, Vorhees and Williams, 2006).

En el sexto día se retiró la plataforma del tanque y solo se realizó un ciclo por cada rata en el que se colocó al animal en el laberinto mirando a la pared del tanque en un punto contrario a la previa ubicación de la plataforma, dejándola nadar por 30 segundos para luego ser retirada del tanque, secada y llevada a su caja.

RESULTADOS

Memoria de corto plazo: Al evaluar la diferencia entre los ciclos 1 y 2 del día cinco, se observó que los sujetos control (Ctrl) encontraron la plataforma en 2.31 segundos y los deficientes de hierro (Dfe) en mayor tiempo, 5.38 segundos, manifestándose diferencia estadísticamente significativa entre grupos. Al realizar ejercicio voluntario, los sujetos control (Ctrl+EA) encontraron la plataforma en 6.04 segundos y los deficientes (Dfe+EA) en 16.83 segundos presentándose diferencia estadísticamente significativa entre grupos.

Memoria de largo plazo: El tiempo transcurrido en el cuadrante de la plataforma el día 6 en el grupo Ctrl fue de 22.55 segundos y en el DFe de 23.93 segundos, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Los sujetos Ctrl+EA mostraron mejora de desempeño al encontrar la plataforma en 20.41 segundos, sin embargo en sujetos Dfe+EA el desempeño fue menor, encontrando la plataforma en 24.46 segundos.

CONCLUSIONES

La deficiencia de hierro es perjudicial tanto para la memoria de corto como de largo plazo. Empero, el ejercicio voluntario, lejos de ocasionar efectos benéficos altera en mayor medida la memoria de corto plazo en sujetos DFe, sin causar mayor daño en su memoria de largo plazo.

REFERENCIAS

1. Bannerman, D. M., Good, M. A., Butcher, S. P., Ramsay, M. & Morris, R. G. 1995. Distinct components of spatial learning revealed by prior training and NMDA receptor blockade. *Nature*, 378, 182-6.
2. Beard, J. & Tobin, B. 2000. Iron status and exercise. *Am J Clin Nutr*, 72, 594S-7S.

3. Beard, J. L. 2001. Iron biology in immune function, muscle metabolism and neuronal functioning. *J Nutr*, 131, 568S-579S; discussion 580S.
4. Bramble, D. M. & Lieberman, D. E. 2004. Endurance running and the evolution of Homo. *Nature*, 432, 345-52.
5. Brown, R. W., Thompson, K. D., Thompson, K. N., Ward, J. J., Thacker, S. K., Williams, M. T. & Kostrzewa, R. M. 2004. Adulthood nicotine treatment alleviates behavioural impairments in rats neonatally treated with quinpirole: possible roles of acetylcholine function and neurotrophic factor expression. *Eur J Neurosci*, 19, 1634-42.
6. Cravens, R. W. 1974. Effects of maternal undernutrition on offspring behavior: incentive value of a food reward and ability to escape from water. *Dev Psychobiol*, 7, 61-9.
7. d'hooge, r. & de deyn, p. P. 2001. Applications of the Morris water maze in the study of learning and memory. *Brain Res Brain Res Rev*, 36, 60-90.
8. Doom, J. R. & Georgieff, M. K. 2014. Striking while the iron is hot: Understanding the biological and neurodevelopmental effects of iron deficiency to optimize intervention in early childhood. *Curr Pediatr Rep*, 2, 291-298.
9. Erickson, K. I. & Kramer, A. F. 2009. Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *Br J Sports Med*, 43, 22-4.
10. Erickson, K. I., Miller, D. L. & Roecklein, K. A. 2012. The aging hippocampus: interactions between exercise, depression, and BDNF. *Neuroscientist*, 18, 82-97.
11. Fretham, S. J., Carlson, E. S. & Georgieff, M. K. 2011. The role of iron in learning and memory. *Adv Nutr*, 2, 112-21.
12. Gothe, N. P., Kramer, A. F. & McAuley, E. 2014. The effects of an 8-week Hatha yoga intervention on executive function in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69, 1109-16.
13. Hamilton, G. F. & Rhodes, J. S. 2015. Exercise Regulation of Cognitive Function and Neuroplasticity in the Healthy and Diseased Brain. *Prog Mol Biol Transl Sci*, 135, 381-406.
14. Hodges, H. 1996. Maze procedures: the radial-arm and water maze compared. *Brain Res Cogn Brain Res*, 3, 167-81.
15. Jeffery, k. J. & morris, R. G. 1993. Cumulative long-term potentiation in the rat dentate gyrus correlates with, but does not modify, performance in the water maze. *Hippocampus*, 3, 133-40.

16. Kallai, J., Makany, T., Karadi, K. & Jacobs, W. J. 2005. Spatial orientation strategies in Morris-type virtual water task for humans. *Behav Brain Res*, 159, 187-96.
17. Lozoff, B., Beard, J., Connor, J., Barbara, F., Georgieff, M. & Schallert, T. 2006. Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. *Nutr Rev*, 64, S34-43; discussion S72-91.
18. Lozoff, B. & Georgieff, M. K. 2006. Iron deficiency and brain development. *Semin Pediatr Neurol*, 13, 158-65.
19. Maass, A., Duzel, S., Goerke, M., Becke, A., Sobieray, U., Neumann, K., Lovden, M., Lindenberger, U., Backman, L., Braun-Dullaeus, R., Ahrens, D., Heinze, H. J., Muller, N. G. & Duzel, E. 2015. Vascular hippocampal plasticity after aerobic exercise in older adults. *Mol Psychiatry*, 20, 585-93.
20. Marino, F. E. 2008. The evolutionary basis of thermoregulation and exercise performance. *Med Sport Sci*, 53, 1-13.
21. Mattson, M. P. 2012. Evolutionary aspects of human exercise--born to run purposefully. *Ageing Res Rev*, 11, 347-52.
22. OMS 2016. Carencia De Micronutrientes.
23. Poskitt, E. M. 2003. Early history of iron deficiency. *Br J Haematol*, 122, 554-62.
24. Quillfeldt, J. A. 2006. Behavioral Methods to Study Learning and Memory in Rats 21.
25. Rovio S, K. I., Helkala El. 2005. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*, 705 - 7011.
26. Saucier, D., Hargreaves, E. L., Boon, F., Vanderwolf, C. H. & CAIN, D. P. 1996. Detailed behavioral analysis of water maze acquisition under systemic NMDA or muscarinic antagonism: nonspatial pretraining eliminates spatial learning deficits. *Behav Neurosci*, 110, 103-16.
27. Skikne, B. S., Flowers, C. H. & Cook, J. D. 1990. Serum transferrin receptor: a quantitative measure of tissue iron deficiency. *Blood*, 75, 1870-6.
28. Skriver, K., Roig, M., Lundbye-Jensen, J., Pingel, J., Helge, J. W., Kiens, B. & Nielsen, J. B. 2014. Acute exercise improves motor memory: exploring potential biomarkers. *Neurobiol Learn Mem*, 116, 46-58.
29. Stewart, C. & Morris, R. 1993. The watermaze. *Behavioural Neuroscience, A Practical Approach*, 1, 107-122.

30. Ten Brinke, L. F., Bolandzadeh, N., Nagamatsu, L. S., Hsu, C. L., Davis, J. C., Miran-Khan, K. & Liu-Ambrose, T. 2015. Aerobic exercise increases hippocampal volume in older women with probable mild cognitive impairment: a 6-month randomised controlled trial. *Br J Sports Med*, 49, 248-54.
31. Upchurch, M. & Wehner, J. M. 1990. Effects of N-methyl-D-aspartate antagonism on spatial learning in mice. *Psychopharmacology (Berl)*, 100, 209-14.
32. Vogiatzis, I., Louvaris, Z., Habazettl, H., Athanasopoulos, D., Andrianopoulos, V., Cherouveim, E., Wagner, H., Roussos, C., Wagner, P. D. & Zakyntinos, S. 2011. Frontal cerebral cortex blood flow, oxygen delivery and oxygenation during normoxic and hypoxic exercise in athletes. *J Physiol*, 589, 4027-39.
33. Vorhees, C. V. & Williams, M. T. 2006. Morris water maze: procedures for assessing spatial and related forms of learning and memory. *Nat Protoc*, 1, 848-58.

ESTILOS DE VIDA, FACTOR DE RIESGO DE MORBI MORTALIDAD

¹Barbara Dimas Altamirano

²Miriam Gómez Ortega

³Andrea Guadalupe Sánchez Arias

⁴María Esther Bobadilla Serrano

RESUMEN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, lo anterior de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las principales causas de mortalidad general en México son la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cardiovascular, tanto en hombres como en mujeres, entre otras. El estilo de vida se define como el conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas; este puede ser saludable o bien nocivo para la salud. La promoción de la salud es el proceso de permitir a las personas que incrementen el control y mejoren su propia salud, además que representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable. **Objetivo.** Evaluar los estilos de vida como factor de riesgo de morbi mortalidad. **Metodología.** Estudio descriptivo - exploratorio, transversal. **Muestra.** 658 individuos. **Instrumento.** Cédula familiar con enfoque de estilos de vida. **Procedimiento.** Análisis por categorías. **Resultados.** La población estudiada presenta estilos de vida perjudiciales para su salud, como: obesidad, alcoholismo, automedicación, sedentarismo. **Conclusión.** Los estilos de vida no saludables, son factores de riesgo para presentar diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular, las primeras causas de mortalidad en México, tanto en hombres como mujeres.

Palabras clave: Educación, salud, estilo de vida.

^{1,2,3,4} Integrantes del Cuerpo Académico Promoción y Educación para la Salud.

Red Internacional de Salud Ocupacional y Gestión del riesgo de Desastre. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMex.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida son los grandes generadores de la calidad de vida. El concepto de estilo de vida es multidimensional, se reflejan aspectos biológicos, psicosociales, culturales y filosóficos de como una persona vive su vida tanto a nivel personal como social. Desde un enfoque del campo de la salud, específicamente el de promoción, a nivel internacional se realizó investigaciones epidemiológicas que demostraron que una vez superados los problemas de salud de origen infecto-contagioso, surgían las enfermedades que se asocian al estilo de vida de las personas. Éstas presentan comportamientos perjudiciales/beneficiosos para la salud. Desde esta perspectiva estilo de vida se considera la capacidad de tomar decisiones que afectan a la salud, y sobre todo las cuales la persona tiene algún grado de control. (Gómez, 2005)

La OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Los entornos adaptados a las necesidades de las personas, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar. (OMS, 2012)

Casimiro y cols. (1999) definen estilo de vida como "los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes". Gutiérrez (2000) lo define como "la forma de vivir que adopta una persona o grupo, la manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos...". La OMS define estilo de vida de una persona como aquel "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son

interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones".

Los estilos de vida saludables se describen como el peso corporal, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente limpio influyen en nuestra salud.

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)

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, 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. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que duplicado. A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. (OMS; 2016)

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)

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.

Automedicación es el 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)

El estrés es un fenómeno muy frecuente en el mundo, con graves consecuencias para la salud de la persona que lo padece. Esta patología va en aumento debido a los grandes cambios que está sufriendo el mundo económico y social. Los trabajadores tendrán que ir asumiendo todos estos cambios, posiblemente cada vez más difíciles de superar, pudiendo llevar esta situación a padecer estrés. (Comín, 2003)

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (&% de las muertes registradas en todo el mundo). Además se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos, reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control de peso. (OMS, 2016)

OBJETIVO: Evaluar los estilos de vida como factor de riesgo para morbi mortalidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo - exploratorio, transversal. Muestra. 658 individuos. Instrumento. Cédula familiar con enfoque de estilos de vida. Procedimiento. Análisis por categorías

RESULTADOS

De la población estudiada predomina el género femenino con el 58%, el 32% tiene entre 20 y 29 años, 17% menos de 19 años y el 15% de 30 a 39 años; el 21% presenta sobrepeso, el 18% obesidad grado I y 8% obesidad grado II; el 27% fuma; 19% ingiere bebidas alcohólicas; 46% se auto médica, 20% no realiza actividades físicas, el 18% se estresa; 35% presenta enfermedades infecciosas respiratorias y/o gastrointestinales.

CONCLUSIONES

La población estudiada presenta estilos de vida no saludables, siendo estos factores de riesgo para presentar diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular, las primeras causas de mortalidad en México, tanto en hombres como mujeres. Destinar más recursos en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El estilo de vida saludable es decisión de las propias personas, sin embargo es necesario promover modelos de educación para la salud para disminuir factores de riesgo y limitar los daños a la salud. 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.

REFERENCIAS

1. Comín, anadón. (2003) El estrés y el riesgo para la salud. España: MAZ. Disponible en: www.uma.es
2. Dominguez, J. (2014). Sura. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/peligros-automedicacion.aspx>
3. Gómez, Francisco. (2010). Estilos de vida saludable. México:UNAM
4. Gómez, Miguel. (2005) Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 30 años. Universidad de Granada: Granada.
5. 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.
6. 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
7. Nawas, M. Mike; 1971. "El estilo de vida". Revista Latinoamericana de Psicología, núm. . pp. 91-107.
8. 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>
9. 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>
- 10.OMS (2016) Obesidad y Sobrepeso disponible en:www.who.int
11. Salud, S. d. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. México.

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RPBI EN FACULTAD DE ODONTOLOGIA UAEMEX.

¹Rosa Isela Flores Chávez

²David Eduardo Velázquez Muñoz

³Jessica Arias Espinoza

⁴Yereida Magdalena Ortiz Hernández

RESUMEN

El presente estudio realiza el análisis y descripción del nivel de conocimientos, prácticas y actitudes sobre bioseguridad y manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI) en estudiantes de la licenciatura en cirujano dentista de la Universidad Autónoma del Estado de México en el periodo 2015B. Así mismo hace énfasis en la importancia de aplicar las normas de bioseguridad en la práctica clínica para evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas a los que se enfrenta el odontólogo. Para describir los conocimientos, prácticas y actitudes sobre Bioseguridad y Manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI) en los estudiantes, así como analizar la relación entre estos y el semestre cursado, se aplicó un instrumento de recolección de datos, este contó con diversas interrogantes que evaluaron conocimientos, prácticas y actitudes. Las encuestas fueron clasificadas por semestre y a su vez por género. Las preguntas fueron seleccionadas de acuerdo al aspecto a calificar (conocimiento, practica, actitud) y evaluadas en escala de 0 a 10. Para analizar la información, los datos se tabularon y analizaron en el software SPSS vs. 20 (IBM; Chicago, USA). Se usaron pruebas U de Mann Whitney, de Kruskal Wallis y se realizaron correlaciones de Spearman. Los resultados muestran diferencias estadísticas significativas en el nivel de conocimientos de acuerdo al semestre cursado, y sirven como elemento para abordar algunas sugerencias sobre datos observados en el estudio.

Palabras claves: Bioseguridad, RPBI, Odontología.

INTRODUCCIÓN

La Odontología es considerada una profesión de alto riesgo, donde el equipo de salud, que presta la atención odontológica, como el paciente están expuestos a una gran variedad de microorganismos, por la naturaleza de las interacciones, al producirse un contacto directo o indirecto con los fluidos corporales, el instrumental, el equipo y las superficies contaminadas (Ballesteros Báez, Yulimar; Cárdenas G., Eliana; Casanova Romero, Ilya, 2015:15).

El estudio de la Bioseguridad en el campo de la Odontología tiene una particular relevancia por consistir la práctica en una actividad sensible a múltiples cuidados referidos no sólo a la salud bucal, sino a la salud general de los individuos, fomentando el cumplimiento de las normas de bioseguridad en la práctica clínica, siendo fundamental para disminuir el riesgo al que están sometidos (Rodríguez Uramis, Arpajón Peña, Sosa Pérez, 2014: 225).

Aunque es posible prevenir o reducir la exposición a estos riesgos, las tasas de lesiones y enfermedades ocupacionales de los trabajadores de salud ha aumentado en la última década (NIOSH, 2013). Alrededor de 770 nuevos casos de personas con enfermedades profesionales se registran a diario en las Américas, según estima la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013).

Las normativas sobre Bioseguridad en Odontología tienen como fin reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas también señalan los diferentes procedimientos que eliminan el riesgo de transmisión de infecciones.

Entre las normas de bioseguridad más destacadas encontramos:

- Norma Oficial Mexicana NOM 013-SSA2-2006. Para la prevención y control de enfermedades bucales (DOF, 2008).
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993. Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (DOF, 2008).

- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano (DOF, 2003).
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental-Salud Ambiental-Residuos peligrosos-Clasificación y especificaciones de manejo (DOF, 2003).

El “Manual para la prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica, en la República Mexicana” recomienda para evitar la propagación de las interrumpir el proceso de transmisión de las mismas, por lo que se deben considerar los siguientes aspectos:

Universalidad, inmunizaciones, barreras físicas de protección y lavado y secado de manos, manejo y esterilización de instrumental, desinfección del equipo y superficies, y manejo y disposición de los residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI).

Entre las principales infecciones transmisibles en la práctica dental se encuentran: Hepatitis, tuberculosis, parotiditis, herpes simple, sarampión y virus de la influenza

La presencia de estas infecciones, obliga a la estomatología a reevaluar los conocimientos y las acciones para otorgar una práctica segura a través de la prevención de las infecciones cruzadas (Secretaría de Salud, 2003).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo de corte transversal

Universo: Alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México

Muestra: Se consideraran a todos los alumnos inscritos en los semestre 1ro, 3ro, 5to, 7to y 9no de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México inscritos en el periodo 2015B.

Unidades de observación: Instrumento para evaluar el nivel de conocimiento, prácticas y actitudes sobre Bioseguridad y Manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI).

Criterios de inclusión: Alumnos inscritos en la licenciatura en Cirujano Dentista de 1er, 3er, 5to, 7mo y 9no semestre en el periodo 2015B.

Criterios de exclusión: Alumnos que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación: Instrumentos con información incompleta o que no se haya incluido el género o el semestre.

Variables Dependientes: Conocimientos, prácticas y actitudes sobre bioseguridad y manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI)

Variables Independientes: Alumnos de la Facultad de Odontología de los distintos semestres y por género.

Instrumentos de recolección de los datos: Se aplicó un instrumento de recolección de datos diseñado por los investigadores. Este instrumento cuenta con diversas interrogantes que evaluaron conocimientos, prácticas y actitudes relacionados con bioseguridad y manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI) a partir de las NOM relacionadas, posterior a la plática de bioseguridad y manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI) impartida en la Facultad de Odontología por la MDAES. Rosa Isela Flores Chávez y se solicitó a los alumnos de los distintos semestres contestar la encuesta.

Las encuestas fueron clasificadas por semestre y a su vez por género para facilitar su tabulación. Las preguntas fueron seleccionadas de acuerdo al aspecto a calificar (conocimiento, practica, actitud) y evaluadas en escala de 0 a 10.

RESULTADOS

De los participantes 172 eran hombres y 427 mujeres, dando un total de 599; los porcentajes se muestran en la Gráfica 1.

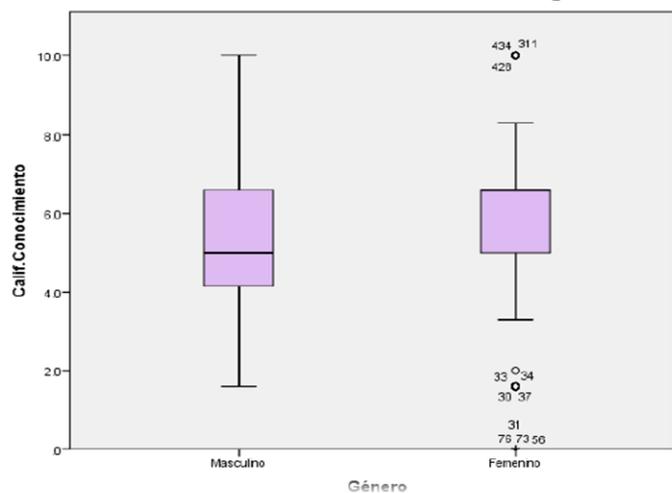
Gráfica 1. Porcentaje de participantes de acuerdo al género



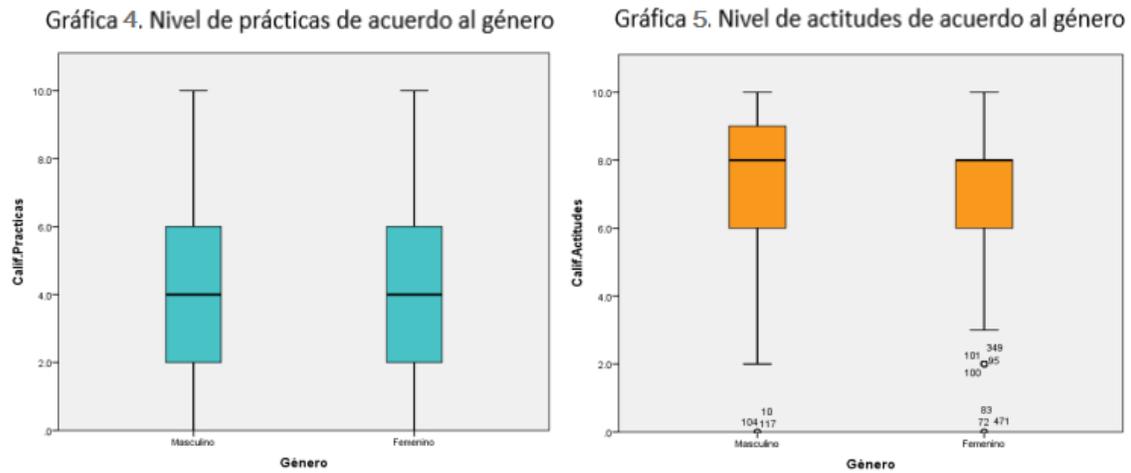
Diferencias en el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de acuerdo al género (Prueba de U de Mann Whitney)

Se encontraron diferencias estadísticas significativas en el nivel de conocimientos de acuerdo al género (prueba de U de Mann Whitney $p=0.002$). Las mujeres tuvieron en promedios entre 4 y 8, su mediana fue mayor a la de los hombres, pero los hombres tuvieron un rango de calificación mayor, logrando promedios entre los 2 y 10 puntos. Estos resultados se muestran en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Nivel de conocimientos de acuerdo al género



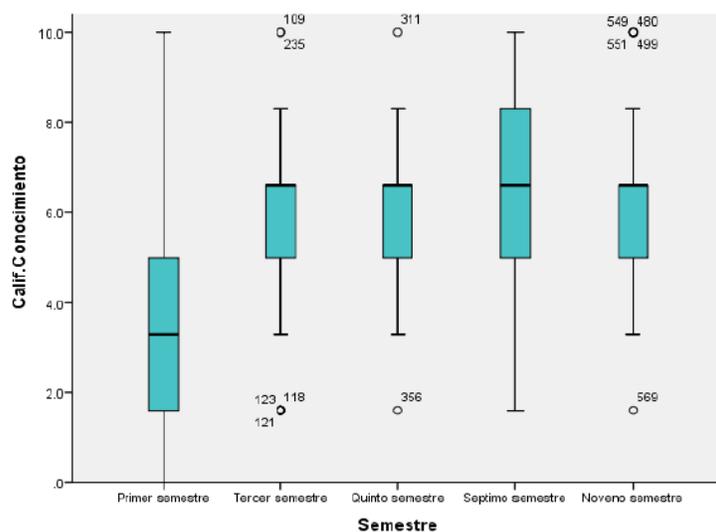
En el caso de las calificaciones de las practicas ($p=0.131$) y las actitudes ($p=0.428$) de acuerdo al género, no se encontraron diferencias estadísticas significativas y los rangos de ambos géneros en los 2 casos son muy similares. Estos resultados se muestran en las Gráficas 4 y 5.



Diferencias en el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de acuerdo al semestre (Prueba de U de Mann Whitney)

Se encontraron diferencias estadísticas significativas en el nivel de conocimientos de acuerdo al semestre ($p < 0.001$). Los resultados se muestran en la Gráfica 8.

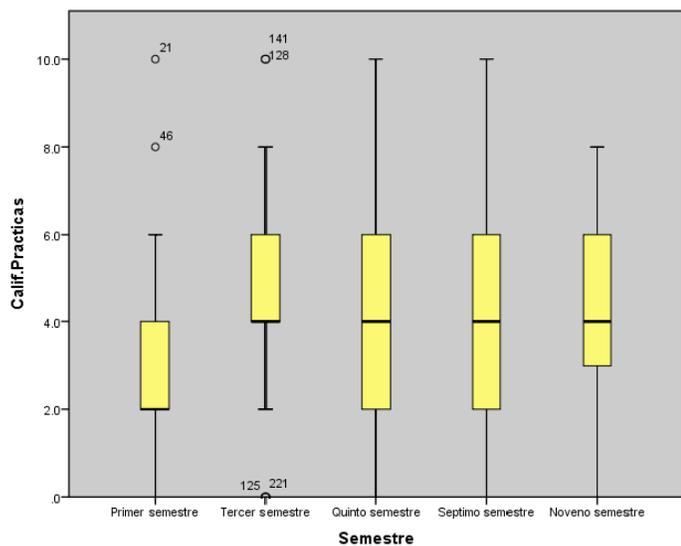
Gráfica 8. Nivel de conocimientos de acuerdo al semestre



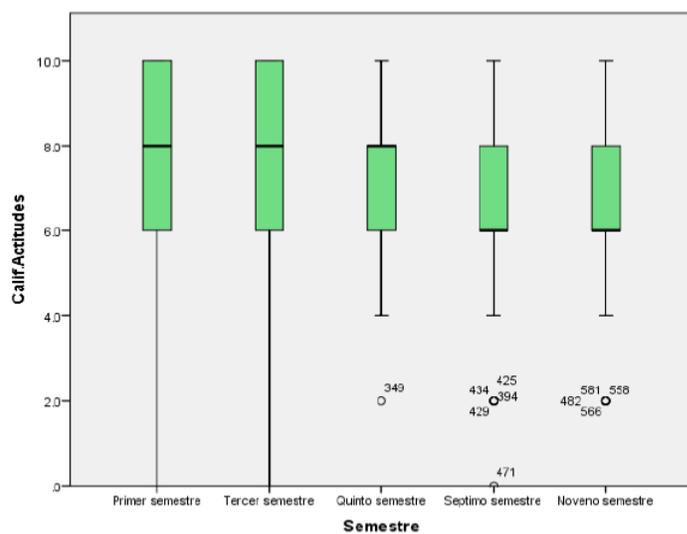
En la gráfica se puede observar que los alumnos de 1° semestre tienen promedios más bajos que el resto de los alumnos evaluados, sin embargo, no se observa diferencia entre los alumnos de 3°, 5°, 7° y 9° semestre, este resultado se discutirá en la sección correspondiente.

En el caso de las calificaciones de prácticas ($p < 0.131$) y de actitudes ($p < 0.428$) de acuerdo al semestre, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados se muestran en las Gráficas 9 y 10.

Gráfica 9. Nivel prácticas de de acuerdo al semestre



Gráfica 10. Nivel actitudes de de acuerdo al semestre



De acuerdo a la gráfica no se encuentran diferencias significativa entre 1°,3° y 5° semestre, al igual que entre los de 7° y 9 ° no presentan.

Correlaciones de Spearman

Se realizó una prueba de Spearman para evaluar si existía correlación entre los niveles de conocimiento, prácticas y actitudes de los participantes con los semestres que cursan y si existía correlación entre los niveles en sí.

Se encontró una correlación positiva entre el semestre cursado y el nivel de conocimientos (Rho de Spearman: 0.387; $p < 0.001$), el nivel de prácticas (Rho de Spearman: 0.140; $p < 0.001$) y el nivel de actitudes (Rho de Spearman: -0.256; $p < 0.001$). Estos resultados indican que conforme los alumnos acreditan los semestres sus promedios en los niveles de conocimiento y prácticas se incrementan, lo que confirma el impacto de prácticas docentes en sus procesos formativos; pero las calificaciones de actitud disminuyen.

Al evaluar la correlación entre los niveles de conocimientos prácticas y actitudes encontramos una correlación positiva entre el nivel de conocimientos y el desarrollo de prácticas en cuanto a bioseguridad (Rho de Spearman: 0.143; $p < 0.001$) y entre el desarrollo de prácticas y la adquisición de actitudes (Rho de Spearman: 0.180; $p < 0.001$). Estos resultados indican que los alumnos que tienen mayor nivel de conocimientos, llevan estos a la práctica y la constancia práctica eventualmente modifica positivamente su actitud en temas de bioseguridad. Esta misma tendencia podría darse en otros campos del conocimiento.

CONCLUSIONES

Se concluye que el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes sobre bioseguridad y manejo de RPBI en estudiantes de la licenciatura en cirujano dentista de la

Universidad Autónoma del Estado de México en el periodo 2015B se incrementa con respecto al semestre que cursan, confirmando nuestra hipótesis de trabajo. El semestre mostró relación importante con las demás variables, lo que indica que estar en un mayor grado académico puede influir en la toma adecuada de estas medidas, sirviendo de punto de inicio para abordar el refuerzo y mejora de algunos puntos encontrados dentro del estudio.

REFERENCIAS

1. Ballesteros Báez, Yulimar; Cárdenas G., Eliana; Casanova Romero, Ilya; 2015. "Competencia bioseguridad en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia". Ciencia Odontológica, num. Enero-Junio, pp. 14-26
2. Diario Oficial de la federación, 2008. Norma Oficial Mexicana NOM 013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Diario Oficial de la Federación. [Internet] 2008. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008 (consultada el 28 de enero de 2016)
3. Diario Oficial de la federación, 2000. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html> (Consultada el 07 de febrero de 2016)
4. Diario Oficial de la Federación, 2003. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/036ssa202.html> (Consultada el 09 de febrero de 2016)

5. Diario Oficial de la Federación, 2003. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud Ambiental-Residuos peligrosos-Clasificación y especificaciones de manejo. Disponible en: (Consultada el 09 de febrero de 2016)
6. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). División de Educación e Información 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html> (Consultada el 24 de enero de 2016)
7. Organización Panamericana de la Salud. Sede Central .Comunicados de OMS 2013. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1155%3Aops-oms-estima-que-hay-770-nuevos-casos-diarios-personas-enfermedades-profesionales-americas&catid=332%3Aarg02epidemiologia-previncin-y-control-de-enfermedades&Itemid=510 (Consultada el 26 de enero de 2016)
8. Rodríguez Uramis Mónica, Arpajón Peña Yunier, Sosa Pérez Ana Ludys. Revista Cubana de Estomatología. De la bioseguridad al control de infecciones en Estomatología. 2014; 51(2): 224-236
9. Secretaria de Salud. Manual para la Prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica en la República Mexicana. Disponible en: http://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf (Consultada el 09 de enero de 2016)

NECESIDAD DE EDUCACIÓN CONTINUA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

¹ María de los Ángeles Monroy Martínez

² María Antonieta Cuevas Peñaloza

³ Gloria Ángeles Ávila

⁴ Alejandra del Carmen Maciel Vilchis

RESUMEN

Introducción: La educación es un proceso continuo y permanente, durante toda la vida, y debe ser desarrollada de forma participativa a lo largo de esta, sobre todo como parte integrante del trabajo. La educación continua debe promover el desarrollo integral del profesional de enfermería como estrategia de fortalecimiento, abrir caminos para la participación efectiva en la formulación de propuestas para la intervención en la práctica institucional. **Objetivo:** Identificar la necesidad de educación continua en el profesional de enfermería en una institución de salud. **Metodología:** Estudio cualitativo, fenomenológico, técnica entrevista, instrumento, guía de entrevista semiestructurada. **Resultados:** Los profesionales de enfermería reciben y participan en la educación continua institucional, sin embargo; falta motivación, compromiso personal y ético. **Conclusiones:** El profesional de enfermería debe estar comprometido personalmente y querer crecer, pues nadie educa a nadie, si este no lo desea. Se deben buscar estrategias de enseñanza-aprendizaje dentro de la educación continua que respondan a los avances de la modernidad y actualización favoreciendo el crecimiento profesional.

Palabras claves: Educación, profesional, enfermería.

¹ Maestría en Enfermería con énfasis en Administración en los Servicios de Enfermería, PTC, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM

² Dra. en Alta Dirección, PTC, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM.

³ Dra. en Alta Dirección, PTC, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM.

⁴ Dra. en Alta Dirección, PTC, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM.

INTRODUCCIÓN

La educación continua es una estrategia de la alta dirección en enfermería, para capacitar y desarrollar al personal, el impacto de la educación trasciende todas las operaciones de la unidad, ya que es necesario que el personal de enfermería adquiera los conocimientos y desarrolle las habilidades necesarias para proporcionar atención de calidad al paciente (Barríbal, 1992).

La alta dirección en enfermería debe proveer oportunidades para que el personal crezca y se desarrolle incrementando la eficiencia organizacional, además debe encargarse de planear un programa de educación continua para el progreso de todo el personal de enfermería del departamento, debe asegurar una actitud positiva hacia la capacitación, proporcionar apoyo y decidir las necesidades de educación.

El grado en el cual las enfermeras participan en la educación continua es muy variado, la participación obedece a razones complejas, tales como las características personales de las enfermeras, actitudes, valores, creencias, expectativas y motivación hacia la educación continua; conocer estos factores es de suma importancia para la alta dirección en enfermería, ya que pueden tomar decisiones con respecto a la programación, formas de motivación y necesidades de capacitación continua del personal (DeSilets, 2010).

Dado que la educación continua es un medio para que las instituciones de atención a la salud alcancen sus objetivos de calidad de atención y el impacto que ésta tiene en el crecimiento personal y profesional de los participantes, es necesario que los administradores de enfermería, el personal docente o los que planean las actividades de educación continua, consideren las razones de participación, ya que la planeación, promoción y estrategias de enseñanza de los programas pueden adecuarse más a las necesidades de los participantes (Turner, 1993; Scheller, 1993; DeSilets, 2010).

Por tal motivo existe un creciente interés por conocer las razones que inducen a una participación más efectiva y responsable por parte del personal de enfermería, en la educación continua, por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la necesidad de educación continua en el profesional de enfermería en una institución de salud?

OBJETIVO. Apreciar la necesidad de educación continua en el profesional de enfermería en una institución de salud.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico, técnica entrevista, instrumento, guía de entrevista semiestructurada.

El instrumento fue una guía de entrevista semiestructurada, de la cual se derivaron las preguntas que permitieron demostrar los objetivos. Se aplicó a 18 profesionales de enfermería que pertenecen a la alta gerencia de la institución quienes aceptaron participar firmando el consentimiento informado.

Se procedió a capturar y transcribir cada una de las grabaciones y a trabajar con la información obtenida por medio de la entrevista después de ser leídas y releídas se seleccionó la información más trascendente que cumplió con los objetivos.

Esto permitió encontrar la opinión de cada profesional de enfermería sobre cada pregunta realizada obteniendo las categorías, Programas de capacitación, metodología didáctica, cumplimiento del programa, participación del personal de enfermería, factores que limitan la educación continua.

Para el aspecto ético, se tomó en consideración el título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, del capítulo I artículo 17 categoría I de

la Ley General de Salud en materia de investigación, dado que la Investigación es sin riesgo.

RESULTADOS

Los resultados y la discusión son representados de acuerdo a las categorías (programas de capacitación, metodología didáctica, cumplimiento del programa, participación del personal de enfermería, factores que limitan la educación continua) que fueron obtenidas durante el desarrollo de la investigación.

Programa de capacitación

La capacitación se define como un proceso de enseñanza-aprendizaje que facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas de trabajo sobre una unidad de competencia laboral.

...si existe un programa de capacitación que se plantea al inicio de cada año de acuerdo a los objetivos y líneas de acción, metas planeadas y programas implementados... [E5]

...Mmmm si, existe un cronograma de actividades anual y todos los supervisores debemos darle seguimiento... [E11]

...Actualmente se está llevando un programa de capacitación de acuerdo a las líneas de acción planteadas y llevamos un programa de educación continua retomando los valores en enfermería. (E15)

Los programas de capacitación que plantea la alta dirección va dirigido a cumplir las metas y programas nacionales de salud, que efectivamente son una necesidad pero en muchas ocasiones los temas son repetitivos y no son atractivos para el personal operativo, ellos solicitan temas novedosos; además solicitan el apoyo del equipo de alta dirección para que busque estrategias y cuando asistan a capacitación no se retrasen los cuidados de enfermería de sus pacientes asignados.

METODOLOGÍA DIDÁCTICA

El Diseño de la metodología didáctica en los adultos es importante que sea basado en su trabajo o para su trabajo, se debe tener en cuenta que el punto de partida del aprendizaje es la experiencia adquirida en la vida diaria, ya que es en lo cotidiano donde el adulto obtiene y percibe sus carencias.

...Metodología didáctica no tenemos, pero si elaboramos el programa en base a las necesidades de cada servicio...[E-3]

...No tenemos una metodología específica pero si lo realizamos mediante estrategias de aprendizaje teórico-práctico....[E-5]

...No, solo lo planeamos de acuerdo a necesidades específicas y de acuerdo a los programas que se implementan y los avances tecnológicos para aumentar la satisfacción del usuario y brindar cuidados de calidad...[E-10]

Es muy importante que antes de querer capacitar al personal operativo de enfermería deba estar capacitado el equipo de la alta dirección en enfermería, respecto a técnicas motivacionales, liderazgo en enfermería, proceso administrativo, trabajo en equipo, entre otras; pero algunas muy importantes y que desafortunadamente no se aplica en la mayoría de las instituciones es docencia y técnicas de enseñanza-aprendizaje.

Cumplimiento del programa

Un *programa* es un instrumento para ayudar a los involucrados a *cumplir* sus metas.

....mmm lamentablemente los programas planeados muchas de las veces no se concluyen debido al exceso de trabajo, otorgamiento de prestaciones o nuevos programas de acción que se deben llevar a cabo en la institución. [E-4]

...En mi turno el programa de capacitación anual si se cumple ya que llevamos un cronograma de actividades que nos facilita realizarlo...[E-11]

El programa de educación continua está basado en las necesidades, metas y objetivos planteados en la carpeta gerencial de enfermería pero desafortunadamente no se cumple en su totalidad en todos los turnos; por exceso

trabajo, falta de personal, falta de asistentes, falta de interés tanto del personal operativo como de la alta dirección en enfermería.

Participación del personal de enfermería

La educación continua y la capacitación en el personal de enfermería, refleja en un aumento en la productividad, menor número de accidentes y errores en el trabajo, mejor clima organizacional y mejores resultados en el paciente.

La educación es un proceso continuo y permanente, durante toda la vida, y debe ser desarrollada de forma participativa a lo largo de esta, sobre todo como parte integrante del trabajo.

...las enfermeras y enfermeros que se encuentran en esta institución la mayoría se interesa por aprender y brindar una atención de calidad...[E-7]

...las compañeras participan siempre y cuando no afecte a sus actividades dentro del servicio, considero que en ocasiones es muy difícil integrarlos...[E-5]

...Muchas de las veces es difícil integrar a todos a las capacitaciones ya que no se encuentran motivados y podría pensar que algunos no tienen el compromiso moral con la institución y los pacientes...[E.2]

Los profesionales de enfermería que integran esta plantilla en su mayoría es personal joven, recién egresados de Licenciatura en Enfermería, y algunos con estudios de posgrado, estas características en el personal ayuda a que sean participativos pero lamentablemente existe personal de mayor antigüedad donde ya es muy difícil motivarlos, los cuales inducen al que todos se comporten apáticos para el cumplimiento de educación continua.

Factores que limitan la Educación continua

La implementación del pensamiento crítico analítico en el proceso educativo para el profesional de enfermería a través de la capacitación continua y la valorización de su trabajo es importante para mejorar la calidad de atención

...exceso de trabajo, falta de disposición, en ocasiones cansancio...[E-2]

...yo he observado que para mejorar el interés por parte de los enfermeros y enfermeras el programa debe ser interesante, que sea un tema que les va ayudar en el servicio y que no sea repetido...[E-5]

...un factor muy importante es no afectar su horario fuera de turno, es una causa principal para no asista el personal a capacitarse, también puedo decir que el personal de mayor antigüedad tiene menos disponibilidad de participar...[E-8]

Existen muchos factores que afectan la educación continua en pero el principal es la falta de motivación, la falta de liderazgo por parte de la alta dirección y los programas repetitivos o programas de bajo impacto para el personal.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería reciben y participan en la educación continua institucional, sin embargo; existe falta de motivación, compromiso personal y ético.

El profesional de enfermería debe estar comprometido personalmente y querer crecer, pues nadie educa a nadie, si este no lo desea. Se deben buscar estrategias de enseñanza-aprendizaje dentro de la educación continua que respondan a los avances de la modernidad y actualización favoreciendo el crecimiento profesional.

También se identificó que la participación en educación continua es afectada por la utilidad que percibe el personal de enfermería y son capaces de identificar lo que desean aprender y están más motivados a participar cuando perciben alguna aplicación de éstos conocimientos, habilidades y/o actitudes.

REFERENCIAS

1. Álvarez, M. (1998), El liderazgo de la calidad total, Editorial Escuela Española, Madrid.

2. Bernal César A. (2010), Metodología de la Investigación, Pearson, México.
3. Lenise Do Prado Marta. (2013), Investigación Cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica, Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.
4. Gayou Jugerson, (2005), *Como hacer investigación cualitativa*, Redalyc, Vol. 5. Núm. 27. México.
5. Secretaría de Salud, (2002), Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad, México.
6. Secretaría de Salud, (2002), Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, México.
7. Secretaría de Salud, Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, Comisión Interinstitucional de Enfermería, México

RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS COMO CONSECUENCIA DE LA TERAPIA INTRAVENOSA EN ACCESOS PERIFÉRICOS

¹José Luis Alejo Montaña

²Miriam Gómez Ortega

³Andrea Guadalupe Sánchez Arias

RESUMEN

Objetivo: analizar el riesgo de eventos adversos como consecuencia de la terapia intravenosa en accesos periféricos. Metodología: estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, la muestra de estudio fueron 30 pacientes hospitalizados en un hospital de segundo nivel en Toluca Estado de México. Se utilizó un instrumento validado, se procesaron los datos mediante SPSS. Resultados: Los pacientes de medicina interna tienen 60% de riesgo y el 40% el servicio de cirugía. El 60 % de las venoclisis tenían más de 72 horas de instalación solo el 40% tenían menos de 72 horas. El 73% de las venoclisis se encontraban con residuos de medicamentos y/o sangre, solo el 27% se encontraban libres de residuos. En el sitio de punción y área periférica de la venoclisis se encontró un 6% con flebitis, el 20% reporto infiltración, el 7% presentaba dolor, el 40% presentaba edema y el 27% eritema. En la cantidad de medicamentos en el mismo horario de se encontró que el 20% contaban con dos, el 27% contaba con 3 medicamentos, el 13% con cuatro, un 27% contaba con 5 y un 13% con 6 medicamentos en la misma hora. Los medicamentos con mayor frecuencia en su ministración son con un 46% los antibióticos, el 24% son analgésicos, el 3 % aminos y con un 27% otros medicamentos. Conclusión: La ministración de 2 o más medicamentos prescritos a la misma hora pueden generar eventos adversos en la vía periférica.

¹ Licenciado en Enfermería.^{2,3} Profesoras de Tiempo Completo, Cuerpo Académico Promoción y Educación para la Salud. Red Internacional Salud Ocupacional y Gestión del Riesgo de Desastre, Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMex.

INTRODUCCIÓN

Los eventos adversos son de gran impacto en la salud de las personas, y se refleja en la prolongación de estancia del paciente, el aumento de los costos hospitalarios y la demanda de los servicios profesionales en especial los de enfermería. Siendo los profesionales de enfermería que tienen más relación y contacto con el paciente se les adjudican los eventos adversos, por tal motivo la relevancia de ofrecer cuidados de calidad, calidez y libre de riesgos.

La terapia de infusión o terapia intravenosa, es un procedimiento con fines terapéuticos, diagnósticos o profilácticos, y consiste en la inserción de un catéter siliconado en la luz de una vena, para infundir al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes.

En México el 80 y el 95% de los pacientes hospitalizados reciben terapia intravenosa, en Estados Unidos de Norteamérica se instalan más de 200 millones de accesos periféricos al año. (NOM-022-SSA3-2012)

Es una actividad común de los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario, en el primer nivel, incluso en el domicilio, ya que es la vía más rápida para la transportación de líquidos y fármacos por el cuerpo, contribuyendo a la mejora de la atención a la salud con el desarrollo de nuevos tratamientos endovenosos.

El gran número de enfermedades y sus tratamientos hacen que sean erradicadas frecuentemente por infusión intravenosa, ya que está relacionado con el tiempo que tarde en desvanecerse la patología, es mayormente utilizado en los centros hospitalarios y mayor aun en las áreas de hospitalización.

Se utiliza la TI cuando no se puede llevar a cabo el tratamiento vía oral, cuando se necesita la máxima efectividad y de forma inmediata, se utiliza con fines diagnósticos, y en la profilaxis (Pérez, 2011).

La TI se lleva a cabo por medio de diferentes dispositivos, el más utilizado es el catéter venoso de acceso periférico, el cual según la NOM-022-SSA3-2013 se define como el conducto tubular corto y flexible, de material biocompatible y radio opaco, utilizado para la infusión de solución intravenosa al organismo a través de una vena distal.

Los fármacos son sustancias con efecto biológico enfatizado en algún órgano, aparato, sistema o células, sustancia química pura o natural utilizada para prevenir, tratar enfermedades o modificar su función, así como para la investigación (Gracida, 2015).

Todos los fármacos o en su mayoría suelen desencadenar efectos secundarios, esto dependerá de la vía de ministración así como de su farmacocinética y farmacodinamia.

Entonces se genera un evento adverso que se define según la nom-022-ssa3-2012, como el incidente, que ocurre en consecuencia del proceso de atención médica y que puede producir o no daño al paciente.

La flebitis química, bacteriana, la infiltración, la obstrucción y la salida accidental, son los eventos adversos más frecuentes en la terapia intravenosa, en pacientes hospitalizados (Buenfil, 2015).

Aun siendo este método el más utilizado, no existen investigaciones sobre las complicaciones de accesos venosos periféricos, he de aquí la importancia o necesidad de desarrollar programas de investigación y de vigilancia en la ministración de antibióticos, analgésicos, u otros fármacos, consecutivos en el paciente hospitalizado.

Como hace mención la norma para la terapia intravenosa se debe contar con programas de capacitación, educación, control de la instalación, manejo y resultados de la terapia de infusión, enfocados a disminuir los eventos adversos.

OBJETIVO: Analizar el riesgo de eventos adversos como consecuencia de la terapia intravenosa en accesos periféricos.

Objetivos específicos fueron: Desarrollar un programa de estandarización de horarios de medicamentos para evitar la ministración continua y disminuir el riesgo de eventos adversos en accesos periféricos y generar un formato de verificación riesgo de eventos adversos en accesos venosos periféricos por terapia intravenosa medicamentosa.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con un enfoque cuantitativo, en un hospital de segundo nivel en Toluca, Estado de México, la muestra aleatoria fue de 40 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía y ginecología, en el que se verificó el tratamiento farmacológico que cursaban, y las reacciones adversas que han presentado los pacientes hospitalizados, se incluyeron a los pacientes que contaran con más de 3 medicamentos intravenosos en un mismo horario y que firmaron consentimiento informado, se excluyeron a los pacientes con medicamentos vía oral, aquellos con menos de 3 medicamentos intravenosos, aquellos que declinaron ante la investigación, los que no firmaron el consentimiento informado

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.

El 47% de los pacientes participantes fueron femeninos y el 53% masculinos.

El 60% de los pacientes con mayor riesgo fueron del servicio de medicina interna y el 40% del servicio de cirugía.

Se encontró que el 60 % de las venoclisis de los pacientes tenían más de 72 horas de instalación solo el 40% tenían menos de 72 horas.

El 73% de las venoclisis se encontraban con residuos de medicamentos y/o sangre, solo el 27% de las supervisadas se encontraban libres de residuos.

En el sitio de punción y área periférica de la venoclisis se encontró un 6% con flebitis, el 20% reporto una infiltración, el 7% que presentaba dolor, el 40% presentaba edema en la zona, y el 27% presentaba eritema.

En la cantidad de medicamentos en el mismo horario de se encontró que el 20% contaban con dos, el 27% contaba con 3 medicamentos, el 13% con cuatro, un 27% contaba con 5 y un 13% con 6 medicamentos en la misma hora.

Los medicamentos con mayor frecuencia en su ministración son con un 46% los antibióticos, el 24% son analgésicos, el 3 % aminos y con un 27% otros medicamentos.

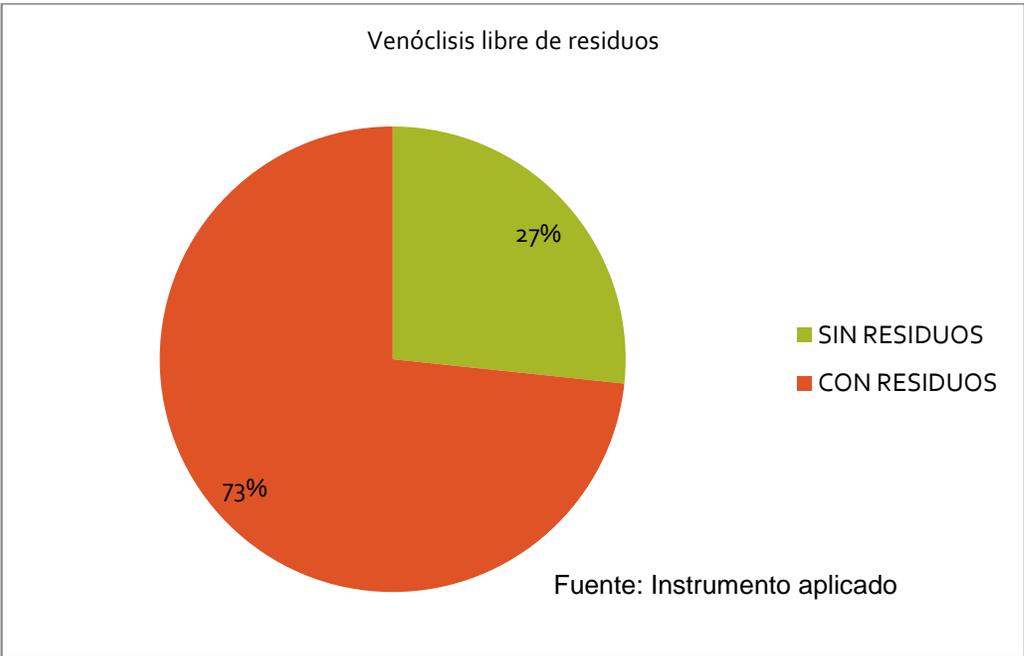
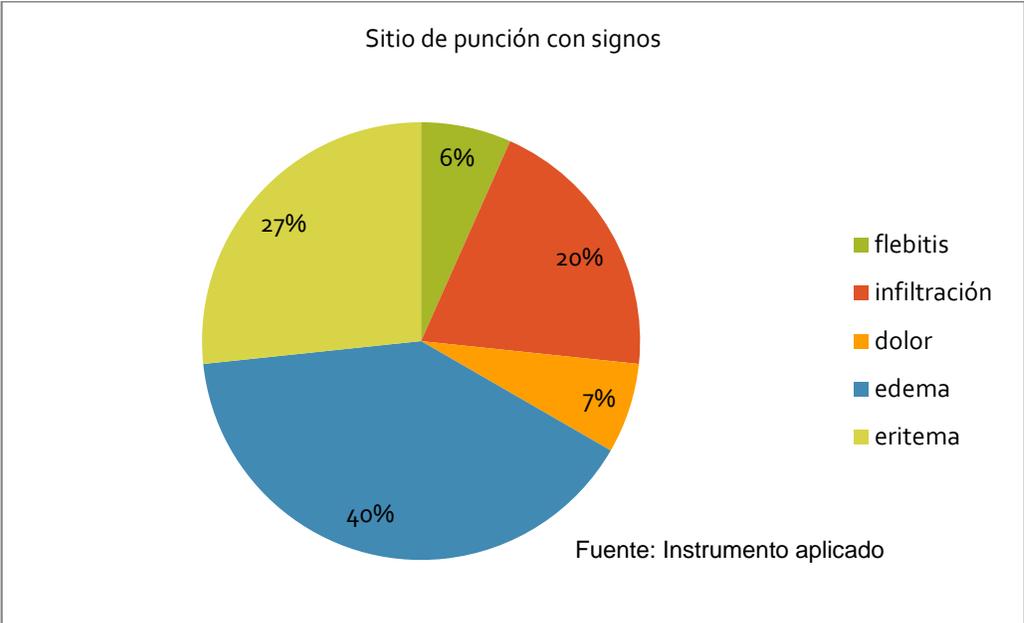
CONCLUSIONES

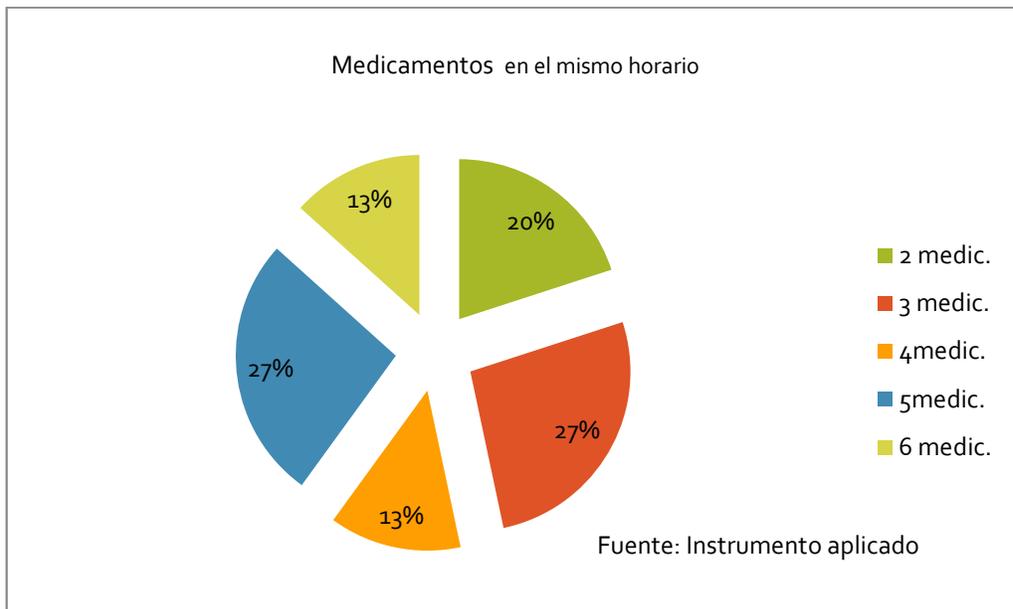
La ministración continua de dos o más medicamentos utilizados en el tratamiento del paciente hospitalizado genera eventos adversos principalmente flebitis química, bacteriana así como la infiltración u obstrucción del acceso venoso periférico. Por lo que se deben ministrar en horario diferente.

Sin importar el sexo los pacientes con mayor riesgo de eventos adversos en la terapia intravenosa de vías periféricas son los pacientes hospitalizados en medicina interna.

De acuerdo a la NOM-022-SSA3-2012 la venoclisis o vía periférica debe permanecer no más de 72 horas en su sitio de instalación se debe cambiar de sitio para evitar la aparición de flebitis, edema, eritema, dolor, etc., sin embargo algunos pacientes se encuentran multipuncionados dificultando el cambio de vía pero sobre todo potenciando el riesgo a un evento adverso.

Los residuos de medicamentos en el equipo de venoclisis provoca eventos adversos en las vías periféricas por las diferentes reacciones que pueden tener al entrar en contacto con otro medicamento, no se limpian los equipos después de su uso. Se debe limpiar o cambiar en su caso después de la ministración de los diversos medicamentos.





REFERENCIAS

1. Adelina, G. M. (2011). Retención de medicación en los equipos de sueroterapia : repercusión clínica y acciones de mejora: <http://www.coib.cat/UploadsBO/Tesinas/Documents/Tesi%20Adelina%20Garc%C3%ADa%20Matarin.pdf>
2. Buenfil, V. M. (2015). Incidencia de eventos secundarios asociados al uso de catéteres cortos venosos periféricos disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/206/556
3. Carrero, C. C. (2008). Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa: disponible en http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/pdfs/manual_completo.pdf
4. Gracida, M. R. (2015). Conceptos básicos en la farmacología general. Disponible en: <http://enfermeria.me/definicion-de-conceptos-basicos-en-farmacologia/>

5. Molina, L. J. (2015) Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/terapeutica.html>
6. Norma Oficial Mexicana Nom-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012
7. Pérez, M. E. (2011). Flebitis pos infusión en catéteres venosos periféricos: una actualización del arte. Disponible en http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/222/flebitis_postinfusion_en_cateteres.pdf

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS MEXIQUENSES

¹María Esther Bobadilla-Serrano

²Bárbara Dimas-Altamirano

³Miriam Gómez-Ortega

⁴Andrea Guadalupe Sánchez-Arias

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. En el mundo, cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo del miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral, y al menos una de cada tres personas pierde la vida por alguna patología relacionada con enfermedades cardiovasculares. En el 2011 la OMS realizó un perfil de enfermedades cardiovasculares en México. Un 19% de las muertes prematuras anuales tanto en hombres como en mujeres (30-69 años) son la causa de enfermedades cardiovasculares, este porcentaje equivale a 25,941 hombres y 16,190 mujeres por año. La tendencia en la tasa de mortalidad prematura en el hombre debida a estas afecciones ha ido aumentando.

Palabras clave: enfermedad cardiovascular, prevalencia

^{1,2,3,4} Integrantes del Cuerpo Académico Promoción y Educación para la Salud. Red internacional en Salud Ocupacional y Gestión del Riesgo de Desastre. Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEMex.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen:

- La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco.
- Las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.
- Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.
- La cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos.
- Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.¹

Los ataques al corazón suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro, suelen tener su origen en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas alta en grasas, la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia, representan conjuntamente el 11.5% de las causas de consulta en México. Se determinó que el motivo de consulta por estas afecciones va en aumento paralelamente con la edad de las personas, siendo el grupo de edad de más de 50 años el principal grupo que tiene como motivo de consulta alguno de estos padecimientos. Esto es un aspecto

clave en el país, ya que la proyección poblacional para el 2030 estima que la mayor parte de la población estará constituida por los adultos mayores de 50 años, los cuales son más propensos a presentar enfermedades cardiovasculares.²

Uno de los factores más importantes para explicar el impacto en la carga de enfermedades y de mortalidad por las enfermedades cardiovasculares, son los cambios demográficos. Hoy en día hay más personas en el planeta, con un incremento relativo en la esperanza de vida al nacer, lo que permitirá que un número mayor de ellas envejezca lo suficiente como para desarrollar enfermedades cardiovasculares.³ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes en el mundo, representando 29.82 por ciento.⁴

En México, el Sistema Nacional de Salud, afirma que la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus, son dos de los más grandes problemas de la salud pública. La cardiopatía afecta sobre todo a los hombres de mediana y avanzada edad y su mortalidad es 20% más alta en los hombres que en las mujeres. Representa un factor importante de muerte en todos los adultos, el mayor número de defunciones ocurre en personas de ambos géneros de 65 años o más, lo que subraya que la edad avanzada es un poderoso inductor de esta enfermedad. Este grupo de enfermedades, son la primera causa de mortalidad y anualmente ocurren cerca de 70,000 defunciones y 26,000 por enfermedades cerebrovasculares.¹¹

Es evidente la heterogeneidad de la distribución de la cardiopatía, cuya prevalencia y mortalidad van de la mano de la magnitud de la prevalencia de los factores mayores de riesgo que ocurren en los estados federativos con mejor situación económica e influenciados por el estilo de vida.⁵

La enfermedad de las arterias coronarias, también conocida como cardiopatía isquémica, es el tipo más común de enfermedad del corazón. El infarto agudo de miocardio y la angina de pecho son las manifestaciones clínicas de este tipo de

enfermedad del corazón causada principalmente por el endurecimiento de las arterias.¹⁴

La pirámide poblacional determina que la mayoría de nuestro adultos (75%) tienen menos de 55 años y a pesar de que la prevalencia en porcentaje de los factores de riesgo cardiovascular es mayor después de los 40 años, en datos absolutos el número de millones portadores de estos factores de riesgo, se ubica en la población económicamente activa, con sus consecuencias devastadoras, tanto sociales, económicas y de calidad de vida. Así, las afecciones cardiovasculares caen dentro del rubro de gastos catastróficos.⁶

Son nueve los factores de riesgo cardiovascular medibles y modificables: tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso corporal, perímetro abdominal mayor a 90 cm., hiperlipidemias por aumento de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos e hiperglucemia, representando el 90% del riesgo atribuible a la población para hombres y el 94% para mujeres, con estimaciones similares en la mayoría del mundo. Existen intervenciones costo-efectivas, basadas en la “evidencia”, para prevenir y controlar la amenaza de las enfermedades crónicas a nivel mundial, nacional, estatal y local. Factores de riesgo modificables como el tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la dieta poco saludable, la insuficiente actividad física, la obesidad, así como la hipertensión, la hiperglucemia y la hipercolesterolemia, reconocidos como factores de riesgo principales, que favorecen la aparición de las enfermedades cardiovasculares.⁷

En este contexto, se proponen algunas recomendaciones a escala mundial, que incluyen la promoción y la prevención dirigidas a toda la población en riesgo, la detección temprana, el desarrollo de programas globales y locales de vigilancia, seguimiento y evaluación. El objetivo en el año 2018, es disminuir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, mediante la reducción de los factores de riesgo, incluyendo los ambientales y ocupacionales asociados con las enfermedades cardiovasculares. Para acelerar la respuesta del sector de la salud a

las enfermedades cardiovasculares, la estrategia global de la OMS y la estrategia regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), establecen que debe consolidarse la capacidad de los sistemas de salud para concentrarse más en la promoción y en la atención primaria de la salud con miras a intensificar la prevención y mejorar asistencia sanitaria, que garantice que el individuo reciba los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación eficaces y oportunos para la recuperación de su salud cardiovascular, en el menor tiempo posible, y logre la pronta incorporación a sus actividades normales. Esto comprende el desarrollo de sistemas eficaces que puedan dirigir a las personas y a los enfermos a los niveles primario, secundario y terciario de la atención, según sea necesario.⁸

Por tanto la enfermedad cardiovascular es, sin duda, una de las patologías de mayor importancia en la actualidad, no sólo por su impacto en la morbimortalidad general, sino por los recursos que deben ser invertidos cada día en su prevención, manejo y rehabilitación. Vale la pena destacar que progresivamente han disminuido la prevalencia e incidencia de eventos cardiovasculares en aquellos países donde los conocimientos adquiridos en las últimas décadas acerca de la prevención y el manejo temprano de la enfermedad, han podido ser implementados, sin embargo en los países en desarrollo esto aún no ha sido posible.⁹

OBJETIVO. Identificar la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en los mexicanos.

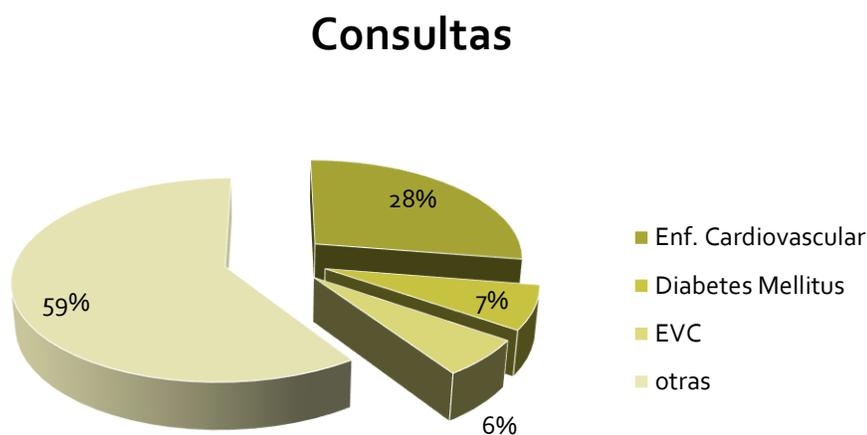
METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional-cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo. Revisando las historias clínicas de pacientes que solicitan consulta en el servicio de urgencias, se obtuvo una muestra de 1090 casos. Donde se tomó en cuenta el género, la edad mayor a 20 años en un periodo de seis meses.

RESULTADOS

Se realiza el análisis de 1090 consultas en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, el 28% de estos fue por presentar enfermedad cardiovascular, 7% por diabetes mellitus, 6% por enfermedad cerebrovascular y 59% por todas las demás enfermedades. Enfocándose al tema principal de este trabajo se muestran solo los resultados encontrados con respecto a las enfermedades cardiovasculares.

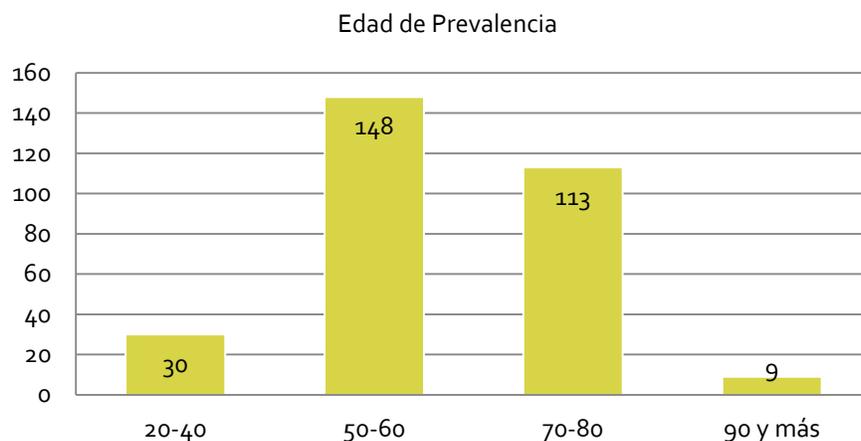
Tabla 1. Principales consultas



Fuente: Registro clínicos del servicio de urgencias

Los resultados no difieren de las estadísticas nacionales e internacionales puesto que el 28% de las consultas que atienden en urgencias prevalece las enfermedades cardiovasculares, reafirmando que debemos de poner mayor atención en lo preventivo.

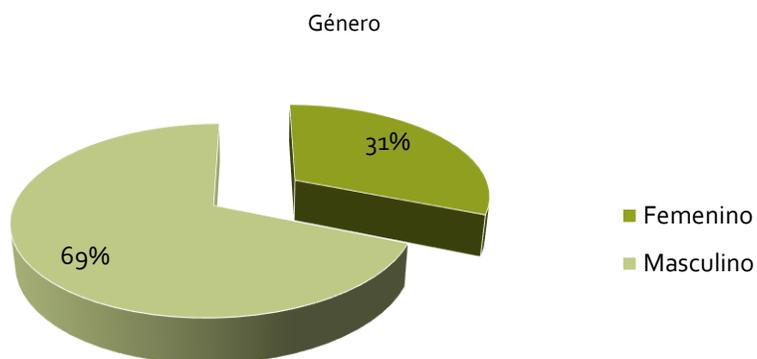
Tabla 2. Edad de prevalencia de los casos presentados



Fuente: Registros clínicos del servicio de urgencias.

La edad que prevalece en los 300 casos que presentaron enfermedad cardiovascular se concentra entre el grupo de 50 a 60 años con un 49%, coincidiendo con las estadísticas que presenta la OMS, seguido de un 37% en el grupo de 70 a 80 años, 11% en el grupo de 20 a 40 años y por último con un 3% en personas de 90 y más años.

Tabla 3. Género de los casos presentados

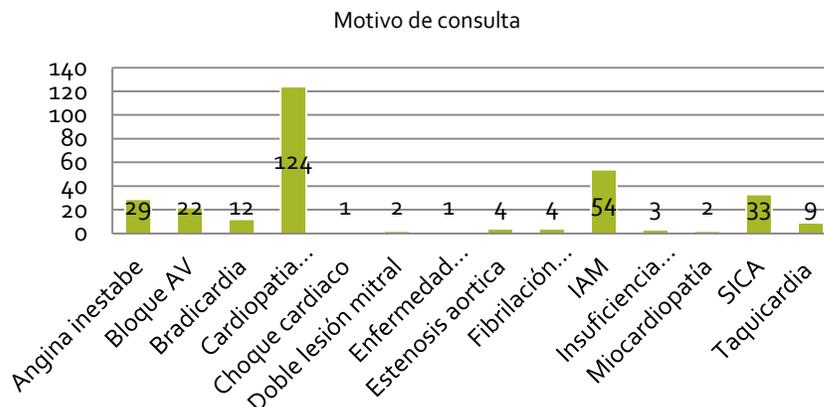


Fuente: Registros clínicos del servicio de urgencias.

El género con mayor prevalencia en los 300 casos que presentaron enfermedad cardiovascular es el masculino con un 69%, coincidiendo con las estadísticas que presenta la Instituto Nacional de Salud Pública y 31% femenino.

Tabla 4. Motivo de consulta

Fuente: Registros clínicos del servicio de urgencias.



Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y los vasos sanguíneos, de los casos analizados, se encontró lo siguiente: la cardiopatía isquémica es el tipo más común de enfermedad del corazón en México y en esta Institución de Salud, con 41% de casos presentados, seguido del infarto agudo al miocardio con 18% y del síndrome coronario isquémico con 11 por ciento.

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados no distan de las estadísticas mundiales y nacionales, puesto que, los mexiquenses están padeciendo enfermedades cardiacas siendo estas la principal causa de consulta en un hospital de tercer nivel, cabe destacar que 124 casos son de cardiopatía isquémica, los hombres son lo que presentan la mayor morbilidad en esta patología y la edad oscila en el grupo de 50 a 60 años, destacando que están en edad productiva, originando altos índices de incapacidad laboral sin dejar a un lado los altos costos de atención médica; sin embargo el problema sobrepasa el ámbito hospitalario debido a que estos pacientes requerirán de rehabilitación cardiaca¹⁰, además que se debe de enfatizar en realizar

programas de atención precoz de los factores de riesgo, acceso de los servicios de salud eficientes, ya que en estudios realizados en la misma institución se tiene documentado que de los egresos registrados el 75% de los pacientes reingresan por alguna complicación cardíaca.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2014, las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes en el mundo, representando un 29.82%, cifras similares se encontraron en esta investigación, donde el 25% del total de casos ingresados a una institución de tercer nivel el 25.2% corresponde a enfermedades cardiovasculares.¹³

REFERENCIAS

1. Magallón J, González N. Temas selectos de urgencias. 2ª ed. México: Prado; 2010.
2. Grundy SM, Benjamín IJ, Burke GL, Chaid A, Eckel RH, Howard BV, et al: Diabetes and cardiovascular disease: a statement for health care professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1999; 100: 1134–1146.
3. Rangel GR, Martínez H: Avances recientes en el diagnóstico y el manejo de la enfermedad cerebrovascular isquémica aguda. *Gac Med Mex* 1997; 133 (5):431–553.
4. OMS (2015). Enfermedades cardiovasculares. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
5. Duperly, J; (2003). Envejecimiento renal, enfermedad cardiovascular y actividad física. *Revista Ciencias de la Salud*, 1() 109-111. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56210201>.
6. Rosas-Peralta, Martín, & Attie, Fause. (2007). Enfermedad cardiovascular: Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo. *Archivos de cardiología de México*, 77(2), 91-93. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140599402007000200001&lng=es&tlng=es.

7. Gómez, L A; (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica*, 31() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84322449001>.
8. Leal-Mateos, Manrique, Solano-Chinchilla, Teresita, Tabaquismo como factor de riesgo del infarto agudo al miocardio. *Acta Médica Costarricense* [en línea] 2006, 48 (abril-junio): [Fecha de consulta: 9 de diciembre de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43448204>> ISSN 0001-6002.
9. Castro-Rodríguez J, López-Cueto R, Castro-Rodríguez E. Tomografía computada multidetector en el paciente con síndrome coronario agudo. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2014;22(3):128-131.
10. Consejo de Salubridad General. Guía práctica clínica, prevención secundaria y rehabilitación cardiaca postinfarto del miocardio en el primer nivel de atención. México: Editor General; 2013
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno Número 19, Edición 2011. México, D.F. 2003: 50–51.
12. Albisu, Félix. (2010). Enfermedades, primera causa de muerte en México. Disponible en www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud.
13. OMS y OPS (2014). México: perfil de enfermedades cardiovasculares. Disponible en www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task.
14. «Proyecciones de la población en México 2010-2050». 27 de mayo de 2014. Consultado el 13 de octubre de 2015.

PREVENCIÓN DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN NIÑAS DE 9 AÑOS, EN UN CENTRO DE SALUD DE TOLUCA

¹ Laura García Otero.

² Miriam Gómez Ortega

³ Andrea Guadalupe Sánchez Arias

RESUMEN

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Más de la mitad de las mujeres y los hombres sexualmente activos son infectados en algún momento de sus vidas (ISEM 2009 pág.; 309).

La vacuna profiláctica contra el virus del papiloma humano (VPH) constituye la herramienta de salud pública más promisorias para la prevención primaria de cáncer de cuello uterino. La vacunación de mujeres antes de haber adquirido la infección viral tiene un gran impacto en la prevención de lesiones pre-neoplásicas y cáncer de cuello uterino. **Objetivo:** Analizar las medidas de prevención de Virus del Papiloma Humano en niñas, a través de la vacunación. **MÉTODO:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. No probabilístico por conveniencia, integrado por un universo de niñas de 5to de primaria de Toluca Estado de México. Previo consentimiento informado de madres de familia. **RESULTADOS.** El 80% de las madres aceptó la vacunación. El 20 % no acepta la vacuna por información adquirida por familiares. El 100% de las niñas aceptó ser vacunada. El 90% recibió información sobre medidas de prevención del VPH, el 10 % de las niñas no ha recibido información sobre la vacuna. El 99% de la vacuna se aplicó a niñas de 9 años. El 99% se aplicó Primera dosis. El 99% refirió regresaría por la 2da dosis. **Conclusiones.** Los padres de familia aceptan por completo la aplicación de la vacuna del vph, las niñas tiene información por parte de la escuela de la vacuna como medida de prevención. La vacunación es una herramienta clave como medida de prevención del Virus del Papiloma Humano, que desencadena cáncer.

Palabras claves: vacuna, prevención, virus del papiloma humano.

1,2,3 Profesoras de Facultad de Enfermería; Integrantes del CA. Promoción y Educación para la Salud, Red Internacional de Salud Ocupacional, Facultad de Enfermería y Obstetricia UAEM.

INTRODUCCIÓN

Los virus del papiloma humano (VPH o HPV del inglés *human papillomavirus*) son un grupo diverso de virus ADN perteneciente a la familia de los *Papillomaviridae* y representan una de las infecciones de transmisión sexual más común, conociéndose más de 100 tipos virales que, en relación a su patogenia oncológica, se clasifican en tipos de alto y de bajo riesgo oncológico. La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) considera que los tipos de VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 son carcinógenos para los humanos –tipos de alto riesgo oncológico- y que otros tipos, incluidos el VPH 6 y el VPH 11, son posibles carcinógenos para los humanos –tipos de bajo riesgo oncológico. Como todos los virus de esta familia, los VPH sólo establecen infecciones productivas en el epitelio estratificado de la piel y mucosas de humanos. (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2015). La vacuna VPH, Gardasil, protege contra los dos tipos de VPH que causan el 70% de los casos de cáncer cervical, y los dos tipos de VPH causantes del 90% de las verrugas genitales. El CDC recomienda que niñas y niños de entre 11 y 26 años sean vacunadas. El 8 de junio de 2006, la FDA aprobó Gardasil, una vacuna profiláctica contra el VPH comercializada por Merck & Co., Inc. La vacuna, que se pone entre mujeres adultas con una mediana de edad de 23, mostró protección contra la infección inicial por los serotipos 16 y 18, que en conjunto causan aproximadamente un 70% de los cánceres de cérvix. Estos serotipos de VPH también causan tumores anorrectales tanto en mujeres como en hombres. También mostró una eficacia del 100% frente a infecciones persistentes, no sólo frente a las agudas. La vacuna también protege contra los serotipos 6 y 11, causantes del 90% de las verrugas genitales. Las mujeres pueden ser vacunadas en un rango de edad de entre 9 y 26 años.

En la actualidad, además de Gardasil, GlaxoSmithKline ha comercializado la vacuna Cervarix. Tanto Gardasil como Cervarix protegen contra infecciones iniciales contra los tipos VPH 16 y 18, causantes de la mayor parte de los casos de cáncer cervical. Gardasil además protege contra los tipos VPH 6 y 11: estos cuatro tipos combinados (16, 18, 6, 11) corresponden al 90% de los casos de cáncer cervical. La vacuna proporciona poco beneficio a las mujeres que ya estén infectadas con los tipos VPH 16 y 18, es decir, a la mayor parte de las mujeres sexualmente activas, ya que las vacunas no tienen ningún efecto terapéutico sobre la infección ya existente ni sobre las lesiones cervicales. Por esta razón, la vacuna se recomienda principalmente a mujeres que aún no hayan iniciado relaciones sexuales. La vacuna (tanto Gardasil como Cervarix) se administra en 3 dosis a lo largo de 6 meses. La CDC recomienda a mujeres entre 11 y 26 años que se vacunen.

Puesto que las actuales vacunas no protegen a las mujeres frente a todos los serotipos de VPH que causan cáncer cervical, es importante que las mujeres sigan con las pruebas de citología y Papanicolaou, incluso después de haber recibido la vacuna. (ISEM; 2009)

Tanto hombres como mujeres son portadores del VPH. Para erradicar la enfermedad, eventualmente los hombres tendrían que ser vacunados. Hoy por hoy se están llevando a cabo estudios para determinar la eficiencia de vacunar niños con la vacuna actual.⁵⁸ En la mayoría de los países, las vacunas se han aprobado únicamente para uso femenino, pero en países como EE. UU. Y el Reino Unido se ha aprobado también para uso masculino. (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2015).

Prevención de virus del papiloma humano.

La vacuna profiláctica contra el virus del papiloma humano (VPH) constituye la herramienta de salud pública más promisoría para la prevención primaria de cáncer de cuello uterino. La vacunación de mujeres antes de haber adquirido la infección

viral tiene un gran impacto en la prevención de lesiones pre-neoplásicas y cáncer de cuello uterino

Entre otros tipos de prevención encontramos algunos como.

- Tener solo una pareja sexual.
- Realizarse Papanicolaou
- Realizarse prueba de virus de papiloma humano.

OBJETIVO: Analizar las medidas de prevención de Virus del Papiloma Humano en niñas, a través de la vacunación.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. No probabilística por conveniencia, integrado por un universo de niñas de 5ª de primaria de Toluca Estado de México. Previo consentimiento informado de madres de familia.

RESULTADOS.

Gráfica 1.



Fuente: carta de consentimiento para la aplicación de la vacuna.

Gráfica 1.- El 80% de las madres aceptó la vacunación. El 20 % no acepta la vacuna por información adquirida por familiares.

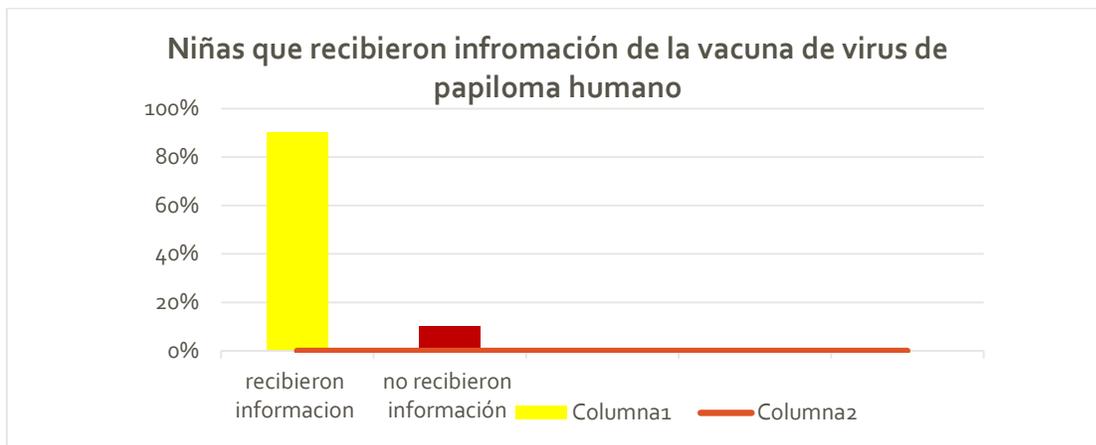
Gráfica 2.



Fuente: consentimiento informado.

El 100% de las niñas aceptó ser vacunada.

Gráfica 3



Fuente: cuestionario aplicado.

El 90% de las niñas recibió información en la escuela sobre medidas de prevención del VPH, el 10 % de las niñas no ha recibido información sobre la vacuna.

Gráfica 4



El 99% de la vacuna se aplicó a niñas de 9 años.

El 99% se aplicó primera dosis. El 99% refirió regresaría por la 2da dosis.

CONCLUSIONES

Los padres de familia aceptan por completo la aplicación de la vacuna del vph, las niñas tiene información por parte de la escuela de la vacuna como medida de prevención. La vacunación es una herramienta clave como medida de prevención del Virus del Papiloma Humano, que desencadena cáncer

REFERENCIAS

- 1.- manual de vacunación 2009 ISEM. Accesado en agosto 2016.
- 2.- La vacuna contra el virus del papiloma humano: una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino 2008. Muñoz,Nubia. Disponible en <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/4237/vacuna.pdf?sequence=1> Accesado agosto 2016
- 3.-Virus del Papiloma Humano. SITUACIÓN ACTUAL, VACUNAS Y PERSPECTIVAS DE SU UTILIZACIÓN». Comisión de Salud Pública/Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

TALLER DE SEPARACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS IMPLEMENTADO A ALUMNOS DE NIVEL PREPARATORIA

Miryam Monserrat Castillo Dávila

RESUMEN

La separación de residuos sólidos es un tema de suma importancia, ya que ayuda a mejorar el medio ambiente y de igual manera forma parte de la cultura educativa de la sociedad, de ahí que el conocimiento y la práctica de la separación de residuos sólidos deba ser un tema de interés para la población.

Palabras clave: Separación de residuos sólidos, técnicas didácticas, educación ambiental.

INTRODUCCIÓN

El mal manejo y separación de los residuos sólidos así como la creciente población y por ende el aumento en el consumo de productos conlleva a una diversa gama de problemáticas de salud pública las cuales afectan directamente la salud de las personas y dañan el medio ambiente, por un lado se genera fauna nociva como moscas, ratas, cucarachas, etc., dichos animales llegan a provocar o transmitir diversas enfermedades, y por otro lado la contaminación a suelos, aire y agua contribuye de igual manera a el padecimiento de enfermedades. (Bustos, 2009: Medina, 1999)

Según la NAE-SEMADES-007/2008, se entiende por residuo al “material o producto cuyo propietario o poseedor desecha y que se encuentra en estado sólido o semisólido, o es un líquido o gas contenido en recipientes o depósitos, y que puede ser susceptible de ser valorizado o sujeto a tratamiento o disposición final”,

considerando la definición anterior en este caso nos enfocaremos en aquellos residuos en estado sólido.

Los residuos cuentan con una diversa clasificación la cual depende de las consideraciones de cada organismo o país, sin embargo en la tabla 1 se muestra una clasificación de forma generalizada sobre los residuos. (Bustos, 2009)

TIPO	CLASES	EJEMPLO
Doméstico y comercial	Orgánicos	Restos de comida, madera, desechos de jardín, etc.
	Inorgánicos	Latas, vidrio, pilas, electrodomésticos, etc.
	Especiales	Aceites.
Institucionales	Igual que los domésticos y comerciales	Se generan en escuelas, instituciones, etc.
Construcción y demolición	Construcción	Ladrillos, piedra, piezas de fontanería, etc.
	Demolición	Similar al anterior pero con vidrios, plástico o acero.
Servicios municipales	Difusos	Proveniente de calles, playas, parques, etc.
Plantas	De tratamiento	Fango de aguas residuales.
	De incineración	Cenizas.
Industriales		Desechos especiales y peligrosos.
Agrícolas y pecuarios		Desechos de cultivo, estiércol.

Tabla 1. Clasificación de los desechos sólidos (Bustos, 2009)

Considerando la clasificación anterior es de suma importancia mencionar que la separación de los residuos sólidos es indispensable para con ello lograr un mejor tratamiento a los desechos por lo que, en este caso, las técnicas didácticas directas nos pueden ser de gran apoyo para el aprendizaje y la enseñanza de dicho tema,

ya que nos ayudan a una mejor comprensión e indagación sobre el tema que se imparte a la población.

Por lo tanto en este trabajo nos enfocaremos en la separación de los residuos sólidos que se generan en el ámbito escolar, tomando en cuenta las características de cada material, siendo de esta forma que algunos sean reciclables, como el pet, o que necesiten un tratamiento distinto para su desecho adecuado, como los aceites.

Para mejorar esta situación se impartirá un taller dirigido a alumnos de nivel preparatoria a los cuales se les brindaran los conocimientos apropiados sobre los temas medio ambientales y de residuos sólidos, así como los daños a la salud, posteriormente se realizará la creación de contenedores ecológicos para la disposición de residuos sólidos con lo cual se busca concientizar a la población sobre la importancia del tema.

OBJETIVO: Concientizar a los alumnos de la escuela preparatoria sobre la importancia de la separación y manejo de residuos sólidos mediante la implementación de la técnica didáctica de demostración con entrenamiento, que consiste en la creación de contenedores ecológicos.

METODOLOGÍA

El taller se llevó a cabo durante el periodo comprendido del 23 de abril al 7 de Mayo del 2016, el cual consistió en 4 sesiones sabatinas con una duración de 1 hora por sesión, de las cuales 2 sesiones son teoría y 2 son práctica, lo cual se muestra en la Tabla 2.

Fecha	Tipo de sesión	Tema	Actividad	Duración
23 de Abril de 2016.	Teoría	Introducción a la separación de residuos sólidos.	Conceptos. Generalidades.	1 hora.
30 de Abril de 2016.	Práctica	Diseño del contenedor de residuos.	Inicio de la elaboración del contenedor	1 hora.
7 de Mayo de 2016.	Teoría	Importancia de la separación de residuos sólidos.	Conociendo la importancia en México. Trayectoria de los residuos en el ambiente.	1 hora.
14 de Mayo de 2016.	Práctica	Finalización del contenedor de residuos.	Termino del diseño del contenedor. Implementación del contenedor	1 hora.

Tabla 2. Cronograma de actividades.

Las actividades de las sesiones de teoría consistieron en la impartición de nociones generales respecto a la separación de residuos así como su importancia e impacto en el medio ambiente, por otro lado las sesiones de práctica constaron en la

elaboración de contenedores los cuales deberían ser realizados con material reciclado siendo de esa forma una labor congruente al taller.

Los materiales que se utilizaron en la implementación del taller consistieron en cajas de cartón, botellas de plástico y aluminio, colores, tijeras, resistol, cinta adhesiva, plumones, periódico, pintura, instrucciones escritas, marcadores y pizarrón para las orientaciones en clases. Dicho material enfocado al método implementado que consiste en la técnica didáctica demostración la cual propicia el desarrollo de habilidades, impulsa la participación activa fomenta el trabajo en equipo y la toma de decisiones.

Imagen 1.

Vista de la elaboración de los contenedores



RESULTADOS

Al finalizar el taller se pudieron obtener diferentes resultados entre los que destacan la adquisición de conocimientos por parte de los asistentes, tanto de forma académica, lo cual comprende las generalidades de la separación de residuos, la importancia y su efecto, así como de forma personal, ya que cada participante colaboro en la elaboración de los contenedores de residuos lo que favorece de forma importante en la aplicación del taller logrando de esta forma la integración dinámica del alumno con el tema haciendo ver su aplicación e importancia en la vida cotidiana.

El uso de la técnica didáctica demostración por entrenamiento fomento la participación activa de los integrantes, el trabajo en equipo, la creatividad y la toma de decisiones, ya que dicha técnica impulsa la autonomía de los alumnos. Por otro lado el impacto del taller en los participantes fue tal que incluso los mismos alumnos participaron y pusieron el ejemplo el momento de hacer uso de los contenedores reflejando la conciencia que se logró inculcar en los alumnos.

CONCLUSIONES

Durante el periodo que se implementó del taller se priorizo sobre la importancia que tiene la realización de una técnica didáctica durante el proyecto de intervención, ya que es una herramienta de apoyo por medio de la cual la información se vuelve más comprensible y eficaz para la comunidad con la que se va a trabajar, de igual forma se agiliza la información creando un ambiente practico con el cual los alumnos visualizan la utilidad de lo aprendido.

Con la implementación de la técnica didáctica “demostración por entretenimiento” se logró que los alumnos impulsaran sus habilidades tanto creativas como intelectuales, ya que logaron aprender sobre las técnicas de separación de residuos, el manejo de residuos y la importancia que ello conlleva lo cual se reforzó con la creación de contenedores.

La implementación del taller logro cubrir muchas expectativas tanto de los alumnos como de los que impartimos el taller, ya que el ambiente que se genero fue más de compañerismo entre todos lo cual se llegó a reflejar en el transcurso de las sesiones, ya que los alumnos estuvieron muy satisfechos con lo aprendido.

REFERENCIAS

1. Busto, F. C. (2009). "La problemática de los desechos sólidos" en *Economía*, número 27, enero-junio, 2009 pp. 121-144
2. De la Torre, T. S. y Barrios, R. O. (2000). "Estrategias didácticas innovadoras: recursos para la formación y el cambio" en *Revista de Educación*, número 3 pp. 391-392
3. Medina, B. C. I. (1999). "Manejo de residuos sólidos" en *Revista de la facultad de ingeniería*, noviembre, 1999 pp. 135-144
4. Montes de Oca, R. N. y Machado, R. E. (2011). "Estrategias docentes y métodos de enseñanza-aprendizaje en la educación superior" en *Revista de Humanidades Médicas*, volumen 11, número 3, pp. 475-488
5. Norma ambiental estatal NAE-SEMADES-007/2008, Criterios y especificaciones técnicas bajo las cuales se deberá realizar la separación y valoración de los residuos en el Estado de Jalisco.
6. Ponte, C. C. (2008). "Manejo integrado de residuos sólidos: Programa de reciclaje. Instituto pedagógico de Caracas" en *Revista de Investigación*, número 36 pp. 173-200

CREENCIAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

¹ Claudia Rodríguez García

² Ana Olivia Ruiz Martínez

³ Nidia Guadalupe Hernández Yañez

⁴ Itandewi Sofía Aguirre Quezada

RESUMEN

Objetivo general: Identificar las creencias de los pacientes con Diabetes Mellitus en el Municipio de Zumpango Estado de México
Objetivos Específicos: Determinar el conocimiento DM, complicaciones, la importancia que tiene los servicios de salud de los pacientes con Diabetes Mellitus, Indagar como llevan a cabo su control de su glucosa.
Método El tipo de enfoque que se utilizó es cuantitativo, no experimental, transversal, prospectivo. Unidad de análisis: Pacientes Diabéticos tipo 2. Población: 100 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Criterio de Inclusión: Todo paciente diabético con diagnóstico de la enfermedad mayor a 3 meses, todo paciente con diabético que desea participar en el estudio Criterios de exclusión: Todo paciente diabético que no desee participar en el estudio y/o a los que por la gravedad de su patología no puedan hacerlo. Se diseñó un cuestionario en donde se llevó a cabo una prueba piloto con el 5% de la población la cual fue revisada por tres expertos el área. Se elaboró una base de datos en el Programa SPSS para resultados por medio de estadística descriptiva. Resultado: se pudo recabar que en el Municipio del Estado de México la población aún mantiene creencias sobre la enfermedad son negativas y erróneas, la población creencias la DM se debe situaciones de brujería, a un coraje o susto o impresión y castigo de Dios.

La población utilización de remedios caseros es una de las mejores formas de tratarla, esto originado por la falta de conocimiento y por el mal servicio de atención que brindan las instituciones de salud.

Palabras clave: Conocimiento, Creencias y Diabetes Mellitus

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad cuya prevalencia mundial ha incrementado en los últimos años. En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes.¹ Se estimó para el año 2030 una prevalencia nacional de 10.9% y tan sólo en 2002 se registraron 114.6 nuevos casos por cada 100000 habitantes.^{1,2}

Se estima que para el año 2020 seis de cada diez personas la padecerán” (OMS). El porcentaje de diabéticos en el Estado de México- 50 casos por cada 320 mil habitantes según estudios de salud pública en los años 2001/2007.³

La Diabetes Mellitus es considerada una enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), caracterizada por un trastorno metabólico, producido por la utilización ineficaz de la insulina⁴.

Por su alta morbilidad y mortalidad es considerada un problema de salud pública, que genera un impacto a nivel emocional y físico en la persona que la padece y en consecuencia una alteración en el bienestar

La American Diabetes Association, reseña que la Diabetes Mellitus tiene un profundo impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, constituyendo un problema de salud pública que requiere la atención continuada de un equipo multiprofesional, entrenado e interesado en este fenómeno.⁵ Es importante conocer cuáles son las creencias de la Diabetes Mellitus tipo 2 que tiene la población del Municipio de Zumpango.

Las creencias de la salud y la enfermedad son aquellas ideas que se llevan a la práctica, generadas por las tradiciones de las personas que viven en grupos, comunidades y sociedad. Estas creencias se interpretan como ciertas y su práctica se supone es adecuada para aliviar o controlar las enfermedades. En épocas pasadas menciona⁶, se entendía que las creencias acerca de las enfermedades estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos, donde las diferentes

enfermedades se debían a la ira o castigo de los dioses y su cura a la bondad y perdón de los mismos, recordemos a la cultura azteca la cual realizaba sacrificios humanos para tener contentos a los dioses y que no les llegara una maldición, o el cristianismo que se autotitula “la religión de curar” dirigida a los enfermos, desprotegidos y a los pobres. Todos estos eran individuos rechazados por la sociedad pero “no por dios” ya que ante “los ojos de dios todos somos iguales”. Por eso dios había mandado a su hijo para perdonar al pecador y para proteger al desvalido y al enfermo. Por lo tanto aquel individuo que necesita de protección y alivio de alguna enfermedad pide un milagro en la iglesia dando como cambio a su petición un sacrificio (manda). En la época del renacimiento estos acontecimientos fueron minando las creencias religiosas y afirmando las de carácter científico. “las explicaciones de las enfermedades pasaron de lo religioso a lo terrenal, se rompieron tabúes como el de tocar el cuerpo de un enfermo, el de la cirugía”.⁷

Por consiguiente, al descubrir las causas de las enfermedades surgieron los médicos formados científicamente, pero a la vez persistieron los charlatanes médicos como son los brujos, hechiceros, curanderos, etc., los cuales ya existían pero en esta época se aprovecharon de los cambios en las creencias, ofreciendo productos medicinales cura todo^{6,7}.

De ahí que solo los médicos de las instituciones sociales pueden otorgar a una persona enferma una incapacidad expresando la causa o el motivo por la cual no se presenta a laborar⁸.

En la actualidad las creencias mágico-religiosas no han desaparecido a pesar del desarrollo del conocimiento científico en la sociedad occidental. En nuestro tiempo, estas creencias conviven con las creencias del modelo médico, las razones son por la continua labor de los religiosos en sus actividades cotidianas de proselitismo en los hechos milagrosos de sus santos. Lo que ocasiona que los individuos sigan creyendo en el castigo de dios y que se fomente en el nivel social, sobre todo cuando la ciencia tiene ante sí un gran número de enfermedades que no puede evitar ni curar.^{7,9}

Por lo consiguiente “las creencias” como se ha observado anteriormente pasan de una generación a otra como parte de la historia oral de una comunidad, representan un vínculo entre las generaciones pasadas y las presentes. Como tales, a menudo contienen elementos que son verdad en tanto haya consenso que lo haga prevalecer. Sin embargo, algunas creencias “podrían” actuar como obstáculos ante el progreso, pero también existen aquellas creencias que son positivas aun cuando el discurso de un médico no lo comparta, esto se debe a que el discurso que utilizan los médicos es muy abstracto y complicado, a diferencia de las creencias que son más accesibles para la comprensión de la población en general y en particular a la de bajo nivel educativo. Es decir, que para un médico, la existencia de alguna enfermedad es consecuencia de un mal funcionamiento físico, genético, biológico y no por algo espiritual o paranormal. A partir de lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta⁸

¿Cuáles son las creencias de la Diabetes Mellitus en el Municipio de Zumpango Estado de México?

OBJETIVO GENERAL: Identificar las creencias de los pacientes con Diabetes Mellitus en el Municipio de Zumpango Estado de México?

Objetivos Específicos:

- Determinar el conocimiento del paciente sobre la Diabetes Mellitus,
- Identifica la importancia que tiene los servicios de salud en pacientes diabéticos, Indagar como llevan a cabo su control de su glucosa de los pacientes con Diabetes Mellitus
- Frecuencia de las principales complicaciones pacientes diabéticas

METODOLOGÍA

El tipo de enfoque que se utilizó es cuantitativo, no experimental, transversal, prospectivo por que se registra información según van ocurriéndolos fenómenos de acuerdo a una planeación y las variables serán medidas en un tiempo limitado y en

una sola ocasión. Unidad de análisis: Pacientes Diabéticos tipo 2 con enfermedad. Población: 100 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Criterio de Inclusión: Todo paciente diabético con diagnóstico de la enfermedad mayor a 3 meses, todo paciente con diabético que desea participar en el estudio Criterios de exclusión: Todo paciente diabético que no desee participar en el estudio y/o a los que por la gravedad de su patología no puedan hacerlo. Se diseñó un cuestionario en donde se llevó a cabo una prueba piloto con el 5% de la población la cual fue revisada por tres expertos el área. Se elaboró una base de datos en el Programa SPSS versión 22 para obtener los resultados por medio de cuadros, graficas por medio de estadística descriptiva, para llegar a conclusiones y sugerencias de esta investigación.

RESULTADOS

Creencias de la Diabetes Mellitus en el Municipio del Estado de México. Participaron 100 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, en la cual les fue aplicado el cuestionario y se obtuvieron los siguientes resultados: de nuestra población de estudio (N=100) estuvo compuesta con pacientes de rangos de edad de mínimo 28 y máximo 96 años (M= 52, DE= 12.5)

En relación al género el 55% Masculino y 45% Femenino, en cuanto a la ocupación 49% empleados, 38% hogar y 7% jubilados, El estado civil 61% Casados, 15% Solteros, 13% Viudos, 7% Unión Libre y solo 4% Divorciados.

La seguridad social el 52% ISEM, 21% IMSS, 18% Otros (Clínicas particulares).

De acuerdo a los temores y miedos que los pacientes tienen al padecer DM encontramos que 65% temen que se les complique con otra enfermedad, el 55% a morir joven, el 44% a quedar ciego y el 29% a perder una parte de su cuerpo.

Con respecto al tratamiento para el control DM, 68% asisten con brujos, 65% recurren a los tés de hierbas y jugos, 43% pastillas, 35 % dieta y ejercicio, 17% se inyectan insulina y solo 24% medicamentos homeópata.

Los factores que predisponentes, el 34 considera que es por herencia. Ahora bien el 83% no consideran el aumento de peso como factor predisponente y solo de 6% dice que el sedentarismo es un factor de riesgo, por lo tanto solo el 4% se preocupa de realizar actividad física. Es importante mencionar que el 43% cree que se puede presentar esta enfermedad por un susto o impresión, el 25% por un coraje y solo un 4 % por situaciones de brujería.

Acerca de la creencia de cómo es considerada la DM nos muestra que el 58% es hereditaria, el 23% un desorden orgánico, el 13% contagiosa y el 6% un castigo de Dios. Sobre la creencia que se cura la DM, nos muestra que el 52% que solo se controla, el 45% que no se cura y el 3% que sí.

La creencia por utilización de la insulina como tratamiento para la DM 40% se controla mejor, 35% que se mueren más rápido, 12% quedan ciegos. La opinión de la utilización de remedios caseros para control de la glucosa 77% cree que son buenos, 17% no sabe y solo el 6% son malos.

En cuanto a los remedios caseros que utilizan los pacientes para el control de su glucosa encontramos que 83% nopal, 57% tés de hierbas, 31% jugos y licuados, 9% cebolla y ajo y 4% comen fruto secos.

Sobre la creencia de los alimentos que bajan la glucosa encontramos que 43% dicen que apio, 41% sábila, 36% ajo, 35% cebolla, 21% soya, 20% garbanzo, 19% canela, 18% laurel, 17% nuez, 16% lentejas, 14% cacahuete.

Con respecto al conocimiento del paciente referente a su enfermedad: del concepto de Diabetes Mellitus nos expresa que solo el 31% lo conoce. Por otro lado cambios de hábitos higiénico-dietéticos que las personas realizaron al enterarse que padecen de DM encontramos que 75% cambiaron su alimentación, 27% agregaron

el ejercicio en su vida diaria, 22% iniciaron su monitoreo de glucosa y 15% asistieron al psicólogo.

La forma de cómo fueron del diagnóstico los pacientes 54% fue por examen de laboratorio, 26% glicemia capilar y 14% por otra enfermedad. La persona que le detección de DM el 88% médico, 8% un amigo o familiar y 5% un brujo o chaman. Además el conocimiento de los pacientes sobre los valores normales de glucosa el 45% si los conocen. Acerca de las complicaciones de la Diabetes Mellitus, el 69% si las conocen, De las cuales identifica el 64% pie diabético, 58% coma diabético, 46% bajo peso, 39% retinopatía, 30% nefropatía, 23% neuropatía, 20% hipertensión arterial, 9% disfunción eréctil, 5% anemia, 4% cirrosis hepática y 2% osteoporosis. Sobre las complicaciones que ha padecido el paciente el 35% no han presentado, 21% bajo peso, 12% retinopatía, 11% hipertensión arterial, 9% nefropatía, 5% pie diabético, 3% anemia, 1% piel reseca, infección de heridas, dislipidemias y amputaciones.

Lo que se refiere al tratamiento que llevan a cabo los pacientes con DM encontramos que el 52% se controlan con medicamento, 33% con remedios caseros, 11% con ejercicio y el 4% con la alimentación únicamente.

El personal de salud brinda información a los pacientes sobre DM muestra que el 62% dijo que sí; Sobre quien proporciona la información se detectó que el 74% la proporcionan médico y enfermera, 22% radio, tv e internet, 15% periódicos y revistas y el 12% los vecinos. El horario de atención que brindan las instituciones de salud es suficiente y adecuado para los pacientes que acuden a los servicios de salud revelo que el 69% dijo que no. El tiempo de espera para recibir el servicio de salud el 53% mucho tiempo, 27% es tolerable y 20% que es poco. Existe el suficiente material de insumo para la realización de procedimientos, el 60% dice que no hay. Por lo tanto cuentan con el suficiente personal médico para brindar atención, se encontró que el 46% dice que no y el 12% dice que algunas veces.

La participación de los pacientes en actividades destinadas a la educación de la DM muestra 17% realiza actividades. En la frecuencia de asistencia a los servicios de

salud de los pacientes, en la cual tenemos que 49% asiste cada que se siente mal, 35% cada mes y 16% nunca. Con respecto a la educación de autocuidado, tenemos que el 45% si lo conoce y el 55% que no.

CONCLUSIONES

Las ideas que giran alrededor de la enfermedad de Diabetes Mellitus en general se con la aplicación del instrumento de investigación se pudo recabar que en el Municipio del Estado de México la población aún mantiene creencias sobre la enfermedad son negativas y erróneas, la población de estudio con una edad media de 52 años, predominando el género masculino, más de la mitad son desempleados, se encuentran casados, la seguridad social que cuentan es de ISEM. Cree la población la mayoría considera que la herencia y el sedentarismo no son factores de riesgo, es de preocupar que dentro de sus creencias la DM se debe situaciones de brujería, a un coraje o susto o impresión y castigo de Dios.

Muchos de los encuestados afirmaron q la utilización de remedios caseros es una de las mejores formas de tratarla, esto originado por la falta de conocimiento y por el mal servicio de atención que brindan las instituciones de salud.

La mayoría de las personas encuestadas no cuentan con el conocimiento sobre que es la enfermedad de Diabetes Mellitus, tienen la idea de que esta enfermedad hace que se le aumente la azúcar en la sangre, en realidad no saben a ciencia cierta lo que es, lo que se logró identificar es que a pesar de su poco conocimiento si identifican los parámetros normales de glucosa en sangre, aunque ni siquiera sepan que es glucosa.

Es conveniente aclarar que el poco conocimiento de la población es ocasionado por la falta de información proporcionada por las instituciones de salud, ya que los servicios que proporcionan son de poca calidad, por la demora de tiempo para brindar el servicio.

Todo lo anterior da como resultado que las personas que padecen Diabetes Mellitus busquen alternativas para el control de su glucosa, y que la utilización de remedios caseros como té, licuados y el consumo de ciertos alimentos es una forma popular para el control de la misma en cambio la utilización de medicamento alópata es poco utilizado, haciendo hincapié que la utilización de insulina para ellos es un paso a la muerte.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico. 2002. México: SSA, 2002.
2. Secretaría de Salud. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas. México: SSA, 2004
3. Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad [internet]; [citado 2009 abr]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html
4. Organización Mundial De La Salud. Diabetes. En: Nota descriptiva no. 312. Noviembre de 2009. [Consultado febrero 8, 2010]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
5. American Diabetes Association. Standards Of Medical Care For Patients With Diabetes Mellitus. En: Diabetes Care. 2003, Vol. 26 No. 1, P. S33-S50.
6. Alvares Rojo, Miguel (2002). La determinación de las necesidades de los destinatarios del Programa. En: Alvares R., M. (Coord.) Diseño y Evaluación de Programas, pp. 51-89. Madrid
7. González Valdés Teresa. Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad
8. Escuela Latinoamericana de Medicina. Cuba.
9. González Valdés, Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes.
10. Ortega Gasset's Fenomenología de la Creencia revista de Humanidades,13 2017 pp141-170

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN NIÑOS DE 6-12 AÑOS DE EDAD

CASO: COMUNIDAD RURAL

¹ Clementina Jiménez-Garcés

² Marina Margarita Hernández-González

³ Patricia Vieyra-Reyes

⁴ Carlos Apolonio García-Gutiérrez

RESUMEN

Introducción: el fomento a la salud de la población escolar es relevante porque permite disminuir riesgos, prevenir enfermedades y favorecer estilos de vida saludables que beneficien el desarrollo físico, mental y social del niño, para mejorar su rendimiento escolar y calidad de vida. Por ello es necesario valorar la prevalencia de enfermedades en escolares para un diagnóstico y tratamiento oportuno. Objetivo: determinar la prevalencia de enfermedades en los escolares de 6 a 12 años de edad de una escuela primaria rural del Estado de México. Metodología: estudio de prevalencia en 773 escolares de 6 a 12 años. Se tomó somatometría, detección de defectos posturales, agudeza auditiva y visual, detección de enfermedades respiratorias, diarreicas, parasitosis intestinales, enfermedades dermatológicas y estado nutricional, mediante examen clínico y uso de materiales específicos para cada medición. Resultados: las alteraciones nutricionales predominantes; el sobrepeso y obesidad con 35 y 26%, respectivamente; 2 de cada 10 niños presentaron alteraciones de agudeza visual. El pie plano representa el defecto postural con mayor número de casos. Las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis intestinal continúan siendo las enfermedades causantes de ausentismo escolar. Cada vez es más frecuente la dermatitis solar. Conclusiones: se identificó alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas de repetición, malnutrición, alteraciones de agudeza visual, enfermedades dermatológicas y defectos posturales. Estos datos indican la necesidad de analizar y atender la problemática de salud de manera transdisciplinaria y en coordinación con docentes y padres de familia.

Palabras Clave: Salud del niño, morbilidad infantil, salud escolar.

INTRODUCCIÓN

Es importante diagnosticar y atender oportunamente la problemática de salud que enfrenta el niño en edad escolar, debido a que en la mayoría de los casos pasa desapercibida tanto por los padres de familia, docentes, como por el personal de salud o bien se le resta importancia, atribuyéndole a que son enfermedades propias de esta etapa del ciclo vital y generalmente se consideran enfermedades de corta duración y sin mayores complicaciones. Sin embargo la desatención puede dejar secuelas importantes desde edades tempranas.

Frecuencia de enfermedades en niños escolares

1. Infecciones de vías respiratorias Agudas: En México y en otros países subdesarrollados, las infecciones respiratorias agudas representan un problema de salud pública por el impacto que tienen sobre los servicios de salud, la deserción escolar. Cada año ocasionan altas tasas de morbilidad y mortalidad. Los síndromes son numerosos y la gravedad del cuadro clínico va a depender de varios factores como: la localización del padecimiento, la resistencia del individuo, la estación del año y el medio ambiente, el agente etiológico y su virulencia. En las IRA los virus son los agentes etiológicos más frecuentes. (Rosete et al., 2002, *Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica*, 2012).

2. Enfermedades diarreicas agudas: Este tipo de enfermedades son el segundo padecimiento más frecuente de atención médica. En los últimos 10 años (2000 – 2010), hubo una disminución en la incidencia principalmente en el 2004 al 2006 por enfermedades diarreicas atribuibles al consumo de alimentos; así mismo en el 2010 un gran porcentaje tiene como agente causal no determinado en la presentación de este padecimiento seguido de salmonella y agentes coliformes totales. (Dirección General de Epidemiológica, 2010).

3. Parasitosis intestinal: A nivel mundial, la parasitosis intestinal representa un importante problema de salud pública, se calcula que casi un tercio de la población

del planeta padece esta enfermedad, siendo los países en vías de desarrollo los más afectados, entre ellos México. Por lo que las parasitosis intestinales ocupan el segundo lugar en conjunto con las enfermedades diarreicas agudas entre las enfermedades transmisibles reportadas (Sánchez *et al.*, 2000).

4. Alteraciones nutricionales: La nutrición es uno de los factores que interviene en el estado de salud de cualquier ser vivo, es muy importante considerar los factores nutricionales prioritariamente durante la infancia y etapa escolar debido a que en estas etapas la curva de crecimiento y desarrollo se encuentra más acelerada a diferencia de otras. Así mismo es necesario considerar la problemática del sobrepeso y la obesidad que con mayor frecuencia se presenta en la edad escolar por los cambios en el estilo de vida actuales (NOM-008-SSA2-1993, Koletzko, 2010).

5. Alteraciones de la agudeza visual: En recién nacidos y en la infancia temprana, alteraciones estructurales tales como catarata congénita, retinopatía del prematuro, y retinoblastoma (amenaza la calidad y desarrollo visual de por vida), son las patologías más severas que pone en riesgo la visión del paciente. Otros problemas oculares de la niñez pueden ser, estrabismo, ambliopía, y problemas refractivos. (Christman *et al.*, 2010) Los defectos visuales de refracción con disminución de la agudeza visual son de gran importancia en la infancia, debido a la necesidad de tener una imagen nítida para lograr un desarrollo normal de la función visual (Jarvis *et al.*, 1990).

6. Alteraciones de la agudeza auditiva: Los trastornos auditivos son un síndrome cuyo denominador común es la ausencia o deficiencia de la capacidad auditiva en diversos grados, esta limitación se puede ser congénita o adquirida algunos grados pueden ser: hipoacúsico, sordo, sordo congénito, presbiacúsico, impedido de la audición, sujeto con pérdida auditiva, etc. (García *et al.*, 2003).

7. Enfermedades dermatológicas: La piel es el órgano de relación con el mundo exterior, está continuamente en contacto con gérmenes diversos y puede ser agredida por numerosos agentes del medio externo e interno entre ellos las bacterias, virus, hongos y parásitos. En la piel pueden aparecer infecciones bacterianas primarias (estafilococos y estreptococos) o secundarias por infección sistémica o de otro órgano (González *et al.*, 2008).

9. Defectos posturales: La postura debe considerarse en el contexto de la posición que adopta el cuerpo como preparación al movimiento. La postura es la base de muchos síndromes dolor neuromusculoesquelético regional. Los problemas más frecuentes son: pie plano, arqueamiento externo de las piernas (tibia varas), rotación de los pies hacia adentro o afuera (problemas torsionales) y las desviaciones o incurvaciones de la columna vertebral (cifosis, escoliosis) (Ayatka, 2012).

10. Detección de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

El TDAH es un trastorno que se presenta de forma bastante diversa según los niños afectados. Los tres principales síntomas son la desatención, la impulsividad y la hiperactividad motora. Clínicamente los pacientes se agrupan en: tipo hiperactivo-impulsivo puro (el menos frecuente de los tres tipos: 5% de los casos), tipo desatento puro (25% de los casos), y tipo mixto (el más frecuente: 70% de los casos). El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, y se da prácticamente por igual en todas las culturas, estratos sociales y grupos étnicos.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de enfermedades en los escolares de 6 a 12 años de edad de una escuela primaria rural del Estado de México.

METODOLOGÍA

Fue un estudio prospectivo, transversal. En los 773 niños inscritos en una escuela primaria rural del Estado de México. Se tomó la somatometría de cada alumno con

estadímetro y balanza calibrados, se realizaron pruebas para detección de defectos posturales, mediante exploración física y para defectos en los pies se utilizó el pedigráfico, alteración en la agudeza auditiva y visual mediante el uso de diapason o reloj de mano y tabla de Snellen, respectivamente. Se realizó examen clínico para identificación de enfermedades respiratorias, diarreicas, parasitosis intestinales y enfermedades dermatológicas, por el personal de salud asignado a la escuela y se consideraron también las recetas médicas previas. Así también se aplicaron las tablas correspondientes (IMC y Clasificación de Gómez) y del Índice de Masa Corporal de Quetelet, para la obtención de los grados nutricionales.

RESULTADOS

De los 773 niños estudiados el 17.2 % mostraron disminución de agudeza visual, siendo los alumnos del segundo grado escolar los que presentaron mayor número de casos a diferencia de los demás grados escolares. Cabe mencionar que durante la evaluación se identificó a 4 escolares con estrabismo con una relación femenino/masculino 3:1. Además de una alumna de tercer grado con diagnóstico de desprendimiento de retina por traumatismo directo en el ojo izquierdo y un niño de sexto año próximo a realizar trasplante de córnea de ojo derecho secundario a quemadura por cáustico; este último fue por un accidente en casa.

En relación a defectos posturales el 8.5% del universo presentó este tipo de problema, de los cuales el 83.3% presentaron pie plano, el 10.6% con dedos cavos en porcentajes muy inferiores niños con tibias varas, acrodactilia, dedos asimétricos y espina bífida oculta.

El número de escolares que presentaron algún tipo de enfermedad dermatológica fueron el 48.2% dermatitis solar, 27.6% con presencia de onicomiosis y en menores cifras tiña pedis, verrugas en cara y manos, dermatitis atópica, sólo un caso de lipoma frontal, y otro con nevo azul hipertrófico en la espalda.

En relación con la prevalencia de al menos un episodio durante el ciclo escolar de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y Parasitosis Intestinal, el 100% llegaron a presentar estos padecimientos. Sin embargo, durante el estudio se tomó como parámetro de IRA y EDA de repetición, a los alumnos que tuvieron más de 5 cuadros al año y de parasitosis intestinal más de 4 cuadros al año, esto con el fin de poder llegar a realizar estudios más completos para descartar algún otro tipo de padecimiento; el 3.6% presentaron Infección Respiratoria Aguda de repetición, el 0.9% de los escolares con Enfermedad Diarreica Aguda de repetición y el 1.8% con parasitosis intestinal de repetición.

En relación a alteraciones de la agudeza auditiva, sólo el 0.6% mostraron disminución de agudeza auditiva (hipoacusia) constituyendo el 0.6%. Durante la evaluación se halló a 2 alumnos con malformaciones de pabellón auricular; uno con fistulas preauriculares y con montículos auriculares; y el otro con anotia y al igual con fistulas pre y retroauriculares sin disminución de agudeza auditiva solo presentaron la malformación.

Con respecto a la detección de niños con trastornos de aprendizaje únicamente 3.1% presentó este problema y en menor frecuencia alumnos con problemas de lenguaje (dislexia). Los trastornos del lenguaje pueden ocurrir en niños con otros problemas del desarrollo, trastornos del espectro autista, hipoacusia, disminución de agudeza visual y dificultades de aprendizaje.

El estado nutricional en el sexo masculino evidenciaron un índice de masa corporal ideal (normal) fue el 54.8% con mayor frecuencia en los alumnos de 6 años, con bajo peso al igual de 6 años equivalente al 6.2%, 25.7 % con sobrepeso y 12.9% presentaron obesidad siendo los alumnos de entre 7 y 9 años de edad con mayor frecuencia.

Por lo que se puede notar el 0.7% tienen desnutrición moderada, desnutrición leve equivalente al 6% y el resto con estado nutricional normal de acuerdo con la

Clasificación de Gómez, destacando que en la edad de 6 y 10 años se presentó mayor frecuencia de desnutrición leve a diferencia de las otras edades.

Con respecto al sexo femenino el 69.4% mostró un índice de masa corporal normal correspondiendo, el 17% con bajo peso predominantemente en la edad de 6 años, 8.9 % con sobrepeso cerca de los 9 años y el 4.7% con obesidad entre los 7 y 10 años de edad, identificando desnutrición leve en el 9.8%. El 51.5% de las niñas, se encuentran en un estado nutricional normal.

En resumen, de los 773 alumnos evaluados mediante el Índice de Masa Corporal o Quetelet el 5.3% presenta bajo peso, 61.5% de los alumnos con un IMC normal, 21.7% presenta sobrepeso y 11.1% con obesidad. De acuerdo a la Clasificación de Gómez, 0.5% de los alumnos presentan desnutrición moderada, 7.7% con desnutrición leve, 48.9% con peso normal para la edad; y el 42.8% fuera de rango (mayor de 110% de su peso para la edad).

Se pudieron observar otro tipo de padecimientos con diagnóstico médico previo al estudio tales como: 5 alumnos con diagnóstico de asma equivalente al 0.6% del total, 1 alumna de tercer año con leucemia, 1 alumna con trombocitopenia idiopática, 1 alumno de segundo año con paladar hendido, 1 alumno de cuarto año con diagnóstico de Distrofia muscular de Duchenne, 3 alumnos con problemas cardiacos de los cuales: 1 alumna con arritmia cardiaca de sexto año en tratamiento con metoprolol, 1 alumno con soplo tricúspideo leve, no presentando sintomatología alguna y sin tratamiento médico actual (farmacológico); otro alumno de primer año con soplo holosistólico plurifocal GIV/IV en tratamiento con captopril y furosemida. Sin embargo, cabe mencionar que el alumno de primer año no solo presenta problema cardiaco, sino malformación auditiva derecha antes mencionada (anotia), tórax en pecho de paloma y pie plano, constituyendo un síndrome que no se ha determinado por completo.

Como se puede observar, la presencia de otras patologías en los alumnos toman relevancia como el caso de Distrofia Muscular de Duchenne, la cual es una enfermedad genética de tipo recesivo ligada al X, haciendo hincapié que sólo afectará a los hombres siendo de las distrofias la más frecuente pero la más grave a la vez. Se presentan con una frecuencia de 1 en 3500 niños vivos.

CONCLUSIONES

Es importante realizar evaluaciones médicas completas a los diferentes grupos de edad y en particular a los niños de manera periódica ya que como se pudo observar las enfermedades infectocontagiosas, malnutrición, alteraciones de la agudeza visual, enfermedades dermatológicas y los defectos posturales son los padecimientos que con mayor frecuencia se detectaron en los escolares de la escuela estudiada.

Los resultados mostraron que el 100% de los escolares presentaron enfermedades infectocontagiosas como; IRAS, EDAS y parasitosis intestinal, el 38.1% presentaron alteraciones nutricionales mediante el IMC, el 17.2% presentó alteraciones visuales, el 14.4% alteraciones dermatológicas y el 8.5% presentó defectos posturales. Estos porcentajes reflejan en mayor magnitud la problemática de salud de los escolares, sin embargo también presentan otro tipo de padecimientos aunque en menor magnitud como alteraciones auditivas, espina bífida, distrofia muscular de Duchenne, algunos casos de asma y cardiopatías. Como puede verse el grado de importancia que tiene un diagnóstico precoz y atención oportuna puede evitarse incrementar las complicaciones en sus diferentes modalidades como; orgánicas, económicas y sociales, como por ejemplo la discapacidad motriz, problemas de aprendizaje, lenguaje y desarrollo en su entorno social.

En relación con el estado nutricional, aproximadamente entre el 50% y 60% de los escolares se encontraron en un peso ideal para la edad y en un índice de masa

corporal normal, por lo que hay que poner especial atención en la educación alimentaria y actividad física, ya que el porcentaje de alumnos con sobrepeso u obesidad es 6 veces mayor con respecto al bajo peso mediante el IMC, y 5 veces mayor mediante la Clasificación de Gómez, lo que indica el predominio de estos dos grados nutricionales. Sin embargo, es necesario, hacer notar que existe un grave problema de obesidad en los alumnos de sexo masculino entre los 7 y 9 años, lo que conlleva a problemas cardiovasculares, cronicodegenerativos, posturales, etc. a corto plazo o largo plazo.

REFERENCIAS:

1. AYATKA, 2012 Valoración de alteraciones posturales. <http://www.efisioterapia.net/articulos/valoracion-de-las-alteraciones-posturales>
2. CHRISTMANN LM, DROSTE P. *et al.*, 2007. *Normas recomendadas en Oftalmología Pediátrica*. American Academy of Ophthalmology. Realizado por el Comité de la Academia Americana de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo.
3. DEL ÁLAMO AR., 2008. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en jóvenes y adultos. Problemas psicológicos y adaptativos..* Neuropsicólogo. Fundación SPF de Neurociencias. Psicología Online.
4. GARCÍA PEDROZA F., *et al*, 2003. Los trastornos auditivos como problema de salud pública en México. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* Volumen 48, Núm. 1. Pág. 20-26.
5. GONZÁLEZ MELIAN C, ROJO GARCÍA VM., 2008 Infecciones bacterianas de la piel. *Pediatr Integral*.16(1):7-31.
6. INFORME SEMANAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2012 Subsecretaria de Prevención y Promoción de Salud. Dirección General de Epidemiología.

7. JARVIS S, Tamhe R, Thompson I, Francis PM, Anderson J, Colver RF., 1990 *Preschool vision screening*. Arch Dis Child; 6:288-294.
8. ROSETE Olvera DP., Archundia Sánchez FJ.; et. al., 2002. *Patogenia de las infecciones respiratorias por virus*. Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias en México. Volumen 15 - número 4 Págs. 239-254.
9. SÁNCHEZ Vega JT., et al. *Frecuencia de parasitosis intestinales en asentamientos humanos irregulares*. Revisión Facultad de Medicina UNAM Vol.43 No.3 Mayo-Junio, 2000.

USO DEL CONDÓN PARA PREVENIR EL VIH EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA

¹Ángel Noé Alvarado Pizarro

²Yadira Mejía Mejía

³Denisse Jáquez Durán

⁴Eglantina Micaela Ángeles García

⁵Juan Manuel Barroso González

RESUMEN

Introducción. En el mundo existen millones de personas viviendo con VIH, la mayoría de los casos es por tener conducta sexual de riesgo y sin protección. El uso correcto y consistente del condón es una medida preventiva contra el VIH, sin embargo, depende de dos personas, por lo tanto su utilización se vuelve más compleja por las actitudes y creencias. Objetivo. Identificar el uso del condón como medio de protección contra el VIH. Metodología. Investigación descriptiva transversal. La muestra no probabilística de 387 participantes que asistieron al CENIC-FEN en la Ciudad de Chihuahua. Se aplicó el Cuestionario de Prevención de SIDA, previo consentimiento informado. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19, utilizando estadística descriptiva. Se consideraron las implicaciones éticas. Resultados. La media de edad es 27.5 años. El 69% son hombres y 64.6% son solteros. El 48.4% ha tenido una relación esporádica mientras tenía una pareja estable y el 46% no utilizó el condón. El 38.8% no lo usa por menor sensibilidad y disfrute con la pareja, el 24% refiere incomodidad y 21.2% refiere que disminuye la excitación al ponérselos, sin embargo el 87.9% sabe que es efectivo para la prevención del VIH. Conclusiones. La disminución del placer sexual es una de las principales razones planteadas para no usar el condón. Las prácticas de riesgo continúan, favoreciendo la infección. Además, el 10% desconoce que el condón previene la transmisión de VIH, es necesario fortalecer el rol del profesional de salud como promotor y generar mejores intervenciones específicas para los diferentes grupos poblacionales.

Palabras clave: VIH, prevención, uso del condón

INTRODUCCIÓN

A principios de 1980 aparece el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), una de las enfermedades crónicas más graves en la historia de la humanidad, la cual continúa siendo un problema de Salud Pública. En los últimos 30 años se ha avanzado en el conocimiento del virus y la enfermedad, sin embargo, aún no se cuenta con la cura.

Día a día se confirman casos de VIH, en el 2015 existieron 2.1 millones de nuevas infecciones a nivel mundial (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2016), en México, fueron notificados 12,057 casos de VIH y Sida en el mismo año (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA [CENSIDA], 2015). Resultados preliminares del segundo trimestre de 2016 muestran un total de 4,930 nuevos casos a nivel nacional, de los cuales en el estado de Chihuahua fueron 60 nuevos confirmatorios (CENSIDA, 2016).

Existen diversas formas de adquirir el VIH, sin embargo, la vía sexual es la más predominante, pues causa más del 90% de los casos acumulados de VIH (CENSIDA, 2014). La transmisión del VIH y de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) puede prevenirse si se hace uso correcto y consistente del condón (Lisa B, et al., 2015; Juan y Luis, 2009).

La evidencia muestra que los condones masculinos y femeninos tienen un efecto protector más del 85% contra la transmisión del VIH y otras ITS, si se hace de manera correcta y sistemática (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013; Huixin, et al., 2015). Se calcula que hasta dos tercios de las nuevas infecciones producidas en el último decenio se podrían haber evitado mediante el uso correcto del condón (Velázquez y Bedoya, 2010).

En México, algunos estudios señalan que las personas viviendo con VIH (PVV) experimentan dificultades para la práctica del sexo seguro y el disfrute de la vida sexual, poco se ha estudiado la problemática del uso del condón después del

diagnóstico de VIH y existe escasa evidencia sobre la influencia del seroestatus en las parejas en el uso correcto del condón (Kendall, et al., 2015).

Los factores asociados con el uso inconsistente del condón son menor educación, y autoeficacia en su uso, falta de apoyo e involucramiento en el cuidado de la salud por parte de la pareja masculina, violencia de pareja y por no dar a conocer el estatus de VIH positivo (Kendall, et al., 2015). En el caso de los hombres no utilizan condón porque ser padre es la prueba definitiva de la masculinidad, por la reducción de la sensibilidad del pene y porque sienten que bloquea la cercanía y la intimidad con su pareja.

El VIH/Sida es una enfermedad que afecta a todos los grupos sociales, principalmente en rangos de edad joven, las estadísticas muestran que día con día se confirman nuevos casos de VIH, en este contexto, el objetivo de este estudio fue identificar el uso del condón como medio de protección contra el VIH en la Ciudad de Chihuahua.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, la muestra fue no probabilística por conveniencia, conformada por 387 participantes que asistieron al Centro de Investigación en Salud Comunitaria (CENIC) de la Facultad de Enfermería y Nutriología (FEN), en la Ciudad de Chihuahua. Para identificar a las personas se diseñó material de publicidad para hacer una invitación a realizarse la prueba rápida de VIH, la difusión fue en la Universidad Autónoma de Chihuahua, industrias maquiladoras, preparatorias y se visitaron centros de rehabilitación para las drogas.

Se aplicó el *Cuestionario de prevención del SIDA* (Ballester et al., 2007), el cual incluye 65 ítems, con cuatro apartados: datos sociodemográficos, conocimientos sobre VIH/SIDA, uso del condón y conductas de riesgo. La fiabilidad del cuestionario de su consistencia interna es de 0,70 (alfa de Cronbach), la estabilidad temporal (fiabilidad test-retest) es de 0,83 (Ballester et al., 2009; Ballester et al., 2004).

Se les dio a conocer el consentimiento informado para la aplicación de pruebas rápidas siguiendo los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, así como las implicaciones éticas de la participación en el estudio, tomando en cuenta el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se mantuvo la confidencialidad de los resultados y la información plasmada en el cuestionario.

El análisis descriptivo se realizó utilizando el estadístico IBM SPSS Statistics versión 19.

RESULTADOS

El 69.9% de la muestra son masculinos y 30.7% femeninos, la media de la edad es de 27.5 años, la población muestral resultó ser predominante jóvenes con un 34.9% (menores de 36 años), el grado de estudio más alto se encuentran la secundaria y preparatoria con un 34.4%, por lo que 39.5% son estudiantes, y un 64.6% son solteros.

El 63.8% reconoce que el VIH no se puede transmitir por masturbaciones mutuas, sin embargo 13.2% está seguro que si se puede transmitir y 23% no lo sabe, el 16.5% respondió que se puede transmitir VIH por sexo oral sin utilizar el condón, 2.6% creó que no se puede transmitir por coito vaginal, en relación al coito anal el 80.6% saben que el VIH si se puede trasmitir sin el uso del condón (Tabla 1).

<i>Tabla 1. A través de cuales de las prácticas sexuales se puede transmitir el VIH si no se utiliza el condón</i>			
	Si	No	No lo sé
Masturbaciones mutuas			
Hombre	11.9%	65.3%	22.8%
Mujer	16%	60.5%	23.5%
Sexo oral			
Hombre	61.2%	18.7%	20.1%

Mujer	69.7%	11.8%	18.5%
Coito Vaginal			
Hombre	91%	3.4%	5.6%
Mujer	96.6%	.8%	2.5%
Coito anal			
Hombre	79.1%	6.7%	14.2%
Mujer	84%	5%	10.9%

En relación con la frecuencia del uso del condón durante las relaciones sexuales, el 55% nunca lo usa en el coito vaginal, en el caso del sexo oral el 82.4% de la total de la muestra nunca usa el condón, el 62.5% no lo usa durante el coito anal, en las relaciones con pareja estable (64.6%) y con pareja esporádica (53.7%) más de la mitad tampoco lo usan, finalmente para el caso de las personas que consumen alcohol y drogas un porcentaje muy similar (57.4%) ninguna vez lo han utilizado (Tabla 2).

Del total de las personas que respondieron el cuestionario casi la mitad han mantenido una relación esporádica con una pareja estable (48.4%), de este porcentaje prácticamente la mitad (46%) no utilizaron el condón cuando tuvieron una relación esporádica. El 41.6% no tiene dificultad o inconveniente para usar el condón en sus relaciones sexuales, mientras el 38.8% le ve como dificultad que tienen menor sensibilidad o disfrute con la pareja, para el 24% le resulta incómodo o molesto usarlo y al 21.2% siente que disminuye la excitación al ponérselos (Tabla 3).

Tabla 2. En función a prácticas realizadas, con qué frecuencia ha utilizado el condón ante las siguientes situaciones

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Coito vaginal				
Hombres	60.1%	23.1%	14.9%	1.5%
Mujer	43.7%	32.8%	16%	7.6%
Sexo oral				
Hombre	84.3%	8.2%	5.6%	1.9%
Mujer	78.2%	1.7%	2.5%	17.6%

Coito anal				
Hombre	65.3%	11.9%	11.9%	10.8%
Mujer	56.3%	1.7%	7.6%	34.5%
Relaciones con pareja estable				
Hombre	73.1%	8.6%	17.2%	1.1%
Mujer	45.4%	24.4%	21.8%	8.4%
Relaciones con pareja esporádica				
Hombre	58.2%	15.7%	21.3%	.4%
Mujer	43.7%	10.1%	24.4%	21.8%
Cuando ha consumido alcohol o drogas				
Hombre	60.1%	16%	20.1%	3.8%
Mujer	51.3%	18.5%	12.6%	17.6%

Tabla 3. Dificultades para usar el condón

	Hombres	Mujeres
Ninguna	35.4%	55.5%
El precio	7.8%	6.7%
Para obtenerlos	10.4%	16%
Interrumpe el momento	24.3%	13.4%
Menor sensibilidad	46.3%	21.8%
Falta de confianza en su eficacia	9%	4.2%
Resulta incómodo o molesto	28.7%	13.4%
Vergüenza a la hora de comprarlos	6.7%	14.3%
Disminuye la excitación al ponérselos	25.4%	11.8%
Posible rotura o mal estado por llevarlos consigo	18.7%	16%
Dificultad o no saber cómo se coloca	3%	5%
Es una muestra de poca confianza en la pareja	15.3%	2.5%
Si los llevas contigo pueden pensar que siempre estás buscando sexo	16%	8.4%
Otras	3.4%	2.5%

En lo que corresponde a las principales ventajas que resulta utilizar el condón, el 87.9% piensa que es efectivo en la prevención del VIH/Sida y otras ITS, 71.3% coincide en que es eficaz para la prevención de embarazos, el 50.6% les resulta más higiénico y para el 34.1% les es fácil de conseguir; solo un 37.2% manifiesta

que, en la posibilidad de una relación sexual y no tuviera condón iría en busca de uno y un porcentaje menor (28.7%) se abstendría de mantener relaciones sexuales.

El 48.8% se sienten bastante seguros a la hora de ir a comprar condones, un 49.1% dice que le resulta cómodo hablar acerca de la utilización del condón con una pareja antes de comenzar la relación sexual, y están seguros de sugerir el condón a una nueva pareja ya que él o ella podría pensar que tiene una ITS (50.4%).

Un 37.2% de las personas recordaría usar el condón aunque haya consumido alcohol o drogas, mientras que el 16.8% dice que no lo recordaría. La mitad de las personas (50.1%) se siente cómodo a la hora de ponerse el condón o ponérselo a su pareja. El 20.2% no podrían parar en el mayor momento de excitación para ponerse el condón o ponérselo a su pareja, solo un .3% cree poder hacerlo.

El 53.2% de las personas encuestadas respondió que tuvo relaciones el último mes, de este porcentaje, el 70.6% declaró no haber usado condón en su última relación sexual, sin embargo, el 83.8% cree como usar el condón correctamente y solo un 37.5% de la muestra piensa que el condón es un método bastante fiable para la prevención sexual del VIH/Sida.

CONCLUSIONES

El conocimiento de la población acerca de la transmisión de VIH se encuentra en un nivel intermedio, conocen las formas de transmisión, sin embargo existe un porcentaje de personas que creen que no se puede transmitir por relaciones sexuales. Estudios previos han reportado resultados similares donde un 95.7% piensa que el VIH se puede contraer por la vía sexual sin protección (Dávila, et al., 2008). En el presente estudio se muestra que las mujeres son las que mejor conocimiento poseen en relación a las vías de transmisión de VIH sin protección, lo que coincide con estudios donde han evaluado el conocimiento sobre VIH/Sida (Díaz *et al.*, 2014).

Se ha comprobado que el uso del condón es un método bastante fiable para la prevención de VIH (Ballester *et al.*, 2013), sin embargo, los resultados muestran que menos de la mitad de las personas no lo consideran así.

La mayoría de la muestra en el presente estudio está conformada por el género masculino, quizás es un factor que explica el porcentaje mayor de hombres, que nunca utilizan el condón en las prácticas sexuales sin protección descritas en los resultados; sin embargo, en el caso de las mujeres sorprende que la mayoría tampoco hacen uso del condón.

Una de las principales razones por las que las personas deciden no utilizar el condón es porque genera menor sensibilidad y disfrute con la pareja, lo que se ha documentado también en otros estudios (García, 2006), aunque los participantes han respondido que no existe alguna dificultad por usar el condón a la hora de mantener relaciones sexuales, resulta contradictorio en relación a la frecuencia de uso en las diversas prácticas sexuales.

Las personas encuentran como desventaja o dificultad que al colocarse un condón interrumpe el momento de la relación sexual, incluso podrían parar en el momento de más excitación para colocarse el condón o ponérselo a su pareja, resultados muy similares fueron en un estudio realizado en adolescentes mexicanos del estado de Morelos donde un 87.4% de las mujeres y un 77.42% de los hombres declaran ser capaces de interrumpir la relación sexual para usar el condón (Torres *et al.*, 2006).

Los resultados permiten identificar algunos factores que limitan y algunos otros que facilitan el uso del condón entre la población estudiada, esto ofrece algunos indicios para los servicios que ofrecen consejería para ofertar el uso correcto del condón a la comunidad y mejorar su consistencia. Es un gran reto para los profesionales de la salud mejorar estas condiciones de salud sexual de la población del norte de México, sin embargo con la evidencia, es posible generar nuevas estrategias como visitas al domicilio, intervenciones educativas, con la finalidad de mejorar las circunstancias de género y la promoción de prácticas sexuales con seguridad.

REFERENCIAS

1. Anon., 2014. *CENSIDA*. [En línea] Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/es/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2014countries/file,94664,es..pdf> recuperado 15/12/2015
2. Anon., 2014. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA [ONUSIDA]*. [En línea] Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet> recuperado 11/11/2015
3. Anon., 2015. *Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y SIDA [CENSIDA]*. [En línea] Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_al_13noviembre_2015.pdf recuperado 03/12/2015
4. Ballester, R, Gil, M, Giménez, C, & Ruiz, E 2009, 'Actitudes Y Conductas Sexuales De Riesgo Para La Infección Por VIH/Sida En Jóvenes Españoles. (Spanish)', *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 14, 3, pp. 181-191, MedicLatina, EBSCOhost, viewed 26 September 2016
5. Ballester, R. G. M. y. G. C., 2007. El " Cuestionario de Prevención del SIDA" (CPS): Analisis de la fiabilidad y valide. *X congreso Nacional sobre el SIDA*, pp. San Sebastian, 6-8 Junio. Pag. 135..
6. Ballester, R., Gil, M. D., Guirado, M.C., Bravo, J.M., 2004. "Eficacia de un programa de prevención del SIDA dirigido a estudiantes universitarios: datos preliminares". IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Sevilla, 25-27 marzo, 163.
7. Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E. & Gimenez-Garcia, C., 2013. Autoeficacia en la prevención sexual del sida: la influencia del género. *Anal. Psicol*, pp. [Internet]. 2013 Ene [citado 2016 Mayo 23] ; 29(1): 76-82. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100009&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601..>
8. CENSIDA , 2014. La epidemia de VIH y el SIDA en Mexico. *CENSIDA*.

9. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2016. "Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al segundo trimestre de 2016".
10. Dávila, M, Tagliaferro, A, Xiomara, B, & Daza, D 2008, 'Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. (Spanish)', *Revista De Salud Pública*, 10, 5, pp. 716-722, *MedicLatina*, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
11. Díaz Montes, C, Uribe, L, Vergara, K, Marengo, L, & Recuero, J 2014, 'Conocimientos Sobre VIH/Sida En Adolescentes De Una Universidad En Cartagena - Colombia, 2011', *Hacia La Promoción De La Salud*, 19, 2, pp. 38-52, *AcademicSearch Complete*, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
12. Faria, N. y otros, 2014. *The World's Leading Journal of Original Scientific Research, Global News, and Commentary*. [En línea] Available at: <http://www.sciencemag.org/content/346/6205/56.full> DOI: 10.1126/science.1256739 Recuperado 19/11/2015
13. FLOOD, M 2003, 'Lust, trust and latex: why young heterosexual men do not use condoms', *Culture, Health & Sexuality*, 5, 4, p. 353, *AcademicSearch Complete*, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
14. Haddad, L, Feldacker, C, Jamieson, D, Tweya, H, Cwiak, C, Chaweza, T, Mlundira, L, Chiwoko, J, Samala, B, Kachale, F, Bryant, A, Hosseinipour, M, Stuart, G, Hoffman, I, & Phiri, S 2015, 'Pregnancy Prevention and Condom Use Practices among HIV-Infected Women on Antiretroviral Therapy Seeking Family Planning in Lilongwe, Malawi', *Plos ONE*, 10, 3, pp. 1-14, *AcademicSearch Complete*, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
15. Kendall, T, Castillo, A, Herrera, C, & Campero, L 2015, 'El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud', *Salud Pública De México*, 57, pp. S183-S189, *Business Source Complete*, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
16. Liu, H, Su, Y, Zhu, L, Xing, J, Wu, J, & Wang, N 2014, 'Effectiveness of ART and Condom Use for Prevention of Sexual HIV Transmission in Serodiscordant Couples: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Plos ONE*, 9, 11, pp. 1-7, *AcademicSearch Complete*, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
17. Mendoza-Pérez, J, & Ortiz-Hernández, L 2009, 'Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de

Ciudad Juárez. (Spanish)', *Revista De Salud Pública*, 11, 5, pp. 700-712, MedicLatina, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.

18. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
19. OMS, 2013. Obtenido de VIH/SIDA: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/> recuperado 11/11/2015
20. Pertz, A 2012, 'El VIH en México y el mundo', *Contenido*, 589, pp. 86-93, AcademicSearch Complete, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
21. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2016. "Hoja informativa 2016. Poner fin a la epidemia de SIDA".
22. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República
23. Roche, R, Alfaro, A, Aguilera, L, Sánchez, M, & Valera, A 2006, 'Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. (Spanish)', *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 22, 1, pp. 1-7, MedicLatina, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
24. Torres, P, Walker, D, Gutiérrez, J, Bertozzi, S, & de Salud, G 2006, 'Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos', *Salud Pública De México*, 48, 4, pp. 308-316, Business Source Complete, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.
25. Velásquez Vélez, S, & Bedoya Serna, B 2010, 'Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. (Spanish)', *Medicina UPB*, 29, 2, pp. 144-154, MedicLatina, EBSCOhost, viewed 26 September 2016.

ESTADO DE SALUD DE ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL NIVEL SUPERIOR EN LA UAEMEX

¹ Andrea Guadalupe Sánchez Arias

² Miriam Gómez Ortega

³ Bárbara Dimas Altamirano

⁴ Genoveva González González

RESUMEN

En la adolescencia suceden cambios fisiológicos, psicológicos y físicos que por su naturaleza lo exponen a un intenso espectro de estímulos muy particulares que influyen sobre su salud de manera determinante. Esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo (inicio en el alcohol, tabaquismo y drogas) que habrán de manifestarse durante la etapa adulta como determinantes de la salud. **Objetivo.** Analizar el estado de salud de los alumnos que ingresan al nivel superior a través de un diagnóstico de salud. **Metodología.** Estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo y transversal, la población que participó fueron estudiantes universitarios de nivel superior, conformándose una muestra no probabilística por conveniencia, integrada por 326 de estudiantes de nuevo ingreso. **Instrumento.** Se integró por 6 apartados y 30 preguntas abiertas y 10 cerradas. **Procedimiento.** Empleándose el programa estadístico SPSS versión 16 para procesar la información obtenida, misma que sirvió de base para efectuar el análisis e interpretación de datos. **Resultados.** El 45% ha fumado, el 87% ha ingerido bebidas alcohólicas, el 6% de la población ha usado drogas ilícitas, como tranquilizantes, marihuana y anfetaminas, el 25% presenta obesidad, el 15% presenta hipertensión arterial, un 42% presenta caries (molares), el 10% indico tener estados de ansiedad y depresión y el 75% manifestó que nunca se ha realizado estudios de gabinete. **Conclusión.** El diagnóstico de salud servirá como marco de referencia para determinar intervenciones de promoción y fomento del cuidado de la salud para favorecer un óptimo desarrollo físico, mental y social.

Palabras clave: Adolescente, estado de salud, estudiantes

^{1,2,3,4}, Profesoras Integrantes del CA. Promoción y Educación para la Salud, y Red Internacional de Salud Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo vital de los seres humanos que se caracteriza particularmente por cambios biológicos, psicológicos y sociales; implica pasar por diversas fases como adolescencia inicial, intermedia y tardía, por lo cual se la considera una etapa de transición. Por ello, y debido a la intensidad de esas modificaciones, los adolescentes pueden encontrarse expuestos a situaciones que representan riesgos para su bienestar integral.

Con base en lo anterior el presente proyecto tuvo como objetivo integrar un diagnóstico de salud en los estudiantes de nuevo ingreso al nivel superior, con el propósito de analizar e identificar la problemática y situaciones de riesgo de los y las adolescentes para prevenir, promover y atender las situaciones de salud-enfermedad y plantear intervenciones de Educación para la salud a través de Programas de promoción y prevención desde la perspectiva del derecho a la salud.

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen durante la segunda década afectan a todos los aspectos de la vida de los adolescentes. Los cambios que tienen lugar en la adolescencia inciden en todas las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud; son los causantes de la transición epidemiológica que se produce de las enfermedades infecciosas a las afecciones no transmisibles en la segunda década de vida (OMS, 2014: 6).

Se calcula que en 2012 murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría por causas prevenibles o tratables. La mayoría de los jóvenes goza de buena salud,

pero la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores (OMS, 2014).

Aproximadamente uno de cada seis habitantes es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años.

Fomentar prácticas saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta y para la futura infraestructura de salud y social de los países.

OBJETIVO: Analizar el estado de salud de los alumnos que ingresan al nivel superior a través de un diagnóstico de salud mismo que servirá como marco de referencia para determinar intervenciones de promoción y fomento del cuidado de la salud para favorecer un óptimo desarrollo físico, mental y social.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se realizó fue exploratorio, descriptivo, cuantitativo y transversal, la población que participó fueron estudiantes universitarios de nivel superior, conformándose una muestra no probabilística por conveniencia, integrada por 326 de estudiantes de nuevo ingreso entre 18 y 22 años de edad, empleándose como técnica la encuesta y el cuestionario como instrumento para recolectar los datos, el cual se integró por 6 apartados y 30 preguntas abiertas y 10 cerradas, empleándose el programa estadístico SPSS versión 16 para procesar la información obtenida, misma que sirvió de base para efectuar el análisis e interpretación de datos

RESULTADOS

El 84% de la población se encontró entre los 18 a 19 años, el 45% ha fumado alguna vez en su vida, edad de inició 16 años, el 82% lo hizo por curiosidad, el 14 % fuma diariamente 3 a 5 cigarros. El 87 % ha ingerido bebidas alcohólicas, la edad de inicio 17 años, lo hicieron por curiosidad, de ellos el 68% beben hasta alcoholizarse. El 6% de la población ha usado drogas ilícitas, como tranquilizantes, marihuana y anfetaminas, el 25% presenta obesidad, el 15% presenta hipertensión arterial, respecto a la salud bucal un 42% presenta caries principalmente en molares, el 10% indico tener estados de ansiedad y depresión y el 75% manifestó que nunca se ha realizado estudios de gabinete como determinación de glucosa o placa de tórax según versión de los estudiantes no ha sido necesario.

De acuerdo a los resultados es importante llevar a cabo acciones de educación para la salud para generar una cultura de autocuidado a través de conferencias, trípticos, carteles, talleres etc.

CONCLUSIONES

Los alumnos presentan situaciones que requieren atención para recuperar su salud por lo que es necesario promover hábitos saludables, mediante una capacitación permanente así como desarrollar actividades que favorezcan su salud

Los adolescentes tienen más probabilidad de usar drogas cuando han sido expuestos a la posibilidad de progresar hacia la dependencia, por lo tanto la educación permanente debe abarcar desde la infancia hasta el final de la vida, enfocándose en el autocuidado, fortalecer valores, la comunicación, resolución de conflictos así como incluir a la familia, escuela y comunidad.

De acuerdo a los resultados los adolescentes muestran vicios nocivos para la salud, por lo que se debe generar una cultura de salud, porque ellos serán el día de mañana responsables de dar educación para la salud a la sociedad.

REFERENCIAS

1. División Técnica de Información Estadística en Salud, 2008. "El IMSS en Cifras. La salud de los adolescentes". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, núm. pp. 91-100.
2. González-Forteza, Catalina et al. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [online]. 2015, vol.72, n.2, pp. 149-155. ISSN 1665-1146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.006>.
3. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia, Cortés Rico, O.; 2008. "Prevención de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia". *Pediatría Atención Primaria*, núm. octubre-diciembre, pp. 669-697.
4. Organización Mundial de la Salud (2014). Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Suiza
5. Rodríguez Reyes, María del Carmen; Llapur Milian, René y González Sánchez, Raquel. Factores psicológicos de riesgo en adolescentes hipertensos esenciales. *Rev Cubana Pediatr* [online]. 2015, vol.87, n.2, pp. 175-183. ISSN 1561-3119.
6. Sánchez-Ventura, J. Galbe; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia, 2012. "Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia". *Pediatría Atención Primaria*, núm. Octubre-Diciembre, pp. 335-342

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS JÓVENES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Yarelli Jazmín Olvera Villanueva¹

Bárbara Dimas Altamirano²

Miriam Gómez Ortega³

RESUMEN

Actualmente los jóvenes presentan un mayor índice en consumir drogas, “Entre los jóvenes el alcohol es la droga predilecta, los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas” (p. 9) (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism- NIAAA, 2000, citado por Monteiro, 2007).

PALABRAS CLAVE: factores, alcohol, jóvenes.

¹ Estudiante del 7° periodo de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

² Doctora en Alta Dirección, profesor de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

³ Doctora en Educación Permanente, profesor de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

INTRODUCCIÓN

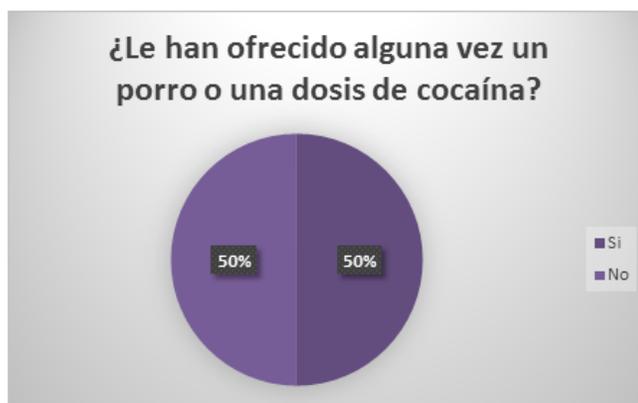
El alcohol según la Organización Mundial de la Salud “es toda sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos, y el consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades”. Actualmente el alcohol es el factor causal de accidentes automovilísticos, trastornos y enfermedades que conllevan a la muerte.

OBJETIVO: Analizar los factores que influyen en el consumo de alcohol en los jóvenes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

METODOLOGÍA

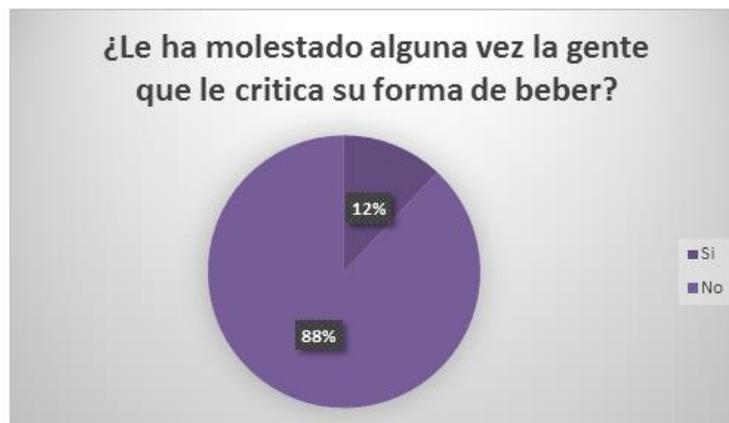
La investigación tiene un enfoque de estudio cuantitativo, descriptivo basado en la línea de investigación educación para la salud en el ámbito personal, familiar y laboral se aplicó el cuestionario a 40 alumnos.

RESULTADOS



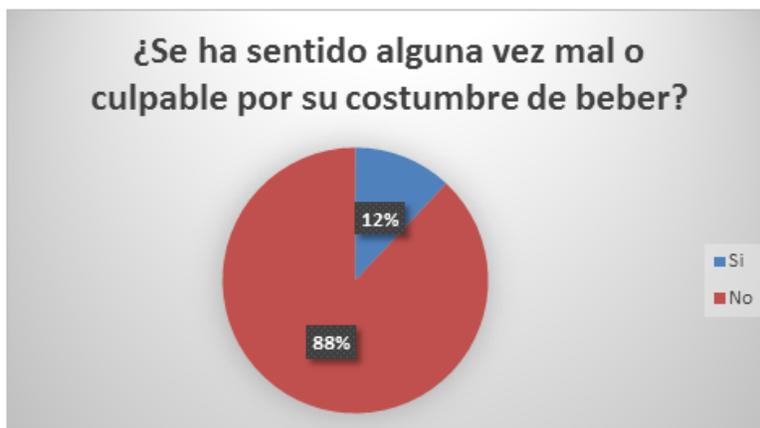
Fuente: Cuestionarios aplicados a los universitarios.

Al 50% de los jóvenes si les han ofrecido una dosis de cocaína y al otro 50% no le han ofrecido una dosis de cocaína.



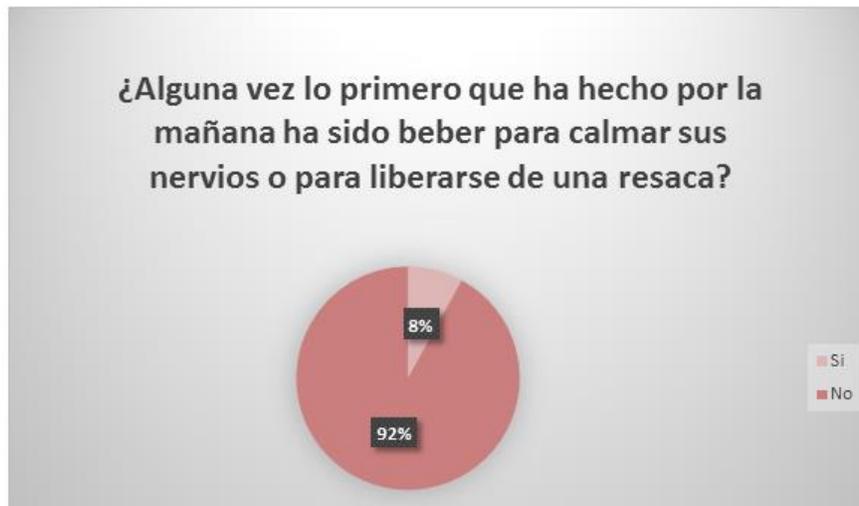
Fuente: Cuestionarios aplicados a los universitarios.

Al 88% de los jóvenes no les molesta que alguna vez los hayan criticado por su forma de beber y al otro 12% si le molesto que lo criticaran.



Fuente: Cuestionarios aplicados a los universitarios.

Al 88% de los jóvenes no se ha sentido culpable por su costumbre de beber sin embargo el 12% si se siente culpable.



Fuente: Cuestionarios aplicados a los universitarios.

Al 92% de los jóvenes no consume alcohol por las mañanas y el 12% si consume alcohol por las mañanas para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

La OMS en 2010 en sus estadísticas menciona que el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro entre los hombres, y 8,9 litros entre las mujeres. Lo cual indica que el índice de jóvenes que consumen alcohol va en aumento, al igual que el índice de mortalidad por sus complicaciones que se desencadenan.

REFERENCIAS

- Berruecos L. El punto de vista sociocultural sobre el alcoholismo. Ciudad de México: Ediciones Alternativas; 1994.
- Salcedo Monsalve, Alejandra; Espinosa, Ángela Fernanda; Palacios Espinosa, Ximena; 2011. "Consumo de alcohol en jóvenes universitarios". Avances en Psicología Latinoamericana, núm. Junio-Sin mes, pp. 77-97.
- Londoño-Pérez C. Modelos de prevención aplicados a la conducta de consumo en jóvenes y adolescentes. Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. 2004(1):58-201..
- Sanabria J. Motivaciones hacia el consumo de alcohol en jóvenes. Datos y Extrapoluciones sobre el caso Costarricense. Rev Reflexiones. 2009;88(1):37-53.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones.